

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología



TESIS DOCTORAL

Coordinación e implantación de estrategias en la continuidad de cuidados

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

M^a Pilar García-Abad Martínez

Directores

Juan V. Beneit Montesinos
Cristina Fernández Pérez

Madrid, 2012

Universidad Complutense de Madrid

Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología



COORDINACIÓN

E IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS

EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

TESIS DOCTORAL

M^a Pilar García-Abad Martínez

DIRECTORES:

Dr. Juan V. Beneit Montesinos

Dra. Cristina Fernández Pérez

MADRID 2011

AGRADECIMIENTOS:

- A mis padres, por ser los primeros en merecer esta recompensa, gracias a su esfuerzo, trabajo, ilusión y apoyo que siempre me han dado.
- A los Directores de Tesis, Prof. Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos y Prof. Dra. Cristina Fernández Pérez, por su asesoramiento, dedicación y confianza depositada en mí.
- A las instituciones y profesionales que forman parte de ellas, que han colaborado para que esta ilusión en la que llevo inmersa tantos años de trabajo, se haya hecho realidad.
- Al grupo de enfermeras/os del Hospital Infanta Leonor, Virgen de la Torre y del Área 1 de Atención Primaria, que han aportado su experiencia y trabajo, para confirmar una parte de esta Tesis.
- A los pacientes y familiares, que han transmitido su opinión y percepción sobre los cuidados recibidos.
- A la Dirección de Enfermería del Complejo Hospitalario de Jaén, que junto al equipo de Continuidad de Cuidados, me facilitaron la información que necesitaba.
- A Fuencisla Sanz, por su ayuda y asesoramiento.
- A Marta Elvira, porque me transmitió la fuerza y el impulso que necesitaba en ese momento, para continuar esta apasionante aventura.
- A Javier, por su disponibilidad y ayuda incondicional.
- A mis amigos y amigas, que han estado a mi lado, y he contado en todo momento con su apoyo, ayuda y confianza.

A todos muchas gracias

ÍNDICE

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	6
1.1	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	6
1.2	INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS	9
1.3	CONTINUIDAD DE CUIDADOS; UNA NECESIDAD.....	12
1.4	FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. INDICADORES DE DEPENDENCIA.....	16
1.5	LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA	23
1.6	ESTRATEGIAS FACILITADORAS PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS. EXPERIENCIAS EN ALGUNAS COMUNIDADES.....	28
1.7	LA GESTIÓN DE CASOS.....	35
2	HIPÓTESIS.....	43
3	OBJETIVOS.....	45
4	MATERIAL Y MÉTODOS.....	47
4.1	PANEL DE EXPERTOS	47
4.2	ESTUDIO OBSERVACIONAL	48
4.2.1	Fases del estudio observacional	49
4.2.2	Valoración del grado de mejora.....	55
4.2.3	Variables del estudio	55
4.2.4	Análisis estadístico de los resultados.....	58
4.2.5	Evaluación de la efectividad de las estrategias propuestas.....	60
5	RESULTADOS.....	62
5.1	PANEL DE EXPERTOS	62
5.2	ESTUDIO OBSERVACIONAL	64
5.2.1	De los pacientes	64
5.2.2	De los profesionales.....	91
6	DISCUSIÓN.....	105
6.1	ANÁLISIS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	105
6.2	ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS DIFERENTES FASES	113
6.3	ANÁLISIS DESCRIPTIVO TRAS LA ENTREVISTA DE LOS PROFESIONALES QUE HAN REALIZADO LA ROTACIÓN POR ATENCIÓN PRIMARIA.....	122

6.4	ENFERMERA GESTORA DE CASOS: UNA BUENA ALTERNATIVA.....	127
6.4.1	Rol de la enfermera gestora de casos.....	128
6.4.2	Competencias de la enfermera gestora de casos en el hospital	130
6.4.3	Competencias de la enfermera gestora de casos en atención primaria	133
6.4.4	Descripción del puesto de trabajo	138
6.5	PROPUESTA DE ESTRATEGIAS FACILITADORAS PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS	140
7	CONCLUSIONES.....	146
8	BIBLIOGRAFÍA	149

INTRODUCCIÓN

1 INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Para hablar de calidad en la prestación de servicios sanitarios; hay que asegurar la continuidad de los cuidados o la continuidad asistencial. Por lo tanto la relación entre niveles asistenciales se convierte en el punto de mira al que es inevitable prestar atención ⁽¹⁾.

Vivimos en un mundo en el que las relaciones son complejas, por lo que existen razones de peso para considerar que la continuidad de cuidados es fundamental en el proceso asistencial. La adecuada coordinación entre los diferentes niveles que intervienen en este proceso debe ser un objetivo a tener en cuenta por las organizaciones ⁽²⁾.

Hay muchas razones de especial relevancia como se exponen en esta tesis, que justifican la necesidad de investigar para la mejora de la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales.

Entre los argumentos que justifican la necesidad de garantizarla destacan, que los ciudadanos participan de una manera activa en sus cuidados o en el de sus familiares, adquiriendo el rol de “cuidadores informales”. Son por lo tanto protagonistas de sus cuidados, están más informados y formados, con mayor capacidad de elección y por lo tanto de comparación. **Los usuarios de los servicios de salud esperan que los servicios se adapten a sus necesidades.**

No cabe ninguna duda que la continuidad de cuidados es una necesidad, tanto para los que la reciben o recibirán, para los que la prestan y por supuesto, para los que la tienen que gestionar ⁽³⁾. Pero el llevarla a cabo presenta algunas dificultades, ya que en cada uno de los niveles asistenciales –atención primaria (AP), atención especializada (AE) y sociosanitaria- se actúa de forma independiente y aislada.

Por ello, para atender al ciudadano de forma integral, sería deseable incorporar o al menos establecer, una relación teniendo en cuenta a otros profesionales como los **servicios sociales**; que deben actuar de forma **coordinada con los servicios de salud**.

La coordinación asistencial, es la capacidad de los servicios sanitarios para ofertar sincronizadamente un servicio asistencial común, sin que se produzcan desencuentros que perjudiquen al paciente, independientemente del lugar y del tiempo en que sea atendido. **Integración**, es una respuesta organizativa a la necesidad de coordinarse mediante la agrupación de los recursos. **Continuidad asistencial**, es la percepción que tiene el usuario sobre la coherencia de esta asistencia coordinada. Previsiblemente mejora la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes; debe ser el objetivo a conseguir ⁽²⁾.

Por lo tanto el elemento clave es la **continuidad asistencial**, pero existen barreras que la dificultan; esto se debe entre otras cosas a la estructura por niveles que conlleva un reparto de roles y funciones con fronteras establecidas.

En el proceso asistencial intervienen diferentes profesionales, las actuaciones se realizan en tiempos diferentes y todas estas acciones se dan sobre un único e invisible ciudadano ⁽²⁾, lo que origina no pocas veces discontinuidad en la atención, como la omisión, la duplicidad y la contradicción ⁽⁴⁾. Es deseable que este problema se minimice en la Comunidad de Madrid con la reciente creación del área única.

En otro orden de cosas, en la búsqueda de una mayor eficiencia de los cuidados y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como un incremento de la utilización de la cirugía mayor ambulatoria, acompañado de una alta presión asistencial, favorece las altas precoces y una disminución de las estancias medias ⁽⁵⁾.

Todos estos cambios están llevando a un significativo aumento de personas que presentan necesidad de cuidados en el domicilio familiar, muchas de las cuales aparecen derivadas del alta hospitalaria; por lo que los servicios de salud tienen que dar una respuesta más efectiva especialmente a la población más vulnerable ⁽⁶⁾.

Además, el incremento de la esperanza de vida conlleva un aumento de pacientes con **enfermedades crónicas**. Sin embargo una parte importante de los recursos sanitarios están organizados para tratar procesos agudos. La atención a pacientes con enfermedades crónicas debe tener en cuenta los problemas asociados (sociales, cognitivos,...) por lo tanto, la atención integral debe ser capaz de dar respuesta a todas las necesidades del paciente ^(4,6).

En este sentido la continuidad asistencial es crucial, con un equipo multidisciplinar que incluya a todos los profesionales que intervienen en el proceso, comunicándose y tomando decisiones sobre un grupo concreto de pacientes ⁽⁷⁾.

Estudios avalados por el programa Mejorar el Cuidado de Enfermedades Crónicas del Institute for Healthcare ⁽⁸⁾, afirman que el asesoramiento externo y la participación de equipos multidisciplinarios son esenciales para el cuidado y tratamiento de estas enfermedades. Sin embargo, siguen existiendo barreras culturales, organizativas y profesionales, derivadas entre otras causas por la falta de recursos, que influyen a la hora de llevarlas a la práctica ^(9,10).

Las enfermedades crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre otras, están originando gran consumo de recursos sanitarios. Los avances en el tratamiento de estas enfermedades deben mucho a la nueva tecnología y los nuevos fármacos, pero no se podrá avanzar mucho sin un cambio en la organización de la atención, en el que se trate de manera integral las necesidades del paciente y la continuidad asistencial como pilares básicos ⁽¹¹⁾.

De hecho, la organización mundial de la salud identifica áreas de mejora en el tratamiento de las enfermedades crónicas ^(12,13):

- 1) Mejorar la cooperación entre niveles asistenciales
- 2) Unificación de los cuidados
- 3) Educación para la salud, con el objetivo de promover el autocuidado
- 4) Equipos multidisciplinarios
- 5) Protocolos o guías de práctica clínica
- 6) Sistemas compatibles de información
- 7) Modelos y programas integrados de gestión de enfermedades
- 8) Identificación de grupos con mayor riesgo de hospitalización

En las enfermedades crónicas, las enfermeras/os como profesionales participan de una manera muy activa y adquieren un rol importante. Deben desarrollar nuevos y eficaces instrumentos de interrelación y trabajo en equipo y transmitirlos, para que sean entendidos y asumidos como elementos de la actividad propia de los profesionales implicados.

No obstante, la implicación debe ser de todos, los gestores se deben implicar para poder alcanzar los objetivos encaminados a favorecer esta interrelación. De igual manera los profesionales; se ha visto que los cambios más sustanciales y sostenidos han tenido lugar en aquellas organizaciones que permiten el cambio desde abajo, influenciado por usuarios de primera línea, profesionales y directivos ⁽¹⁴⁾.

Las administraciones deben facilitar estos avances; de hecho en algunos aspectos ya se está haciendo, como por ejemplo con la introducción de las nuevas tecnologías en la asistencia sanitaria y el avance de las telecomunicación como la telemedicina ⁽¹⁵⁾, han impulsado el desarrollo de una comunicación de datos más precisa y en tiempo real, siendo instrumentos eficaces de la interrelación.

1.2 INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

El informe de continuidad de cuidados (ICC), también denominado informe de enfermería al alta, es imprescindible para la comunicación entre los diferentes niveles que garantizan la continuidad de los cuidados ⁽¹⁶⁾. La comunicación entre niveles asistenciales es un pilar básico para la continuidad compartida, esta comunicación exige una participación conjunta de los profesionales de atención primaria y atención especializada.

El informe de continuidad de cuidados favorece la confianza y seguridad del paciente y su familia, ya que identifica a su enfermera de referencia, además de hacerle ver que se dispone de herramientas eficaces para la comunicación que van a intervenir en su recuperación posterior, facilitándole información sobre su proceso; por lo que contribuye a satisfacer sus necesidades y expectativas ⁽¹⁷⁾. Es importante de igual manera para los profesionales, porque se unifica el lenguaje enfermero, importante para avanzar en la profesionalización de sus funciones y favorece una atención de calidad.

El informe de continuidad de cuidados es una parte del proceso asistencial, que contribuye a garantizar la coordinación entre los profesionales de los diferentes ámbitos ⁽¹⁸⁾; facilitando el seguimiento de los pacientes y ayudando a detectar problemas al cuidador principal. Favorece la comunicación y la información entre profesionales, puede evitar errores, además de suponer un reconocimiento del trabajo.

Como aspecto negativo, cabe destacar que supone un trabajo añadido, ya que cuando el paciente se va de alta, la enfermera responsable de sus cuidados tiene que dedicar un tiempo a la preparación y elaboración del mismo. No obstante, estos tiempos se pueden acortar con un sistema informático que lo facilite.

El informe de continuidad de cuidados debe ser la planificación del alta ⁽¹⁹⁾ y esta debe empezar desde el momento del ingreso, anticipándose a las necesidades que tiene y tendrá el paciente después de dejar el hospital. Explicar, tanto al paciente como a su cuidador, los cuidados y aclarar dudas que puedan surgir; así como indicarle la necesidad de ir a su enfermera de atención primaria, con el fin de que pueda hacer seguimiento de sus cuidados.

Para la elaboración anticipada del alta, hay que trabajar durante todo el proceso del ingreso hospitalario con metodología teniendo en cuenta:

- Un modelo de cuidados como marco conceptual de referencia
- Diagnósticos de enfermería (taxonomía de la NANDA)
- Clasificación de intervenciones (NIC) y resultados (NOC)
- Informe de enfermería individualizado al alta

Un estudio llevado a cabo en la Junta de Castilla León ⁽⁵⁾, muestra que el déficit en la comunicación al alta hospitalaria es común y puede afectar negativamente a la atención de los pacientes.

La combinación de la información verbal y escrita, sobre el cuidado de la salud en el domicilio después del alta del hospital, mejora el conocimiento, la satisfacción y seguridad de los pacientes ⁽¹⁹⁾. Asimismo, el uso de formatos normalizados de alta para resaltar la información más pertinente mejora la calidad percibida sobre los documentos de alta ⁽²⁰⁾.

El alta planificada puede dar lugar a originar una disminución de la duración de la estancia en el hospital y a veces una menor cantidad de reingresos ⁽²¹⁾.

Diferentes estudios, como el realizado en el hospital de Calahorra y los centros de atención primaria adscritos ⁽²²⁾, en el que se ha preguntado a los profesionales de los

ámbitos de atención primaria y hospitalaria; así como a pacientes y cuidadores, constatan la necesidad de elaborar el informe de enfermería al alta hospitalaria. Se considera por lo tanto un documento de vital importancia, ya que contribuye a la mejor continuidad de los cuidados enfermeros. Es una herramienta que nos ayudará a conseguir con eficacia la prestación de los cuidados de enfermería, donde el uso de diagnósticos enfermeros y planes de cuidados consensuados se deben ir generalizando.

Se pueden conseguir otros beneficios, como la disminución en la frecuentación a urgencias, tiempo de recuperación, frecuencia de reingresos y complicaciones, adherencia al tratamiento farmacológico, influencia sobre el estrés y ansiedad del paciente y su cuidador,...pudiendo ser estos campos para futuras investigaciones ⁽¹⁹⁾.

No obstante es necesaria una mayor información –comunicación entre los supuestos implicados en la asistencia del enfermo- con un objetivo común: **el cuidado integral del enfermo**. Esto determina que más allá de un informe de alta al salir del hospital, aparezca la necesidad de coordinación en determinados grupos de pacientes para garantizar la continuidad de los cuidados.

Es responsabilidad de los profesionales de la salud, articular herramientas de información y conexión para ofrecer servicios continuados e integrales. Si los profesionales ofertan un servicio específico, "**cuidados enfermeros**", es necesario planificar acciones que conduzcan a la continuidad de los mismos; transmitirlos como información reglada al paciente-familia y enfermeras, que tras el alta hospitalaria serán encargadas de garantizar la continuidad de los cuidados ⁽²³⁾.

En cuanto al contenido, hay que resaltar que deben figurar al menos los datos de identificación del paciente, del profesional que cumplimenta el informe, así como los problemas presentados y los que quedan pendientes de resolver. Es frecuente ver, que estos parámetros de carácter físico y biológico se registran en los informes; pero se olvidan los de tipo psicosocial, que son importantes para hacer el seguimiento del paciente tras el alta hospitalaria ⁽²⁴⁾.

En un estudio descriptivo y transversal llevado a cabo en Barcelona ⁽²⁵⁾, se concluyó con que el informe debe ser práctico y contener: datos de filiación, diagnóstico médico, evolución en el hospital, diagnósticos de enfermería y cuidados realizados,

necesidades en el momento del alta, identificación del cuidador y nombre de la enfermera hospitalaria responsable.

Es frecuente encontrarnos con informes de enfermería al alta con baja calidad, por contener información poco precisa e incompleta y no cumplir las expectativas del personal sanitario. A veces, tampoco proporcionan información suficiente al paciente. La falta de información puede afectar negativamente a la atención de los pacientes.

Se deben utilizar formatos normalizados y consensuados ^(5,20). El intercambio de información debe ir más allá de las comunicaciones habituales de alta, que muchas veces se convierte solo en un trámite burocrático en lugar de una herramienta útil; debe servir como se ha dicho tanto para el paciente como para el profesional.

1.3 CONTINUIDAD DE CUIDADOS; UNA NECESIDAD

La continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada, sigue siendo una asignatura pendiente en la prestación planificada de los cuidados a los pacientes.

Es un elemento clave de calidad en la asistencia sanitaria ⁽⁵⁾; desde que la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril), que tiene entre otros, como objetivo la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho de protección de la salud; estableció dos niveles asistenciales: atención primaria y atención especializada. Desde ese momento, los servicios de salud y las organizaciones sanitarias otorgan a la continuidad de cuidados un papel primordial.

Los Organismos Internacionales, la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Europeo y las Sociedades Científicas, se ocupan en reuniones internacionales de la continuidad de cuidados. Se considera un elemento de calidad de la asistencia sanitaria, para centrar la atención en el paciente y como estrategia para disminuir costes sanitarios ^(26,27).

Los niveles asistenciales, los profesionales sociales y de la salud, las organizaciones sanitarias, la comunidad, el usuario y familia, son claves para alcanzar una adecuada continuidad de cuidados ⁽³⁾. Las enfermeras/os adquieren un mayor protagonismo en el

cuidado, y por lo tanto en la necesidad de interrelación, por lo que se debe seguir avanzando y encontrando estrategias que la favorezcan.

En ocasiones, las relaciones interprofesionales influyen de manera significativa en la continuidad de cuidados. Estas situaciones de relación se dan entre el profesional de las diferentes categorías y el usuario, derivadas de un problema de salud. Por otra parte, se dan entre profesionales de una misma categoría ante situaciones derivadas de un problema que les une, como es la atención al paciente. Existe también la relación entre profesionales de diferente categoría pero de un mismo equipo, con diferentes intereses derivados de su posición profesional. La relación entre el equipo y la organización que a veces no es todo lo acorde a la realidad que sería deseable ⁽²⁸⁾.

Se deben por lo tanto aunar todos los intereses, (personales, profesionales, estructurales,...) con el fin de dar respuesta a la necesidad de una atención integral, apoyada en la continuidad de cuidados y en la interrelación de profesionales. El propósito será promover el trabajo multidisciplinar y la integración de los sistemas de información ^(29,30).

La interrelación profesional se hace imprescindible para el avance y “no se debe olvidar” que debe dirigir su esfuerzo a quien verdaderamente es la causa y efecto de nuestra actividad profesional, es decir, **el individuo, la familia y la comunidad**.

Sin duda, los profesionales como proveedores de servicios tienen un papel primordial en la continuidad de cuidados. Deben incluir a las familias y comunidades en las que viven integrándolos en el proceso; sin lo cual no es posible dar respuesta a sus necesidades y se puede ver mermada la calidad percibida por los mismos ⁽³⁾. Esta es una prioridad, que deben tener presente cada día los profesionales de **atención primaria**.

Hay diferentes opiniones sobre el papel de la enfermería en el ámbito de la atención primaria. Para dar respuesta a este problema se formó un grupo de trabajo con las direcciones de enfermería de todas las áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid, definiéndose cuatro grandes aspectos ⁽³¹⁾:

- Continuidad asistencial
- Enfermería como gestor de casos en la atención domiciliaria

- ✦ Libre elección de enfermera
- ✦ Papel de enfermería en atención primaria

¿**Qué podemos hacer para mejorar la continuidad asistencial?** Este es el objetivo de esta tesis, para ello se ha tenido en cuenta tanto la opinión y experiencia de los profesionales; como la calidad percibida sobre el cuidado, necesidades y expectativas de los propios pacientes y sus cuidadores, así como las iniciativas de otras comunidades autónomas. Las estrategias que se han llevado a cabo, se desarrollarán más adelante.

- ✦ En principio hay que fomentar la **cooperación** entre los diferentes niveles asistenciales. También es necesario asignar los recursos donde sean más eficientes, en estos momentos es necesario prestar los servicios especializados fuera de los escenarios tradicionales.
- ✦ La elaboración y consenso tanto de **guías clínicas** conjuntas como **protocolos** favorece la comunicación entre los profesionales ⁽¹⁷⁾. Sin embargo no basta con la elaboración de protocolos entre ambos niveles asistenciales, es necesario llevarlos a la práctica.
- ✦ Hay que facilitar que los trabajadores de los diferentes ámbitos (atención primaria y atención especializada) creen nuevos modos de **trabajar conjuntamente**. La idea es promover la iniciativa entre los profesionales, en vez de esperar a que ellos pongan en marcha los guiones diseñados por los superiores ⁽³²⁾.
- ✦ Los gestores deben estimular la cooperación definiendo objetivos encaminados a la consecución de resultados. **La gestión por procesos** o interniveles podría de igual manera favorecerla, al igual que los avances en la informática, al favorecer la información compartida en cuanto a la historia clínica de un mismo usuario entre ambos niveles.
- ✦ Es importante promover alternativas organizativas que faciliten ⁽³¹⁾:
 - El desarrollo de vías clínicas conjuntas
 - Unidades de continuidad asistencial

- La gestión por procesos interniveles
- El intercambio entre profesionales
- Las sesiones conjuntas
- La enfermería de enlace

Sobre estos aspectos se profundizará a lo largo de esta tesis, proponiendo alternativas y estrategias, pues se pretende mostrar la relevancia que tienen para la mejora de la continuidad asistencial y por lo tanto para el servicio prestado.

Es necesario por lo tanto, crear estrategias que integren ambos niveles; dando respuesta no solamente a situaciones de enfermedad, sino a favorecer la educación para la salud y con ello la prevención, así como la interacción con los **servicios sociales**. Hacer clasificación de pacientes (de casos) que tengan en cuenta los diferentes niveles de necesidad de cuidados.

La interrelación entre los servicios sociales y los servicios de salud, es un objetivo a tener en cuenta en la coordinación, se deben incorporar los profesionales sociales, los propios pacientes y cuidadores en el proceso asistencial.

Para ello, habría que definir grupos de población teniendo en cuenta problemas de salud, necesidad de recursos, nivel de invalidez y de dependencia.

Se deben establecer mecanismos de coordinación entre los servicios sociales y los centros de salud, con el objetivo de favorecer la autonomía de las personas mayores, dando mayor rentabilidad a los recursos sociales y sanitarios que existen en la actualidad ⁽³³⁾.

A veces, en este terreno existen dificultades, ya que son dos entes profesionales que han estado, y en alguna manera permanecen gestionados y dirigidos de forma diferente, por lo que pueden existir controversias en cuanto a las competencias de cada uno de ellos, con los consiguientes efectos negativos para la coordinación.

Sin ninguna duda, en la relación entre niveles asistenciales debe favorecerse el consenso y los acuerdos entre los profesionales de un nivel y otro. A veces se ha visto entre ellos cierto grado de competencia (competitividad), con desavenencias e intentos mutuos de derivarse las responsabilidades. Se hace imprescindible ir hacia sistemas

organizativos flexibles y que tengan el punto de mira en las expectativas que tienen los pacientes.

Por lo que la mejor alternativa para lograr la pretendida “coordinación” entre niveles deberíamos dirigirla no hacia el término de “competencia” sino al de “cooperación”, ya que este termino responde a la necesidad de aunar esfuerzos para alcanzar un mismo fin ⁽³⁴⁾.

1.4 FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. INDICADORES DE DEPENDENCIA

La sociedad es una entidad viva sometida a constantes cambios, que en los últimos años con la revolución tecnológica se han acelerado. La unidad familiar no puede hacer frente a la demanda de cuidados que se generan; por otro lado los usuarios son cada vez más exigentes debido al acceso a la información y demandan más calidad, por lo tanto las instituciones han tenido que dar respuesta en este sentido.

El nivel de salud de la población depende de una amplia gama de factores, que globalmente puede condicionar el estado de salud, tanto en sentido favorable como desfavorable. Entre estos factores merecen especial consideración los relacionados con características propias de la población, tanto en cifras absolutas como en su distribución geográfica y en su estructura.

Es necesario tener en cuenta los cambios en la población que componen la Comunidad de Madrid ⁽³⁵⁾:

- Cambios en los patrones socio-demográficos.
- Aumento de personas con problemas de salud crónicos.
- Ancianos.
- Cuidadores informales.
- Personas con altas hospitalarias precoces.
- Pacientes terminales con necesidad de cuidados paliativos
- Población materno infantil.
- Inmigrantes.

El distrito de Vallecas correspondiente al área 1 de salud de la comunidad de Madrid (actualmente englobada en la zona sureste), es donde se va a llevar a cabo este trabajo de investigación, la forman los distritos de Puente y Villa de Vallecas. El distrito de Puente de Vallecas es una zona urbana, mientras que el actual distrito de Villa de Vallecas ocupa un territorio mucho más extenso y tiene distintas características poblacionales ⁽³⁵⁾.

Teniendo en cuenta la densidad de la población (habitantes/superficie); en la Comunidad de Madrid es de 63 hab/Ha. En el distrito de Vallecas es de 50 hab/Ha; se observa una notable diferencia entre Puente de Vallecas (162) y Villa de Vallecas (18), siendo está un área en expansión, por lo que la densidad está cambiando con el paso de los años.

Los datos demográficos recogidos en la página web del instituto de Estadística nos remiten a una población de más de 300.000 habitantes. Se observa un aumento de la población muy especialmente los mayores de 75 años; la población del Puente de Vallecas es la más envejecida.

Dentro de este envejecimiento de la población, un aspecto social a tener en cuenta son las personas mayores de 65 años que viven solas, con un alto porcentaje en Puente de Vallecas (41.9 %), mientras que en Villa de Vallecas este porcentaje es mucho más bajo (18.8%).

Con un llamativo incremento de la población inmigrante, (tabla 1) datos obtenidos en el último censo llevado a cabo en la comunidad de Madrid.

Tabla 1. Demografía poblacional por nacionalidad, sexo y distrito en 2010 ⁽³⁶⁾

	Total	España	Extranjero
Madrid capital	3.285.161	2.729.498	555.663
Puente de Vallecas	242.527	195.296	47.229
Villa de Vallecas	92.034	77.036	14.998
Hombre			
Madrid	1.540.836	1.270.070	270.766
Puente de Vallecas	116.580	92.563	24.027
Villa de Vallecas	45.154	37.485	7.669
Mujer			
Madrid	1.744.325	1.459.428	284.897
Puente de Vallecas	125.945	102.743	23.202
Villa de de Vallecas	46.880	39.551	7.329

Datos facilitados por el departamento de Estadística del Ayuntamiento de Madrid e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid

Tabla 2. Porcentajes de longevidad en la C. de Madrid y distrito en 2010 ⁽³⁶⁾

Indicadores	Población total	Mayores de 65 Años	Porcentaje poblacional	Mayores de 85 años	Porcentaje poblacional
Madrid capital	3.285.161	626.067	19 %	92.157	2.8 %
Puente de Vallecas	242.527	43.454	18 %	5.901	2.4 %
Villa de Vallecas	92.034	10.192	11 %	1.172	1.2 %

Tabla 3. Indicadores de dependencia en la C. de Madrid y distrito ⁽³⁶⁾

Indicadores	Comunidad Madrid	Vallecas	Puente de Vallecas	Villa de Vallecas
Índice de dependencia global	39.8	46	48	39.2
Índice de dependencia juvenil	19.9	21.2	21	21.9
Índice de dependencia senil	19.9	24.8	27.0	17.4
Índice de envejecimiento	99.8	117.3	128.7	79.4
Índice de progresividad	11.6	9.0	9.1	8.3

- I. de dependencia global: Suma de índice de dependencia infantil y senil
- I. de dependencia juvenil: Habitantes de 0 a 14 años por cada cien habitantes de 15 a 64 años
- I. de dependencia senil: Habitantes de 65 y más años por cada cien habitantes de 15 a 64 años
- I. de envejecimiento: Habitantes de 65 y más años por cada 100 hab. De 0 a 14 años
- I. de progresividad: Habitantes de 85 años y más por cada cien habitantes de 65 años y más

El crecimiento poblacional experimentado por la comunidad de Madrid, ha presentado un incremento interanual que oscila entre 3.6-4.6 %, esto se debe entre otras cosas:

- Al crecimiento de la población inmigrante joven, y por lo tanto con mayor tasa de natalidad. En los últimos años, esta tendencia se ve que está cambiando y el crecimiento de la población en este sentido es menos acusado, por el abandono de inmigrantes de nuestro país como consecuencia de la crisis económica que estamos padeciendo.
- Además esta tendencia demográfica está originada por un aumento de la esperanza de vida, por lo que existe un mayor porcentaje de población mayor de 65 años (tabla 2) (figura 1) y por lo tanto un elevado índice de dependencia (tabla 3).

Como se puede ver en la pirámide poblacional, en el distrito de Vallecas, hay una diferencia notable entre la población mayor que vive en Puente de Vallecas (figura 2), siendo similar a la de la ciudad de Madrid, con respecto a la población más joven que vive en Villa de Vallecas (figura 3) según se muestra en la (tabla 4).

El envejecimiento de la población conlleva a situaciones de dependencia que da lugar a un cambio en la organización de los servicios sanitarios.

Otros factores que influyen en el nivel de dependencia y por lo tanto de la necesidad de cuidados son:

- La cronificación de las enfermedades.
- Los cambios en la estructura tradicional de las familias.
- La incorporación de la mujer en la vida laboral.

La atención y la coordinación socio-sanitaria hacia las personas dependientes no son necesidades nuevas; de hecho no están satisfechas a día de hoy.

Este problema tiene gran magnitud en la actualidad y en el futuro inmediato; adquiriendo importancia social debido a factores como cambios sociodemográficos y de morbi-mortalidad como el envejecimiento poblacional por el aumento de la esperanza de vida ⁽³³⁾.

Tabla 4 Estructura de la población en la ciudad de Madrid y en el distrito de Vallecas en 2010⁽³⁶⁾

Indicadores	Comunidad Madrid	Índice	Puente de Vallecas	Índice	Villa de Vallecas	Índice
Prop. Menores de 15 años	13.39	100	14.10	105.36	16.69	124.72
Prop. Mayores de 65 años	18.77	100	17.69	94.28	11.08	59.07
Prop. Mayores de 80 años	5.78	100	5.43	94.06	2.77	47.87
Razón de Juventud *	71.32	100	79.70	111.75	150.60	211.15

* Población de de 0 a 14 años/población de 65 años y más (en %)

Datos facilitados por el departamento de Estadística del Ayuntamiento de Madrid e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid

Aunque la relación entre el aumento de los años vividos y la prevalencia de discapacidad es complicada de establecer, uno de los efectos previsibles de este envejecimiento como ya se ha dicho, es el aumento de personas con problemas crónicos de salud y gran necesidad de atención sociosanitaria, a los que hay que dar respuesta⁽³⁷⁾.

En nuestro país, el 32,2 % de los mayores de 65 años presentan una discapacidad, frente al 4,6 % de las personas menores de 65 años, por encima de los 80, se incrementa considerablemente el riesgo de discapacidad, ya que son personas mucho más vulnerables⁽³⁷⁾.

Por lo tanto, las estrategias para el futuro pasan por dar contestación a una población autóctona más envejecida, con mayores necesidades y demanda de servicios.

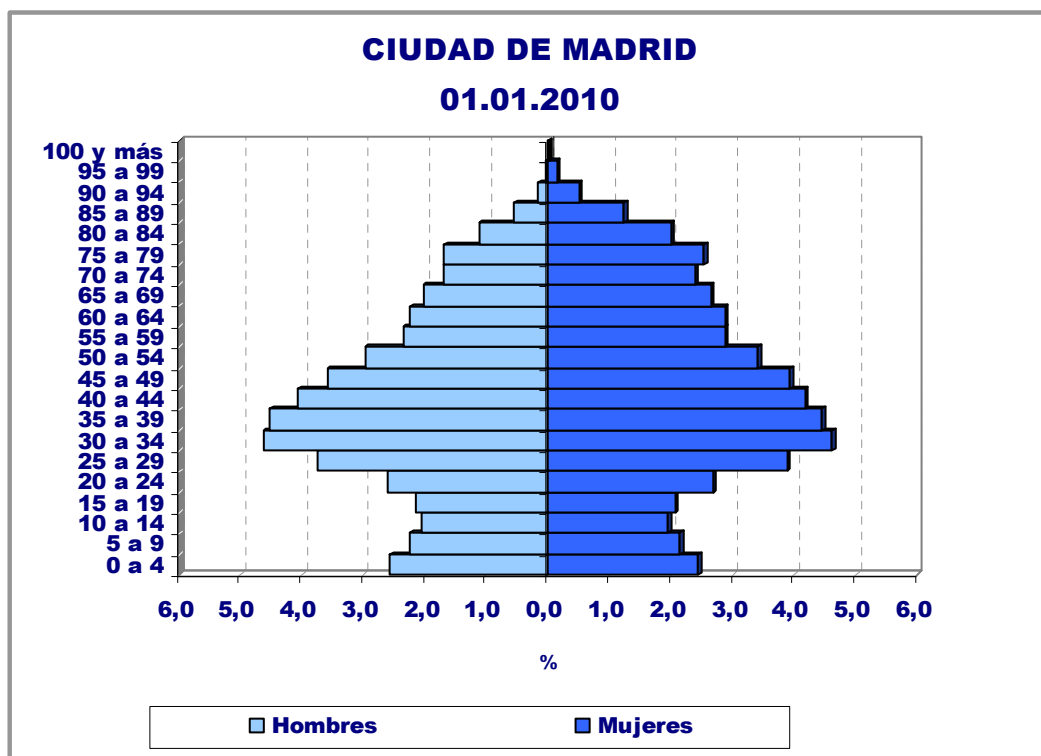


Figura 1 Pirámide poblacional, según edad y sexo Madrid⁽³⁸⁾

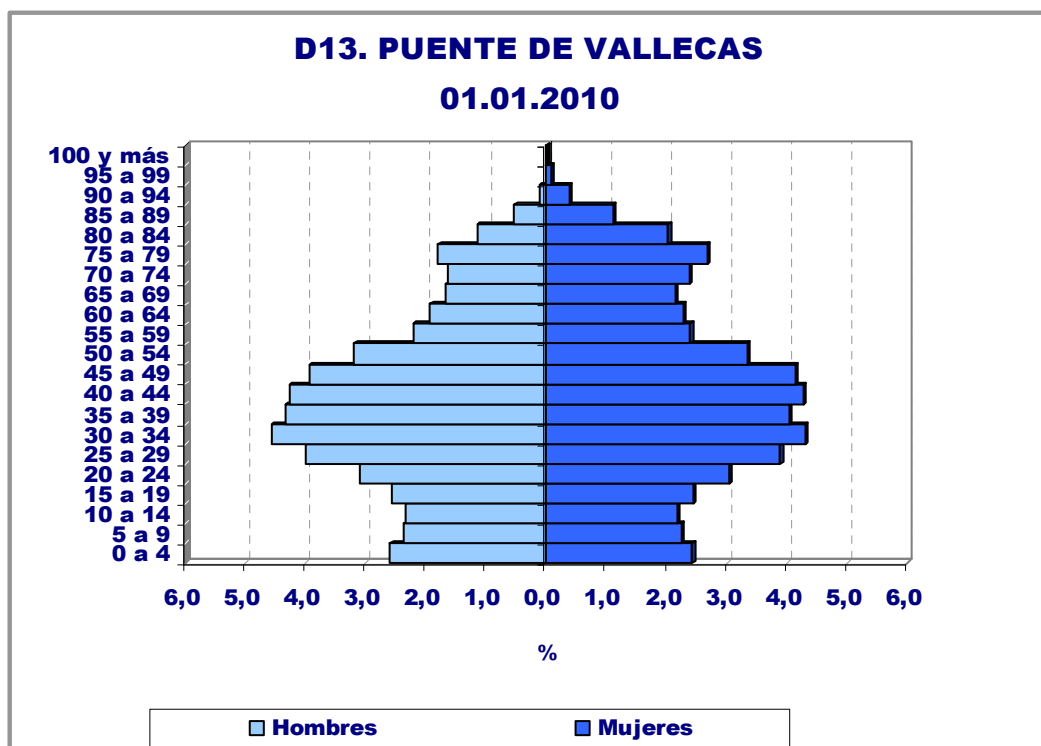


Figura 2 Pirámide poblacional, según edad y sexo Puente de Vallecas⁽³⁸⁾

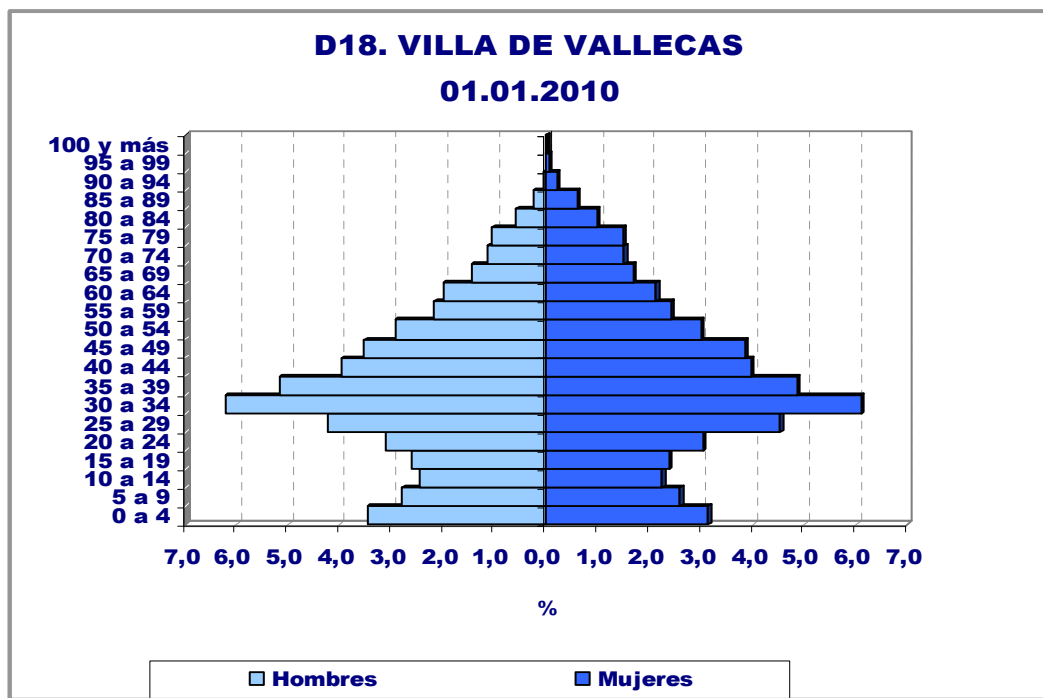


Figura 3 Pirámide poblacional, según edad y sexo
Villa de Vallecas ⁽³⁸⁾

Dentro de los factores que pueden condicionar el estado de salud de la población, es importante tener en cuenta aquellos elementos que nos van a definir el grado de desarrollo económico y social: nivel de estudios, mercado laboral, desempleo.

Estos aspectos socioeconómicos van a influir tanto en el nivel de salud como en la utilización de servicios sanitarios.

Según datos facilitados por el departamento de estadística del ayuntamiento de Madrid, en el distrito de Vallecas el 3 % de la población mayor de 16 años es analfabeta y un 17 % no tienen estudios: las cifras son muy similares tanto en Puente de Vallecas como en Villa de Vallecas. En cuanto a las tasas de paro, es significativamente más alta la existente en puente de Vallecas frente a Villa, siendo esta similar a la de la Comunidad de Madrid. Sobresaliendo la tasa de paro en el grupo de mujeres ⁽³⁹⁾. Hay que tener en cuenta, que estos porcentajes están cambiando últimamente debido al incremento de la tasa de paro.

1.5 LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Como ya se ha comentado anteriormente, desde hace años se está incrementado de una manera significativa el proceso de envejecimiento en nuestro país. Se ha duplicado el porcentaje de personas de más de 65 años respecto a la población general en las últimas cinco décadas ⁽⁴⁰⁾.

Las causas son similares en todos los países: por un lado hay que tener en cuenta el descenso de la natalidad, por otro lado han disminuido las tasas de mortalidad, debido a los avances en la tecnología, mejores condiciones de vida y nutricionales, lo que permite que las personas vivan durante más años.

Esto ha dado lugar, a que un mayor número de personas mayores vivan durante años en **situación de dependencia** y con problemas de salud crónicos, así como con necesidad de cuidados paliativos, a los que hay que dar respuesta.

Ante esta situación de dependencia que presentan los pacientes, en muchos países se han creado residencias asistidas, centros de día, atención domiciliaria, apoyo a cuidadores informales. No obstante, sigue estando pendiente la efectiva coordinación entre la atención sanitaria proporcionada por los servicios sanitarios y la atención social proporcionada por los departamentos de servicios sociales.

Existen desacuerdos e intereses mutuos en lo que se refiere a las competencias entre los profesionales de los servicios sociales y sanitarios, que conllevan a crearse barreras y dificultades en la coordinación. En este sentido actualmente se está trabajando, y se han creado en las áreas de salud, las “comisiones sociosanitarias”, con el propósito de mejorar la atención que se presta a los ciudadanos.

Las principales causas que van a dar lugar a que una persona presente problemas de dependencia, con necesidad de ayuda total o parcial para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, van a ser, tanto la edad del individuo como la presencia de enfermedades crónicas.

Para dar respuesta a este problema, en España el sistema sanitario público de Andalucía, entre otros, establece como objetivo prioritario, potenciar la ayuda en la atención domiciliaria, de forma que el paciente pueda permanecer en su domicilio el

mayor tiempo y en las mejores condiciones; estableciendo dispositivos sociosanitarios con el objetivo de paliar la carga familiar, siendo muy bien acogidos tanto por pacientes como por cuidadores, ya que facilitan ventajas y ayudas para que puedan recibir y proporcionar la atención y cuidados en su domicilio lo más satisfactoriamente posible. Ofrece alternativas con bastante éxito, como el **Plan de mejora de la atención a personas cuidadoras en Andalucía** ⁽⁴⁰⁾.

El propósito de este plan, es proporcionar al cuidador principal una tarjeta con la que se le facilita las tareas cuidadoras para que sean atendidas de forma preferente, en su domicilio y en los centros sanitarios.

Facilitando ⁽⁴⁰⁾:

- Una **información**, clara y precisa para que se sientan seguras.
- **Profesionales de referencia** en el centro de salud: enfermera de familia, médico de familia, enfermera gestora de casos, trabajador social. En el hospital: enfermera referente, médico.
- Las **citas** en la fecha y horario que más les convenga, para la cuidadora y para la persona que cuidan.
- Una **ventanilla única** en las unidades de atención ciudadana para la gestión, orientación y priorización de citas y pruebas complementarias.
- Los tramites para conseguir **recetas y materiales** para los cuidados a domicilio.
- **Contacto telefónico** con su enfermera de referencia en horarios flexibles y razonables.
- La prioridad del **traslado en ambulancia** y en circuitos diferenciados.
- **El acompañamiento de un familiar** en el servicio de urgencias y durante la hospitalización.
- Una **habitación individual**, siempre que sea posible, durante el periodo de hospitalización.
- El **descanso** o la permanencia en su domicilio durante la hospitalización de su familiar, pudiendo solicitar la información vía telefónica que precise, a su enfermera de referencia.
- Las **comidas** durante el ingreso hospitalario.
- **Espacios de encuentro** durante el ingreso hospitalario para intercambiar y compartir experiencias de pacientes y cuidadoras.

- ✦ Conocimiento sobre los **cuidados** que deben aplicar a su familiar en el domicilio (aseo, alimentación,...) participando en los mismos durante el ingreso hospitalario.
- ✦ Realización de **actividades preventivas** para prevenir complicaciones.

En un estudio llevado a cabo por David Casado Marín ⁽⁴¹⁾ refiere, que en España existen más de dos millones de personas que precisan ayuda para llevar a cabo ciertas actividades diarias. Se sitúa entorno a las 800.000, las que presentan dependencia de moderada a severa, siendo personas de edad avanzada a menudo con enfermedades crónicas.

Los cuidados prolongados son necesarios para personas dependientes, convalecientes y con problemas crónicos, o en fases terminales. Para los cuidados prolongados no sirven los modelos clásicos de “servicios sociales” o de “atención sanitaria”; el conocimiento y la capacidad profesional, son determinantes en la calidad de los cuidados, y por ello se ve prioritaria la incidencia en estos aspectos ⁽⁴²⁾.

La atención a las personas mayores dependientes ⁽⁴¹⁾, hay que considerarla desde el punto de vista que son pacientes con una necesidad de cuidados de larga duración; por lo que hay que llevar a cabo actividades con el fin de que puedan seguir disfrutando en la medida en que sea posible de una adecuada calidad de vida. Estas actividades serán de carácter básico, como por ejemplo, vestirse, ayuda en el aseo y en la alimentación.

Por otro lado, hay que tener en cuenta, que estos pacientes van a necesitar una frecuentación a los servicios sanitarios mayor que el resto de la población. Además, van a exigir que el cuidador y la persona mayor dependientes convivan en el mismo domicilio; lo que prolongará estas actividades en el tiempo, de ahí, el nombre de actividades de larga duración.

En esta situación, la familia puede asumir el rol de cuidador principal (**“cuidador informal”**), atendiendo al paciente en su entorno habitual; en caso de que aparezcan complicaciones y tengan que ingresar en un centro sanitario, lo apropiado es que vuelva a su domicilio tan pronto como sea posible.

En España, el 78 % de los pacientes que están en su domicilio, únicamente reciben ayuda de carácter informal ⁽⁴¹⁾. Esto se debe al modelo de familia existente en España, y que en las últimas décadas ha cambiado debido a las nuevas estructuras familiares.

Como consecuencia de la revolución industrial, la mujer se incorpora al mundo laboral, lo que implica que en el momento actual los hogares al igual que la institución sanitaria cambian de modelo, es decir:

- ✚ Los primeros, no se pueden hacer cargo de sus familiares por tener que compaginar cuidados y trabajo.
- ✚ Por otra parte, las instituciones para hacer más rentable la gestión, devuelven a los pacientes cuanto antes a su domicilio.

Ante esta situación, es necesaria la intervención de profesionales, con la intención de dar una respuesta en coordinación con otras instituciones, para los casos más graves o necesitados; así como ofrecer información y enseñar técnicas de cuidados al “cuidador principal”. Estas, entre otras, son competencias de los **profesionales de enfermería**.

Existen en la actualidad programas informativos y formativos dirigidos a los cuidadores principales, basados en la educación para la salud encaminados a favorecer el cuidado de pacientes con ICTUS, entre otras patologías ⁽⁴³⁾. Un estudio realizado en el hospital de Alcalá de Henares refleja que el 76 % de los pacientes tenían cuidadores en su domicilio ⁽⁴⁴⁾.

Es importante, que a la hora de proporcionar la adecuada atención a las personas en situación de dependencia, que las prestaciones establecidas les permita permanecer en su entorno el mayor tiempo posible. Por ello, incluir a los cuidadores principales en los planes de cuidados es una buena estrategia a tener en cuenta ⁽⁴⁵⁾.

La OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), con el lema de envejecer en casa ha manifestado: “Desarrollar políticas que permitan a las personas, incluidas las que necesitan cuidados de larga duración, continuar viviendo en sus casas, y en caso de no ser posible, residir en un ámbito que les ofrezca

seguridad, protección y cuidados; pero que también se ubique en su entorno habitual, tanto en el aspecto social, como en el geográfico”.

La solución está en la combinación de los distintos tipos de servicios, dando un importante papel por lo tanto a la atención continuada. Cuando en un paciente ingresado desaparecen las complicaciones o problemas de salud que deben ser resueltos en una institución hospitalaria, existen otros recursos distintos donde llevar a cabo de manera más eficiente los cuidados, sin que ello signifique que haya que perder la *“continuidad asistencial”*.

Uno de los aspectos importantes que hay que tener en cuenta, es el derecho que tienen las personas en situación de dependencia a recibir atención formal e informal adecuada. Por lo tanto, se han de organizar y disponer servicios sociales y sanitarios para que puedan ser utilizados simultáneamente, y que puedan combinarse con flexibilidad y eficacia para adaptarse a la situación de cada paciente y/o familia a lo largo del tiempo.

Son muchas las personas y familias que precisan apoyo social y familiar; en países Europeos como Holanda y Dinamarca principalmente, cuando tras un periodo largo de dependencia se produce un cansancio del cuidador principal, y la familia no puede mantener de manera permanente el apoyo necesario, tienen que recurrir en muchas ocasiones a instituciones cerradas, a veces en contra de lo que desearían.

Tal es la importancia que se da a esta situación, que en la Unión Europea, se ha creado el proyecto PROCARE ⁽⁴⁶⁾, en el que han trabajado varios países (Austria, Alemania, Dinamarca, Francia, Italia).

Este proyecto tiene como objetivo promover el concepto de atención social y sanitaria integral para las personas mayores, con el fin de obtener la eficiencia en los tres momentos del cuidado: atención primaria (en el hogar), en la hospitalización a corto plazo y estancias largas y centros residenciales. En España ha habido experiencias a este nivel, pero por diferentes motivos son proyectos que no han llegado a culminar salvo experiencias aisladas.

1.6 ESTRATEGIAS FACILITADORAS PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS. EXPERIENCIAS EN ALGUNAS COMUNIDADES

Son muchas las comunidades autónomas que están llevando a cabo alternativas con la finalidad de garantizar la continuidad asistencial; se trabaja por lo tanto con el propósito de mejorar la atención que se presta a los pacientes y a sus cuidadores.

- ✦ El Servicio Andaluz de la Salud (SAS), ha desarrollado entre otras alternativas, la figura de la enfermera de enlace; cuyo objetivo se centra en potenciar la asistencia domiciliaria, coordinando la intervención de los distintos profesionales del equipo atención primaria y los profesionales de atención especializada ⁽⁴⁷⁾.

Dentro del Plan estratégico del Servicio Andaluz de Salud, se contempla la **gestión por procesos asistenciales**, como elemento básico del plan de calidad de la Consejería de Salud, para garantizar la continuidad asistencial.

La continuidad de cuidados, es un elemento clave para garantizar la calidad asistencial. Para facilitar dicha continuidad, entre los dos niveles se desarrollan las comisiones de cuidados de área formadas por profesionales del hospital y de atención primaria ⁽⁴⁸⁾.

- ✦ A partir del año 2002, el plan de Salud de Canarias incorpora a la cartera de servicios de atención primaria el conocido “Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria”. Este servicio se basa en la figura de una enfermera denominada enfermera comunitaria de enlace (ECH), que es el eslabón entre primaria y especializada con unas metas y actividades perfectamente definidas ⁽⁴⁹⁾.
- ✦ En Cataluña se crean redes de servicios de salud u organizaciones de salud integradas (OSI), cuya finalidad es ofrecer una atención coordinada a través de la continuidad de prestaciones a una población determinada; teniendo en cuenta que son responsables de sus costes y resultados de salud.

Los objetivos finales son la mejora de la eficiencia global de la provisión y continuidad de la atención, a través de la mejora de la coordinación de los servicios e integración asistencial ⁽⁵⁰⁾.

Las OSIs, surgieron en países con sistemas de salud privados, como Estados Unidos.

En Cataluña, se han creado algunas OSIs en el Sistema Nacional de Salud, con separación de las funciones de financiación y provisión, actuando el Servicio Catalán de Salud como comprador de servicios de salud a los proveedores públicos y privados.

Con la aprobación de la Ley de ordenación Sanitaria de Cataluña, se propuso la cesión de la atención primaria a organizaciones que gestionaban hospitales de agudos concertados, lo que supone el inicio de las organizaciones sanitarias integradas ⁽⁵¹⁾.

Para coordinar la atención entre atención primaria y atención hospitalaria, se han desarrollado mecanismos basados en la normalización de procesos de trabajo. En esta coordinación se integra la atención sociosanitaria, intercambiando información y la mejora de la capacidad resolutive de la atención primaria ⁽⁵¹⁾.

- ✦ Dentro del plan de mejora de atención primaria de la Comunidad de Madrid, se dio especial importancia a potenciar la continuidad asistencial con atención especializada y los servicios de urgencias, con el propósito de promover una buena comunicación entre niveles asistenciales ⁽¹⁾.

Para potenciar la continuidad asistencial, se deben consensuar objetivos, así como herramientas que permitan una comunicación fluida, proponiendo:

- Objetivos vinculantes al área.
- Implantar una política farmacoterapéutica conjunta acorde a criterios de uso racional del medicamento.
- Elaboración conjunta de protocolos y vías clínicas de los procesos más frecuentes.

- Creación de espacios de comunicación entre atención primaria y atención especializada.
- Valoración de la figura del especialista-consultor de referencia en determinadas especialidades.
- Implantación de circuitos con los servicios especiales de urgencias.
- Formatos electrónicos conjuntos en pruebas diagnósticas y complementarias.
- Informes de alta hospitalaria, potenciando el informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria.
- Mejorar la accesibilidad de los usuarios a los servicios.
- Garantizar la coordinación a nivel de área, constituyendo comisiones que sirvan de foros de encuentro y enlace entre profesionales y gestores de ambos niveles asistenciales.

Teniendo en cuenta este propósito, y ante la necesidad de prestar una correcta atención a la población, se han definido situaciones que deben ser resueltas por los servicios sanitarios, en las que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid quiere mostrar su compromiso con las líneas de trabajo actuales y futuras.

Dentro de estas situaciones, esta la **atención a la dependencia**, entendiendo la necesidad de mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios de ambos niveles asistenciales y sociales, para ello una de las estrategias a tener en cuenta es crear la “gestión de casos” ⁽¹⁾.

La gestión de casos es un modelo organizativo-asistencial extendido e implantado en los países anglosajones. Puede definirse como la coordinación de los servicios que ayudan a las personas dependientes o en situaciones de vulnerabilidad, a identificar y/o proporcionar los servicios apropiados a cada individuo.

El gestor que lidera el equipo, planifica y coordina los cuidados, garantiza el nivel de calidad, lo que favorece que disminuyan los costes derivados del cuidado fragmentado.

Podemos deducir, que la enfermera es la figura idónea para la gestión de casos, por su metodología de trabajo, formación e integración de los cuidados así como la capacidad de gestión partiendo de la planificación a medio y largo plazo.

Además, la enfermera es una profesión fronterá, situándose próxima al paciente y a su familia, con conocimiento científico propio, adecuando la información y actuando en base a su misión que es el cuidado ⁽¹⁾.

Las enfermeras hospitalarias de enlace, junto a las enfermeras supervisoras, son líderes de cambio hacia un modelo enfermero de cuidados centrados en el paciente; pueden evitar la fragmentación del cuidado, y mejorar el flujo de información entre los niveles asistenciales.

La figura de gestor de casos ⁽⁴⁸⁾, dentro del modelo de gestión se presenta como una oportunidad para la sociedad, para el sistema y para los profesionales; vela para que el paciente/familia alcance los objetivos terapéuticos previstos en la trayectoria clínica; identifican y movilizan los recursos necesarios y facilitan la intervención de los diferentes profesionales y servicios para el logro de los mejores resultados ⁽⁵²⁾.

Los elementos favorecedores de la Continuidad de Cuidados:

- Modelos de organización de la práctica centrados en el paciente: Enfermera referente en atención especializada y enfermera de familia en atención primaria.
- Gestión de Casos: enfermera comunitaria de enlace en atención primaria y enfermera hospitalaria de enlace en atención especializada.
- Informe de continuidad de cuidados o de enfermería al alta. Hay estudios que concluyen asegurando que el informe de continuidad de cuidados tiene gran utilidad para garantizar la continuidad asistencial; es por lo tanto una herramienta imprescindible que la favorece ^(19,53,54,55).
- Cuaderno para la continuidad de cuidados, donde se refleja la información del paciente que está en su domicilio y puede precisar de un ingreso/seguimiento hospitalario ⁽⁵⁶⁾.

El modelo **EVERCARE**, es uno de los programas de coordinación de atención sanitaria más extendidos en los Estados Unidos. Sus principios básicos son ⁽³²⁾:

- Enfoque integral individual al cuidado geriátrico, promoviendo el mayor nivel de independencia, bienestar y calidad de vida.
- El principal proveedor es el sistema de atención primaria.
- Se facilita el cuidado sanitario, procurando que sea menos invasivo.

- Las decisiones se apoyan en datos registrados y consensuados.
- Se proporcionan cuidados con atención especial al bienestar psicosocial.
- Se puede minimizar el ingreso en hospitales y se refuerza el tratamiento en residencias.
- La familia participa en el cuidado del paciente, existiendo comunicación continua entre la familia y el equipo profesional.

Merece especial mención, un estudio llevado a cabo en Barcelona⁽⁵⁷⁾ en el que con un diseño de estudio cualitativo descriptivo, mediante entrevistas a profesionales y directivos, se muestran los factores que influyen en la coordinación según las diferentes opiniones de los dos grupos de informantes.

Ambos grupos, coinciden en que hay elementos tanto internos como externos de las organizaciones que afectan a la coordinación entre niveles:

- Sistemas de información diferentes que no comparten la historia del paciente.
- Desconocimiento mutuo de los profesionales que intervienen.
- Los directivos también refieren el sistema de pago, ya que incentiva la productividad hospitalaria y no la coordinación con primaria.
- Falta de recursos humanos y falta de tiempo.

Los elementos facilitadores que definen son:

- La comunicación, el conocimiento y la buena relación entre profesionales de los distintos niveles asistenciales.
- Las guías y protocolos elaborados de forma consensuada por profesionales de ambos niveles.
- Actitudes de colaboración y trabajo en equipo.
- La formación.

Para facilitar la comunicación y la información, cada grupo de informantes presentan una alternativa.

Los directivos plantean la introducción de un **directivo integrador**, que dirija todos los aspectos relacionados con la coordinación asistencial en la organización.

Los profesionales apoyan la necesidad de un **profesional de enlace**, que sirva de interlocutor y facilite la comunicación entre niveles.

Otros elementos que facilitan la coordinación, son los valores y las actitudes de colaboración de trabajo en equipo de los profesionales; por lo que suponen dificultad para la coordinación, tanto el desconocimiento como la desconfianza entre los diferentes grupos profesionales.

Se deben establecer canales de información rápida y eficaz en lo que se refiere a la atención de nuestros paciente; facilitando la comunicación bidireccional entre los profesionales.

- Se consigue una mejor calidad percibida del paciente.
- Se puede evitar la frecuentación al servicio de urgencias.
- Previsiblemente se pueden evitar ingresos hospitalarios.
- Se puede adelantar el alta, ahorrando estancias hospitalarias.

Por lo tanto, el intercambio entre los profesionales de ambos niveles asistenciales, favorece el acercamiento y el conocimiento mutuo, facilitando la comunicación; ya que previsiblemente verían las ventajas y dificultades con las que se encuentran sus compañeros en el cuidado de estos pacientes, así como las técnicas y cuidados que se llevan a cabo en cada uno de los ámbitos de actuación. **Esta es una de las estrategias que se proponen en esta tesis:**

- Sería conveniente un intercambio/rotación en el medio laboral de profesionales entre niveles asistenciales; **lo que ayudaría** en primer lugar a conocerse entre sí, a parte de ver más de cerca las barreras asistenciales **en relación con su ámbito laboral**; ventajas, barreras ó dificultades con las que se tienen que enfrentar a diario cada uno de los profesionales, tanto de atención primaria como de especializada.
- Tras el alta, desde el hospital se llamará por teléfono al paciente, con el propósito de preguntar por la calidad percibida sobre sus cuidados en el hospital, averiguar si se ha llevado a cabo la continuidad de sus cuidados; lo que ayudará a buscar alternativas con el propósito de mejorar la coordinación.

- La enfermera de referencia de atención primaria, contactará, mediante llamada telefónica con el paciente, después del **alta hospitalaria**, con el fin de facilitar la continuidad de cuidados y detectar posibles necesidades en su domicilio.

Previsiblemente, con la realización de esta tesis, se podrá dar respuesta a algunos problemas que existen actualmente en la continuidad de cuidados.

Para ello, se ha tenido en cuenta y analizado tanto la opinión de los profesionales como de los pacientes.

Se han llevado a cabo estrategias como:

- El intercambio/rotación de los profesionales de enfermería por atención primaria y por el hospital.
- Enfermeros referentes en las unidades del hospital.
- Coordinadora de enfermería en el hospital.
- Información individual y grupal.
- Llamar por teléfono a los pacientes tras el alta desde el hospital.
- Una vez el paciente esté en su domicilio, y después de haber tenido un ingreso hospitalario, la enfermera de atención primaria le llamará, con el propósito de detectar necesidades y valorar la continuidad de sus cuidados.

Estas estrategias pueden influir positivamente y de manera significativa en la coordinación de cuidados.

1.7 LA GESTIÓN DE CASOS

La gestión de casos, en inglés *case management*, es una estrategia de gran interés tanto para pacientes, familia, profesionales, gestores y la administración.

Existen muchas publicaciones tanto en revistas clínicas, de enfermería y de gestión, que han tratado este tema y han quedado patentes los beneficios que aporta esta práctica de gestión de casos, tanto en hospitales, como en atención primaria.

Los resultados han demostrado con creces que puede ser la solución que necesitamos; ya que los cuidados se dirigen a las necesidades de los pacientes, lo que hace que se sientan más satisfechos y aumente su bienestar.

Es motivo también de satisfacción para los profesionales, ya que ven más desarrollado su rol de cuidador; y los gestores pueden comprobar que las estancias hospitalarias se ven acortadas, disminuyendo los costes, sin que con ello tenga que disminuir la calidad de cuidados.

Este sistema de gestión de casos, del que se han descrito diferentes enfoques según la política del hospital que lo utiliza, nació en Estados Unidos y en la actualidad es aplicable también en diferentes hospitales de Canadá y en algunos países de Europa. En España, se ha aplicado en algunos hospitales y atención primaria de las diferentes comunidades autónomas.

El gestor de casos, en la mayor parte de los centros de atención primaria y hospitales es una enfermera/o, por su proximidad al paciente y conocimientos para poder coordinar sus cuidados y servicios.

La gestión de casos, es una intervención compleja, que abarca un amplio conjunto de responsabilidades, como la identificación del paciente, la evaluación de sus problemas y necesidades, la planificación del cuidado, la coordinación, la revisión, supervisión y adaptación del plan de cuidados. Normalmente se promueve la gestión de casos, bien como un elemento clave, o como complemento de otros enfoques de componentes múltiples ^(58,59).

En la gestión de casos se trabaja con metodología, ya que se planifica, coordina, implanta y evalúa la eficacia y eficiencia de los cuidados que se dan al enfermo y a la familia; se pueden proporcionar por lo tanto cuidados de calidad en el momento y lugar oportuno.

Para Carmen Ferrer ⁽⁶⁰⁾ la enfermera gestora de casos, deberá coordinar al equipo multidisciplinar de trabajo, a través de una gestión centrada en la atención y la educación sanitaria, fomentando el autocuidado, planificando los cuidados y marcando objetivos con y para el paciente y la familia. Se convierte por lo tanto en el profesional de referencia y realiza el seguimiento y evaluación del cumplimiento de objetivos, reestructurando el plan de actuación en su medio y en otros ámbitos.

La gestión de casos está siendo muy bien aceptada por pacientes, familiares, gestores y profesionales, por múltiples razones:

- Se centra en las necesidades que presenta el paciente y su familia.
- El principal objetivo va dirigido a que el paciente y la familia obtengan unos óptimos resultados de cuidados.
- Facilita y promueve la coordinación de todas las actividades y cuidados que precisan el enfermo y la familia, reduciendo con ella la fragmentación de dichos cuidados.
- Optimiza el autocuidado del paciente.
- Potencia el rol de cuidados de la enfermera.
- Favorece el trabajo multidisciplinar.
- Facilita una buena relación coste-efectividad de los cuidados al disminuir su fragmentación.

La gestión de casos por lo tanto hay que tenerla en cuenta como una estrategia eficaz, para grupos de pacientes con unas situaciones clínicas determinadas. Así en pacientes con problemas de salud con gran necesidad de cuidados en el momento del alta, cuidados paliativos, con problemática social.

El perfil de las personas susceptibles a atención según el modelo de gestión de casos, es el de fragilidad, vulnerabilidad o complejidad, caracterizado por discapacidad funcional y necesidad de cuidados multidisciplinarios y continuos que demandan múltiples recursos de la red asistencial ⁽⁶¹⁾.

En cuanto a la modalidad, existen de diferentes tipos, según la institución sanitaria que lo ha puesto en práctica; se pueden agrupar en dos, teniendo en cuenta al papel que asume la enfermera como gestora de casos:

- ✦ La gestora de casos es una enfermera cuyo objetivo se centra en coordinar los cuidados y actividades que requiere el paciente y familia; colabora con la enfermera responsable de los cuidados del paciente. No suele proporcionar cuidados directos.
- ✦ La enfermera gestora de casos proporciona cuidados y asumen la coordinación en su conjunto.

Tiene una responsabilidad importante al colaborar en la elaboración de vías clínicas estandarizadas, de acuerdo a las clasificaciones diagnósticas de los pacientes.

Los problemas y posibles soluciones, se exponen en sesiones de equipo multidisciplinar, a las que asisten todos los profesionales que participan en el cuidado.

La gestión de casos esta orienta a obtener los mejores resultados de los cuidados al paciente y a la familia; promueve una utilización óptima de lo recursos. Favorece una planificación detallada de los cuidados y actividades así como una evaluación de la calidad continua. Todo ello, va a contribuir a la adecuación de las estancias hospitalarias, siendo éste, entre otros, uno de los objetivos más importantes⁽⁶⁾.

La conveniencia, idoneidad y la utilidad de esta figura está demostrada con buenos resultados.

En Canarias, donde existe una gran dispersión geográfica, se ha demostrado la eficacia de esta figura, muy especialmente para las personas dependientes que precisan atención domiciliaria⁽⁴⁹⁾.

En Andalucía, se ha demostrado que la labor de las enfermeras de enlace y de familia es un factor fundamental, ya que contribuye con una mejora significativa en la atención que reciben los pacientes inmovilizados, pacientes terminales, al alta hospitalaria y sus

cuidadoras ⁽⁶²⁾. Hay estudios que indican que se puede evitar hasta el 76 % de los reingresos hospitalarios ⁽⁶³⁾.

Un estudio llevado a cabo en el complejo hospitalario de Jaén ⁽⁶⁴⁾ en el que se analiza la efectividad de las intervenciones de las enfermeras gestoras de casos (EGC) confirman que:

- Mejoran la salud emocional de los pacientes gestionados.
- Criterios de salud emocional, sitúan a la cuidadora principal en disposición de asumir el cuidado en el domicilio, lo que evita la prolongación de estancias hospitalarias en el Complejo Hospitalario de Jaén.
- Las intervenciones de las enfermeras gestoras de casos, tienen impacto directo en la estancia media y pueden favorecer la decisión de asumir los cuidados en el domicilio.

En seis meses de trabajo ⁽⁶⁴⁾, dos enfermeras gestoras de casos, atendiendo a una parte de pacientes de cartera de servicios, han conseguido ahorrar una cantidad superior a los 360.000 euros. Trabajando directamente sobre la sobrecarga de los cuidadores, han mejorado su prestación y afrontamiento, así como la disponibilidad de recursos al coordinarse con atención primaria.

Una vez que el paciente está en el domicilio, coordinan cuestiones asistenciales, de citas, materiales, etc., lo que evita en ocasiones que el paciente tenga que reingresar para continuar sus cuidados en el hospital, ya que se pueden llevar a cabo perfectamente en su domicilio.

Como se ha mencionado, los aspectos de ahorro o liberalización de presupuesto por parte de la gestión de casos en pacientes hospitalizados con colaboración multidisciplinar, ha sido abordada por diferentes autores.

Así, un estudio de Cowan ⁽⁶⁵⁾ nos muestra cómo la gestión de casos en pacientes hospitalizados redujo la duración de la estancia y mejoró los costes (beneficio para el hospital de 1.591 dólares por paciente en el grupo de intervención) sin incrementar reingresos o mortalidad.

En un estudio similar ⁽⁶⁶⁾ no se encontraron diferencias significativas en los reingresos a los 3 meses del alta, pero sí una disminución en la mediana de coste de pacientes ingresados en un 14% y una disminución de reingresos de un 26%.

Un metaanálisis sobre Gestión de Casos en Salud Mental ⁽⁶⁷⁾, en 44 ensayos clínicos aleatorios, encontró beneficios sobre los costes del cuidado y la disminución de los días de hospitalización.

No obstante se debe seguir avanzando, con el propósito de buscar alternativas que se puedan llevar a la práctica, con el fin de **mejorar la coordinación asistencial**.

De hecho, hay muchas más razones que las hasta ahora expuestas, para mostrar la relevancia que tiene la investigación en la Continuidad de Cuidados, así hay varios estudios a nivel nacional e internacional, que se exponen a continuación que lo justifican ^(68,69,70,71,72):

- ✦ En el Reino Unido, la reforma del sistema nacional de salud introdujo la necesidad de establecer prioridades en la investigación.

En 1993 un grupo de enfermeras y matronas, indican la necesidad de investigar. Se intenta asegurar que el Sistema Nacional de Salud se implicara tanto ideológicamente como desde el punto de vista de la financiación en la investigación. En 1996, el Royal Collage of Nursing recoge esta indicación y establece entre otras la necesidad de enfermería de hacer investigaciones en:

- Continuidad en los Cuidados.
- Explorar las nuevas tecnologías para la mejora de la comunicación.

- ✦ En los países escandinavos, siguiendo las recomendaciones hechas en 1993, por el consejo sueco de investigaciones médicas, se llevan a cabo encuestas donde se discute las líneas, y prioridades en la investigación de enfermería.
- ✦ La comisión Europea, en el documento que recoge las recomendaciones para el desarrollo de investigación en enfermería, que fue firmado por el 558º Consejo de Ministros del Consejo de Europa celebrado el 15 de Febrero de 1996; exponía que la continuidad de las actividades de enfermería entre las

instituciones de asistencia primaria, secundaria y terciaria deben ser estudiadas y desarrolladas.

- ✦ En 1990, un grupo de trabajo dentro del marco del programa del Fondo de Investigación Sanitaria, definió varias líneas prioritarias siendo una de ellas la integración de los servicios sociales y sanitarios.
- ✦ En 1994, el instituto de estudios de la Salud de la Generalitat de Cataluña realizó un estudio para conocer las áreas prioritarias de la investigación. De sus resultados se concluye, que la coordinación entre niveles, y la continuidad de cuidados son algunos de los problemas que requieren mayores esfuerzos de investigación.
- ✦ En 1996, el grupo INVESTEN-Carlos III, en la reunión celebrada en Mahon sobre “Investigación Clínica de Enfermería en REUNI”, un grupo de 40 profesionales de enfermería de los ámbitos de la gestión, docencia y clínica, estudian las necesidades de investigación; elevando las 10 prioridades que se habían definido a un jurado de expertos. Este se decantó, entre las 5 prioridades más relevantes por el “Análisis de la continuidad entre los diferentes niveles”.
- ✦ En un estudio llevado a cabo por P. Comet ⁽⁷³⁾, se realizó una encuesta a 1250 profesionales de enfermería, sobre los temas prioritarios a investigar. El estudio se llevó a cabo mediante el método de consenso Delphi, obteniéndose los siguientes resultados:
 1. Evaluar la calidad de los cuidados de enfermería en los diferentes niveles asistenciales.
 2. Analizar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para la continuidad de cuidados enfermeros.
 3. Evaluación de los instrumentos utilizados en la medición de las actividades de enfermería.
 4. Evaluar el grado de implantación de los modelos conceptuales y medir su efectividad.
 5. Evaluar el grado de adecuación de los cuidados de enfermería a las necesidades del paciente terminal y su familia.

6. Identificar y valorar las necesidades de formación y calidad de vida de los cuidadores principales de personas dependientes.
7. Validación de sistemas de imputación de costes de la asistencia de enfermería.
8. Evaluar la repercusión de las técnicas y tratamientos agresivos en la calidad de vida de los pacientes.
9. Conocer la satisfacción de los usuarios, desarrollo y validación de escalas de medida de satisfacción.
10. Medir la calidad de vida de la población anciana con patología crónica.

Quedando por lo tanto como **prioridad 2**, “Analizar la continuidad y coordinación de los cuidados de enfermería entre los diferentes niveles asistenciales”.

HIPÓTESIS

2 HIPÓTESIS

La implantación consensuada de intervenciones/estrategias entre atención primaria y atención especializada favorece la continuidad de cuidados y mejoran la calidad percibida por los pacientes y sus familiares.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

OBJETIVOS PRINCIPALES

- Potenciar la coordinación entre niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados.
- Mejorar la calidad percibida por el paciente/cuidador.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Implementar intervenciones para la mejora de la continuidad de cuidados.
- Establecer sistemas de comunicación rápida y efectiva entre profesionales de atención primaria y especializada para mejorar la continuidad asistencial.
- Fomentar el registro y transmisión eficaz de información relativa a continuidad de cuidados.
- Promover la comunicación bidireccional entre los profesionales de los diferentes niveles.
- Facilitar la comunicación eficaz entre paciente/cuidador principal y profesionales tras el alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

4 MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación consta de dos partes:

- ✦ Panel de expertos
- ✦ Estudio observacional

En cada una de ellas, se llevará a cabo una técnica diferente de investigación que se describen en los siguientes apartados.

4.1 PANEL DE EXPERTOS

Se refiere a las aportaciones de los profesionales, quienes mediante reuniones periódicas mostraron estrategias en relación con el modelo que se recomienda desarrollar para la mejora en la continuidad de cuidados.

Siendo ésta una técnica cualitativa de investigación.

El periodo en el que se lleva a cabo, esta comprendido entre Octubre 2008 y Marzo 2009.

Desarrollo del proceso

- ✦ Se hicieron cuatro grupos de trabajo, según acuerdos entre el hospital Infanta Leonor y centros adscritos de atención primaria (Heridas crónicas, Diabetes, Diálisis y Necesidades al ingreso), con profesionales de enfermería de ambos niveles asistenciales, coordinados entre otros, por el investigador principal. (3 enfermeras de atención primaria y 3 del hospital Infanta Leonor; posteriormente y tras la integración del hospital Virgen de la Torre, se incluyó también 1 enfermera del citado hospital en los grupos de necesidades al ingresos y heridas crónicas y 1 enfermera del centro de especialidades en el grupo de diabetes).
- ✦ Los profesionales que forman parte del **PANEL DE EXPERTOS**, son enfermeras/os con al menos 5 años de experiencia en atención primaria o

atención hospitalaria, siendo por lo tanto conocedores de los problemas de salud a tratar; estaban motivados en el avance de la continuidad de cuidados y voluntariamente formaron parte de los diferentes grupos.

- Se informó a las enfermeras/os que formaban parte de los grupos sobre la finalidad de los mismos.
 - Los profesionales expertos de cada uno de los cuatro grupos hicieron al menos tres reuniones periódicas y paralelas.
 - Se dejó autonomía en cuanto al desarrollo de las reuniones, prestando apoyo por parte del coordinador cuando fue necesario.
 - Elaboraron actas en las que recogieron los acuerdos.
- Se definen las conclusiones a las que han llegado los grupos.
- Las conclusiones se presentan en una reunión conjunta a las Direcciones de ambos niveles asistenciales y a los enfermeros de los grupos.
- Por último, se pusieron en marcha alguna de las intervenciones/estrategias, según las conclusiones a las que se había llegado.

4.2 ESTUDIO OBSERVACIONAL

En esta segunda parte del trabajo de investigación se recoge la percepción del paciente/familia y profesionales, tras la implantación de las distintas estrategias para mejorar la continuidad de cuidados.

- Mediante entrevista telefónica a 808 pacientes/cuidadores. Se consiguió recoger información de 688 lo que supone el 85,15 % del total.
- Se entrevistó a los 20 profesionales de enfermería que habían participado en la implantación de las estrategias.

El periodo en el que se llevó a cabo, estuvo comprendido entre Abril 2009 y Octubre 2010.

El estudio observacional consta de:

- Un **análisis comparativo**, teniendo en cuenta las diferentes estrategias/ intervenciones propuestas, para determinar su eficacia y la mejora en la continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada, además de valorar la coordinación asistencial alcanzada.
- Un análisis **descriptivo**, de la entrevista a los profesionales que participaron en las estrategias implantadas; (y que realizaron la rotación por atención primaria).

Siendo éstas **técnicas cuantitativas** de investigación.

4.2.1 Fases del estudio observacional

Consta de tres FASES (figura 4):

- **FASE I:** Momento previo a las estrategias planteadas para la mejora en la continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada. Esta fase se llevo a cabo entre el 6 de Abril y el 24 de Julio de 2009.
- **FASE II:** Momento posterior a la 1ª intervención planteada. Entre el 14 de Abril y el 13 de Julio de 2010.
- **FASE III:** Momento posterior a la 2ª intervención planteada. Entre el 17 de Julio y el 11 de Octubre de 2010.

Desarrollo de las diferentes fases:

- **FASE I: Momento previo a las estrategias planteadas para la mejora en la continuidad de cuidados**

Se recogieron los siguientes datos, pertenecientes al período de pre-intervención:

1. Se crea una base de datos, donde se registran los pacientes de alta con informe de Continuidad de Cuidados.
2. Se informa por teléfono a atención primaria sobre los pacientes incluidos en la base de datos, para que desde atención primaria se hiciera un seguimiento de los mismos.
3. Se lleva a cabo un estudio con 281 pacientes, confirmando mediante encuesta telefónica para comprobar los resultados obtenidos y la calidad percibida en cuanto al cuidado durante el ingreso en el hospital.

El periodo de recogida de datos estuvo comprendido entre el 6 de Abril y el 24 de Julio de 2009.

4. Las llamadas de teléfono a los pacientes las llevó a cabo el investigador principal, 15-30 días después del envío de los datos. Si no había respuesta por parte del paciente o familia, se repetía hasta un máximo de 3 veces.
5. Los resultados de la fase I, se reflejan en tablas en el apartado de resultados.

Con el fin de identificar y diferenciar las respectivas fases, se identificará cada una de las tablas que representan las diferentes fases con un color. Los resultados de la fase I, se mostrarán mediante el color **AZUL**, en las tablas.

➔ **FASE II: Momento posterior a la puesta en marcha de la primera estrategia planteada**

Se pusieron en marcha alguna de las intervenciones, según las conclusiones a las que había llegado el grupo de profesionales que formaron parte del *panel de expertos*, incorporando alternativas a seguir para la mejora de la continuidad de cuidados.

El abordaje de esta segunda etapa del estudio se realizó mediante las siguientes intervenciones:

1. Se registran los pacientes en la base de datos, para su posterior envío a atención primaria.
2. Se nombran en las unidades de hospitalización **“Enfermeros de referencia”** ó **“Enfermeros dinamizadores”** con el propósito de mejorar la continuidad en los cuidados; los cuales tienen acceso a la base de datos, donde registran los pacientes de alta con informe de Continuidad de Cuidados.
3. Se envía a diario a atención primaria (salvo fines de semana y festivos) la información sobre los datos de los pacientes dados de alta y que han sido incluidos en la base de datos, (salvaguardando la Ley de protección de datos) para que desde atención primaria se haga un seguimiento de los mismos.
4. Se informa a los profesionales implicados sobre la dinámica a seguir y objetivos alcanzados hasta el momento.
5. Se acuerdan las rotaciones de las enfermeras/os del hospital por atención primaria y de atención primaria por el hospital.
6. Se lleva a cabo un estudio con 271 pacientes, confirmando mediante encuesta telefónica para comprobar los resultados obtenidos y la calidad percibida en cuanto al cuidado durante el ingreso en el hospital.

El periodo de recogida de datos estuvo comprendido entre el 14 de Abril y el 13 de Julio de 2010.

7. Las llamadas las llevó a cabo el investigador principal, 15-30 días después del envío de los datos. Si no había respuesta por parte del paciente o familia se repetía hasta un máximo de 3 veces.

8. Los resultados de la fase II, se identifican en las tablas en el apartado de resultados, mediante color **AMARILLO**, en las diferentes tablas.

➤ **FASE III: Momento posterior a la puesta en marcha de la segunda estrategia planteada**

Se pusieron en marcha medidas correctoras, acordadas teniendo en cuenta las propuestas del panel de expertos, con esta segunda estrategia.

El abordaje de esta tercera etapa del estudio se realizó mediante las siguientes intervenciones:

1. Los dinamizadores siguen registrando en la base de datos los pacientes que se han ido de alta con informe de Continuidad de Cuidados.
2. Se sigue informando, al igual que en la etapa anterior, a atención primaria de los pacientes incluidos en la base de datos, para que desde atención primaria se haga un seguimiento de los mismos.
3. **Se reforzó la información** a los responsables de los diferentes equipos de atención primaria sobre los avances, con el propósito de hacer extensivo la necesidad de colaboración a todas las enfermeras/os de sus respectivos equipos, con el propósito de optimizar los resultados.
4. Se llevan a cabo las **rotaciones** entre los profesionales de atención especializada por atención primaria.
 - Realizaron la rotación durante 4 días, las enfermeras/os del hospital por atención primaria. La rotación consistía en permanecer durante su jornada laboral, en un centro de salud del área, y un compañero previamente designado, era quien se responsabilizaba de tutorizar, acompañar, formar e informar sobre la actividad, intervenciones, funciones,...que llevan a cabo en atención primaria. Además podían compartir e intercambiar experiencias y necesidades mutuas en cuanto a la continuidad de cuidados y transmitir de igual manera

la dinámica de trabajo, procedimientos, técnicas,...que se hacen en el hospital.

- El total de enfermeras/os del hospital que rotaron por atención primaria fue de 20 profesionales.
 - Cada profesional elaboró un informe, en el que reflejó su experiencia, la información recogida de sus compañeros de primaria, así como áreas/sugerencias de mejora.
 - Se hizo a cada uno de los profesionales que habían rotado (informantes) una entrevista semiestructurada, con el propósito de conseguir información directa sobre la coordinación y la rotación. Además se les dio la posibilidad de poder aportar áreas de mejora y su participación para favorecer la continuidad de cuidados desde su ámbito de actuación. Cada una de las entrevistas duró entre 60-90 minutos y las llevó a cabo directamente el investigador principal.
- ✦ Se ofrece la posibilidad a los profesionales de atención primaria de rotar por el hospital.
- Esta rotación tendrá las mismas características que la rotación del grupo anterior, por lo que se pregunta a los profesionales de atención primaria sobre su interés y prioridad de las diferentes áreas de hospital que deseen conocer.
 - Al ser un ámbito de actuación diferente, el inicio y propuesta de esta rotación quedó sujeto al seguimiento por parte de la dirección de enfermería de atención primaria.
5. Se informó personal e individualmente a cada uno de los profesionales del hospital que habían rotado sobre los avances, aclarando dudas que les pudieran surgir.

6. Se lleva a cabo un estudio con 256 pacientes, confirmando mediante encuesta telefónica para ver los resultados obtenidos y la calidad percibida del paciente.

El periodo de recogida de datos estuvo comprendido entre el 17 de Julio y el 11 de Octubre de 2010.

7. Las llamadas las llevó a cabo el investigador principal, 15-30 días después del envío de los datos.

Si no había respuesta por parte del paciente o familia se repetía hasta un máximo de 3 veces.

8. Los resultados de la fase III, se identifican en las tablas mediante color VERDE en las diferentes tablas.

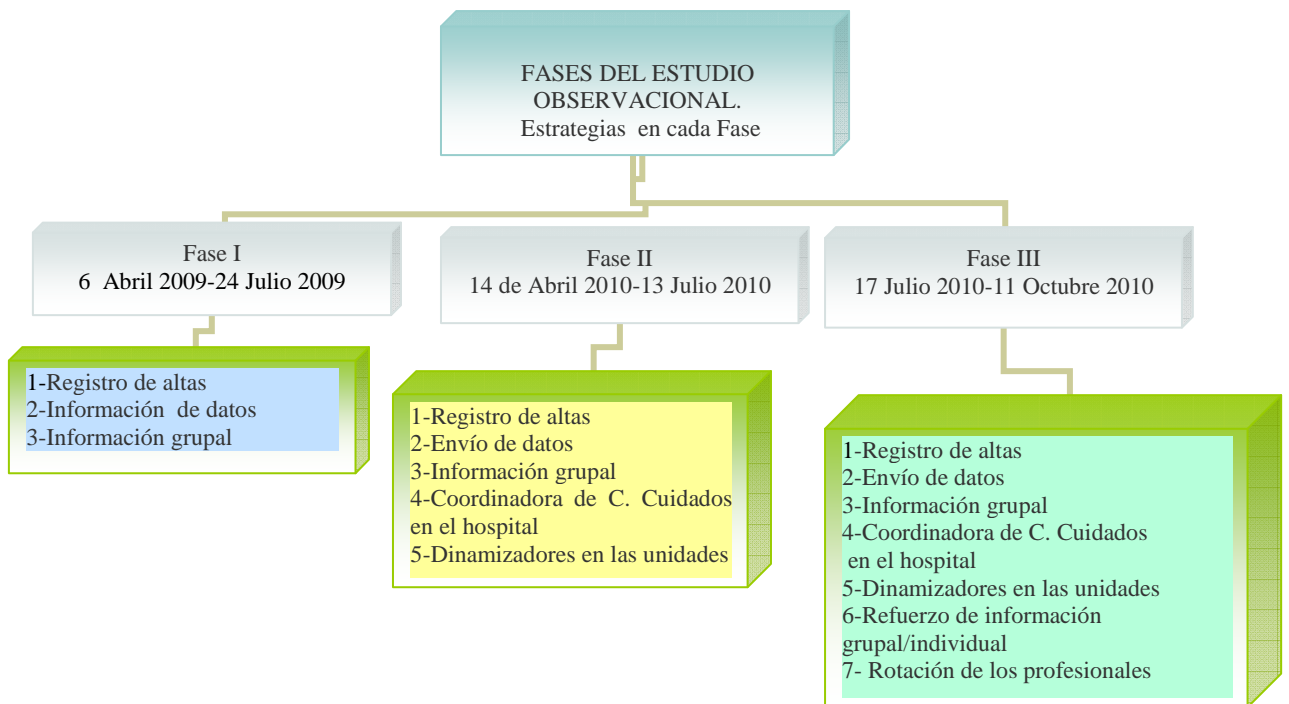


Figura 4. Intervenciones/estrategias llevadas a cabo en las diferentes fases

4.2.2 Valoración del grado de mejora

Por un lado, se valoraron los informes que hicieron los profesionales que habían rotado por atención primaria, además de tener en cuenta los resultados arrojados por la entrevista que se realizó a los profesionales (apartado 4.2.3.2).

Por otro lado, es deseable que en la fase III, el 30% de los pacientes respondan afirmativamente a que han recibido la llamada de su enfermera de referencia de atención primaria y a su vez, que el 90% de los pacientes manifiesten una mejora en la calidad percibida, tras la llamada de su enfermera de referencia de atención primaria.

4.2.3 Variables del estudio

4.2.3.1 Variables de la llamada telefónica al paciente

✦ Variable dependiente principal:

Recogida en la llamada telefónica: “¿Le ha llamado su enfermera de atención primaria?”. Variable dicotómica: 1= Sí, 2= No.

✦ Variables dependientes secundarias:

- “¿Precisó ayuda de su enfermera de AP?”. Variable dicotómica: 1= Sí, 2= No.
- *Que opinión tiene sobre la llamada de su enfermera de AP.* Variable ordinal: 1= mal, 2= regular, 3= bien, 4= muy bien, 5= no valorable.
- “¿Le explicó su enfermera los cuidados y posibles dudas?”. Variable dicotómica: 1= Sí, 2= No.
- “¿Cómo se encuentra?”. Variable ordinal: 1= mal, 2= regular, 3= bien, 4= fallecido 5= no valorable.
- “¿Cómo le han cuidado?”. Variable ordinal: 1= mal, 2= regular, 3= bien, 4= muy bien, 5= no refiere, 6= no valorable.

- *“¿Qué opinión tiene de la llamada desde el hospital?”.*
Variable ordinal: 1= mala, 2= indiferente/ no le molesta, 3= buena, 4= muy buena, 5= no refiere, 6= no valorable.
- *Comentarios.* Recogida como texto libre que posteriormente se codificaron en función de las respuestas recibidas. 1= reingreso en el hospital, 2= ingresado en otro hospital, 3= le curan en atención especializada, 4= le deriva el médico de AP a su enfermera de AP, 5= ve muy bien la coordinación, 6= está en una residencia, 7= no se registra comentario.

✦ Variables independientes:

- *Número identificativo de la llamada telefónica:* ID de la encuesta telefónica. Variable de codificación.
- *Fase.* Variable cualitativa que define a qué fase pertenecen los datos recogidos. 1= Fase I del estudio observacional, 2= Fase II, 3= Fase III.
- *Sexo.* Variable dicotómica. 1= hombre, 2= mujer.
- *Edad.*
- *Fecha del alta en atención especializada.*
- *Fecha de envío de datos a atención primaria.*
- *Días que transcurren desde que se da el alta en el hospital, hasta que se envían los datos a atención primaria*
- *Problema de salud: 1= proceso médico. 2= proceso oncológico, 3= proceso quirúrgico, 4= proceso oncoquirúrgico, 5= pediatría*
- *Necesidad de cuidados al alta.* Variable dicotómica: 1= Sí, 2= No.
- *Tipo de cuidados al alta.* Recogida como texto libre que posteriormente se codificó en función de las respuestas recibidas. 1= curas/retirar puntos 2= catéteres/sondas, 3= paciente crónico, 4= dependiente para autocuidados, 5= educación para la salud/ayuda para autocuidados, 6= dos o más cuidados asociado, 7= no refiere/no precisa.

4.2.3.2 Variables de la entrevista al profesional

✦ Variable dependiente principal:

Recogida en la entrevista: “¿Cómo ha sido tu percepción sobre la rotación?”. Variable cuantitativa. Recogida en escala de 0 a 10, siendo 0 la valoración más negativa y 10, la valoración más positiva.

✦ Variables dependientes secundarias:

- “El tiempo de rotación ha sido”. Variable ordinal: 1= excesivo, 2= suficiente/ajustado, 3= insuficiente.
- “¿Cuántos días propones?”. Variable cuantitativa (en días).
- “Enumera cosas positivas de la rotación”. Recogida como texto libre que posteriormente se codificó en función de las respuestas recibidas.
- “La rotación por el ESAD fue”. Variable cuantitativa. Recogida en escala de 0 a 10, siendo 0 la valoración más negativa y 10, la valoración más positiva.
- “¿Cuántos días propones?”. Variable cuantitativa (en días).
- “¿Recomendarías a tus compañeros la rotación por atención primaria?”. Variable dicotómica: 1= Sí, 2= No.
- “¿Cómo te has sentido acogido por tus compañeros de atención primaria?”. Variable cuantitativa. Recogida en escala de 0 a 10, siendo 0 la valoración más negativa y 10, la valoración más positiva.
- “¿Te gustaría participar de la formación cuando vengan los compañeros de primaria?”. Variable dicotómica: 1= Sí, 2= No.
- “¿Lo has visto como una oportunidad profesional?”. Variable dicotómica: 1= Sí, 2= No.
- “¿Crees que puede ser un avance a favor de la continuidad de cuidados?”. Variable dicotómica: 1= Sí, 2= No.
- “¿Crees que van a colaborar tus compañeros de unidad para mejorar la coordinación?”. Variable dicotómica: 1= Sí, 2= No.
- “¿Qué propones que hagamos para mejorar la coordinación en los cuidados?”. Recogida como texto libre que

posteriormente se codificó en función de las respuestas recibidas.

- *“¿Cómo vas a colaborar en la continuidad de cuidados?”*. Recogida como texto libre que posteriormente se codificó en función de las respuestas recibidas.
- *“¿Crees que debemos enviar datos de todos los pacientes o solamente de los que realmente precisen cuidados?”*. Variable dicotómica: 1= Sí, 2= No.
- *Percepción de la selección*. Variable cuantitativa. Recogida en escala de 0 a 10, siendo 0 la valoración más negativa y 10, la valoración más positiva.
- *Percepción de la información recibida*. Variable cuantitativa. Recogida en escala de 0 a 10, siendo 0 la valoración más negativa y 10, la valoración más positiva.
- *Percepción de la organización*. Variable cuantitativa. Recogida en escala de 0 a 10, siendo 0 la valoración más negativa y 10, la valoración más positiva.
- *Sugerencias*. Recogida como texto libre que posteriormente se codificó en función de las respuestas recibidas.

✦ Variables independientes:

- *Número identificativo de la entrevista*. ID del rotante. Variable de codificación.
- *Unidad a la que esta adscrito el rotante*.

4.2.4 Análisis estadístico de los resultados

Todas las variables cualitativas que se recogieron a lo largo del estudio se presentan con su distribución de frecuencias e intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Aquellas variables que sean cuantitativas se describen con la media, desviación estándar (DE) (IC 95%); en caso de presentar bastante dispersión y asimetría se describieron con la mediana y el rango intercuartílico (RIC).

En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I menor de 0.05, siendo penalizado ($p < 0.025$) cuando se realicen contrastes dos a dos.

Se utilizaron los siguientes programas informáticos-estadísticos:

PASW Statistics 18.0 y Epidat 3.1.

➤ **Caracterización del paciente al alta y de la llamada telefónica**

En primer lugar, se describen las características de los pacientes al alta en los tres momentos de intervención (FASES I, II, III) del estudio y se analizan los datos para comprobar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de muestra.

Asimismo, se caracteriza a cada una de las respuestas obtenidas en las encuestas telefónicas para cada una de las tres fases del estudio.

Entre las variables cualitativas el estadístico que se empleó fue el test de Ji-cuadrado o la prueba exacta de Fisher en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5. Para las variables cuantitativas, se realizó t-Student o ANOVA cuando la distribución de los datos siguió una Normal. Cuando esto no se dio, se utilizó test no paramétricos (Mann-Whitney o Kruskal-Wallis) para el estudio comparativo.

➤ **Caracterización de la entrevista del profesional rotante**

Al igual que en el paso anterior, se describen las respuestas obtenidas durante la entrevista personal con el profesional que ha realizado la rotación en atención primaria, mediante un **análisis descriptivo** de la variable resultado principal y de las variables dependientes secundarias, detectándose las áreas de mejora y el grado de satisfacción del rotante.

4.2.5 Evaluación de la efectividad de las estrategias propuestas

La comparación de las estrategias realizadas en el momento previo a la intervención, se realizó en base a la variable dependiente principal de las encuestas telefónicas realizadas a los pacientes dados de alta.

Se construyó un modelo de regresión logística para calcular el OR (*Odds Ratio*) e (IC 95%) de la asociación entre la respuesta del paciente a si le llamó la enfermera de atención primaria según la fase del estudio (momento de previo o basal, momento posterior a la primera estrategia y momento posterior a la segunda estrategia evaluada) de manera que se pudo determinar qué estrategia es la que ha conseguido mayor eficacia (teniendo en cuenta que el grado de mejora que se espera sea de un 30%).

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 PANEL DE EXPERTOS

Como se ha expuesto en el apartado de metodología, se hicieron 4 grupos de trabajo según acuerdos entre el hospital Infanta Leonor y centros adscritos de atención primaria (heridas crónicas, diabetes, diálisis y necesidades al ingreso), con profesionales de ambos niveles, (3 enfermeras de atención primaria, 3 del hospital Infanta Leonor; posteriormente y tras la integración del hospital Virgen de la Torre, se incluyó también 1 enfermera del citado hospital en los grupos de necesidades al ingresos y heridas crónicas y 1 enfermera del centro de especialidades en el grupo de diabetes), por lo que en total participaron 27 profesionales.

Las reuniones se llevaron a cabo entre Octubre de 2008 y Marzo de 2009.

Los profesionales que han participado en los cuatro grupos, coinciden en que hay que fomentar y facilitar las jornadas, encuentros, sesiones y formación conjunta entre atención primaria y especializada. El fin es, favorecer la información y el conocimiento entre los profesionales; así como poner en común las experiencias y necesidades de formación e información que se precisan entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales.

La información y formación conjunta adquieren por lo tanto gran interés en beneficio de la coordinación.

También, consideran que se debe buscar una vía lo más rápida y eficaz posible, para garantizar la transmisión de información; y que se informe a atención primaria sobre los datos de los pacientes dados de alta desde el hospital Infanta Leonor; pues es necesario para poder hacer un adecuado seguimiento del paciente. Se ha visto que a veces se entrega el informe de continuidad de cuidados al alta; pero el paciente no acude a su enfermera, o en algunos casos acude al médico, alargando el tiempo hasta su seguimiento.

Es importante, que la comunicación al derivar al paciente se haga entre los profesionales de enfermería del hospital y atención primaria y viceversa.

Un aspecto que hay que tener en cuenta, es la información que debe contener el informe de continuidad de cuidados, con el fin de que sea útil y aporte información al profesional a quien va dirigido.

Debe ser de fácil cumplimentación para el profesional que lo emite, aprovechando el volcado de datos de la historia clínica del paciente con la herramienta informática que actualmente se dispone en el hospital.

En los cuidados que se proporcionan en el hospital se debe incorporar a la familia, ya que es fundamental para favorecer el autocuidado y la educación para la salud.

Una alternativa que proponen es tener **profesionales de referencia**; de hecho las reuniones de estos profesionales han favorecido la comunicación, siendo los miembros de los grupos los que han actuado de referentes. No obstante, en alguno de los grupos surgieron dificultades para llevar a cabo las reuniones.

Es fundamental el estudio de la población de riesgo en determinados procesos, lo que implica una estrecha coordinación y colaboración entre ambos niveles y profesionales médicos y enfermeras.

Las rotaciones/intercambio de los profesionales entre los diferentes ámbitos, lo presentan como una propuesta de mejora con el fin de facilitar el acercamiento y con ello favorecer la relación entre ellos. También estas reuniones que se han llevado a cabo ayudan bastante a este acercamiento así como a poner en común el intercambio de experiencias.

Consideran que es necesario:

- La revisión de guías y protocolos.
- El registro de heridas crónicas.
- Unificar criterios de actuación y el consenso del informe de continuidad de cuidados.

5.2 ESTUDIO OBSERVACIONAL

5.2.1 De los pacientes

Se recogen 808 casos de pacientes del total que han sido dados del alta durante el periodo que duró el trabajo de investigación.

Del total, se consiguió recoger información tras la entrevista telefónica de 688 pacientes/cuidadores lo que supone el (85,15 %).

La fase I, se llevo a cabo, entre el 6 de Abril y el 24 de Julio de 2009.

Recogiendo en este periodo 281 casos; se consiguió recoger información tras la entrevista telefónica de 240 pacientes/cuidadores (85,40 %).

La fase II, se llevo a cabo entre el 14 de Abril y el 13 de Julio de 2010.

Recogiendo en este periodo 271 casos; se consiguió información de 230 pacientes/cuidadores (84,87 %).

La fase III, se llevo a cabo entre el 17 de Julio y el 11 de Octubre de 2010.

Recogiendo en este periodo 256 casos; se consiguió información de 218 pacientes/cuidadores (85,15 %).

Tabla 5. Descripción de los datos demográficos y problema de salud de los pacientes registrados en la Fase I

	Recuento	%
Sexo		
Hombre	117	41,8%
Mujer	164	58,2%
Problema de salud		
Proceso médico	43	15,4%
Proceso oncológico	3	1,1%
Proceso quirúrgico	183	65,4%
Proceso oncoquirúrgico	17	6,1%
Pediatría	34	12,1%
Total	281	100,0%

En la tabla 5, se recogen los datos correspondientes a la fase I (entre 6 de Abril y 22 de julio 2009).

Se observa, que de los 281 casos de pacientes recogidos, 117 son hombres, lo que corresponde al 41,8 % del total y 164 son mujeres, lo que supone el 58,2 % del total.

En esta fase el **65,4 %** de los pacientes registrados ingresan por un proceso quirúrgico

El 15,4% es por un proceso médico.

Los pacientes oncológicos suponen el 1,1 %.

Los oncoquirúrgicos el 6,1 %.

Pacientes pediátricos se recogen 34 casos **12,1 %**, en esta fase es en la única del estudio que se registran los pacientes pediátricos.

Tabla 6. Descripción de los datos demográficos y problema de salud de los pacientes registrados en la Fase II

	Recuento	%
Sexo		
Hombre	133	49,1%
Mujer	138	50,9%
Problema de salud		
Proceso médico	65	24,0%
Proceso oncológico	25	9,2%
Proceso quirúrgico	167	61,6%
Proceso oncoquirúrgico	14	5,2%
Total	271	100,0%

Tabla 7. Descripción de los datos demográficos y problema de salud de los pacientes registrados en la Fase III

	Recuento	%
Sexo		
Hombre	127	49,6%
Mujer	129	50,4%
Problema de salud		
Proceso médico	124	48,4%
Proceso oncológico	6	2,3%
Proceso quirúrgico	112	43,8%
Proceso oncoquirúrgico	14	5,5%
Total	256	100,0%

En la tabla 6, se recogen los datos correspondientes a la fase II (datos recogidos entre el 14 de Abril y el 13 Julio de 2010).

Se puede apreciar que de 271 datos de pacientes recogidos, 133 son hombres, lo que corresponde al 49,1 % del total, y 138 son mujeres, el 50,9 % del total.

El **61,6 %**, de los pacientes registrados en esta fase, corresponden a pacientes que ingresan por un proceso quirúrgico, el 24 % son por procesos médicos.

En cuanto a los pacientes oncológicos registrados es del 9,2 %. En esta fase ya se han creados los “enfermeros referentes/ dinamizadores en las unidades”.

El 5,2 %, corresponden a pacientes oncoquirúrgicos.

En la tabla 7, se recogen los datos correspondientes a la fase III (recogidos entre el 17 de Julio y el 11 Octubre de 2010).

De 256 datos de pacientes recogidos, 127 son hombres 49,6 % y 129 son mujeres, 50,4 % del total (tabla7).

Los procesos médicos, corresponden al **48,6 %** del total recogido.

Seguido de los procesos quirúrgicos con un 43,8 %.

Los pacientes oncológicos registrados en esta última fase suponen el 2,3 %.

Los casos oncoquirúrgicos el 5,5 %.

Tabla 8. Descripción de los datos de la variable dependiente principal (Llamada de la enfermera) y la necesidad de cuidados al alta de los pacientes registrados en la Fase I

		Recuento	%
¿Le ha llamado su enfermera de AP?	No	240	100,0 %
Necesidad de cuidados al alta			
	Si	97	37,0%
	No	165	63,0%
Tipo de cuidado			
	Cura/retirar puntos	35	38,5%
	Catéteres/sondas	4	4,4%
	Paciente crónico	13	14,3%
	Dependiente para autocuidados	24	26,4%
	Educación para la salud/ ayuda para autocuidados	8	8,8%
	Dos o más cuidados asociados	7	7,7%
¿Precisó ayuda de su enfermera de AP?			
	Si	43	17,1%
	No	170	67,5%

Según los datos que se muestran en la tabla 8, correspondientes a la fase I, en la que no se ha llevado a cabo ninguna estrategia. Del total de 240 pacientes con los que se ha hablado, ninguno de ellos había recibido la llamada de su enfermera de primaria.

El **37,0 %** de los pacientes necesitaban cuidados al alta, frente al 63,0 % que no los necesitaban; a pesar de ello solamente el 17,1 % de los pacientes acudió a su enfermera, esto es significativo, ya que de 97 pacientes con necesidad de cuidados, acuden 43 a su enfermera de atención primaria. No obstante hay que resaltar que un 15,5 % de los pacientes no hacen referencia a este dato.

En cuanto al tipo de cuidado, sobresalen las técnicas, curas y retirada de puntos con un **38,5 %** del total; el 26,4 %, eran dependientes para autocuidados; los pacientes con patologías crónicas en esta fase suponen el 14,3 %.

Tabla 9. Descripción de los datos de la variable dependiente principal (Llamada de la enfermera) y la necesidad de cuidados al alta de los pacientes registrados en la Fase II

	Recuento	%
¿Le ha llamado su enfermera de AP?		
Si	12	5,2%
No	218	94,8%
¿Qué opinión tiene de la llamada de su enfermera de AP?		
Muy bien	12	100,0%
Necesidad de cuidados al alta		
Si	174	65,9%
No	90	34,1%
Tipo de cuidado		
Cura/retirar puntos	62	36,0%
Catéteres/sondas	13	7,6%
Paciente crónico	27	15,7%
Dependiente para autocuidados	12	7,0%
Educación para la salud/ ayuda para autocuidados	12	7,0%
Dos o más cuidados asociados	46	26,7%
¿Precisó ayuda de su enfermera de AP?		
Si	95	44,4%
No	119	55,6%
El paciente acude él mismo a AP (antes del envío de datos)		
Si	26	12,1%

En los datos recogidos en la fase II (tabla 9), del total de 230 pacientes que responden a la pregunta sobre la llamada de su enfermera, se observa que **12** pacientes, **5,2 %** del total reciben la llamada de su enfermera. Los 12 pacientes han agradecido mucho la llamada de su enfermera, y valoran positivamente (muy bien) dicha intervención.

En este grupo, como se muestra en la tabla 9, la enfermera del hospital ha considerado que el **65,9 %**, precisaban cuidados al alta, sin embargo no todos acudieron. De 174 pacientes que precisaban cuidados, 95 de los casos recogidos han acudido a su enfermera. El 12,1 % de los casos recogidos (26 pacientes), acude directamente a atención primaria antes del envío de los datos.

En cuanto al tipo de cuidado el **36,0 %**, precisaron técnicas, curas/retirada de puntos; el 15,7 % de los informes enviados correspondían a pacientes crónicos. El 26,7 % de los pacientes tienen dos o más cuidados asociados.

En los datos recogidos en la tabla 10, correspondientes a la fase III, en la que ya se ha implantado una nueva estrategia; reforzándose la información para que se llame a los pacientes dados de alta; además los profesionales han finalizado su periodo de rotación, se puede apreciar que la respuesta ha sido, que **41** pacientes han recibido la llamada de su enfermera, lo que supone el **18,9 %** del total.

Hay que destacar que el **90,2 %** de los pacientes ven muy bien que se les haga esta llamada y un 9,8 % la califican de bien. No hay ningún caso recogido en el que manifiesten que les moleste.

Por otra parte el **71,5 %** de los pacientes recogidos, se estimó por parte de la enfermera del hospital que precisaba cuidados al alta, siendo el **55,2 %** de los pacientes los que acudieron a su enfermera de atención primaria; Lo que supone que de 183 pacientes que precisaban cuidados, 116 de los casos recogidas han acudido a su enfermera. El 12,4 % (26 pacientes), acuden a atención primaria antes del envío de datos.

En cuanto al tipo de cuidado, 38,7 % precisaban técnicas/curas/retirar puntos, 20,4 % eran pacientes crónicos, y el 20,4 % precisaban dos o más cuidados asociados. Este es un grupo de pacientes con un mayor nivel de cuidados.

Tabla 10. Descripción de los datos de la variable dependiente principal (Llamada de la enfermera) y la necesidad de cuidados al alta de los pacientes registrados en la Fase III

	Recuento	%
¿Le ha llamado su enfermera de AP?		
Si	41	18,9%%
No	176	81,1%
¿Qué opinión tiene de la llamada de su enfermera de AP?		
Bien	4	9,8%
Muy bien	37	90,2%
Necesidad de cuidados al alta		
Si	183	71,5%
No	73	28,5%
Tipo de cuidado		
Cura/retirar puntos	70	38,7%
Catéteres/sondas	9	5,0%
Paciente crónico	37	20,4%
Dependiente para autocuidados	14	7,7%
Educación para la salud/ ayuda para autocuidados	14	7,7%
Dos o más cuidados asociados	37	20,4%
¿Precisó ayuda de su enfermera de AP?		
Si	116	55,2%
No	94	44,8%
El paciente acude él mismo a AP (antes del envío de datos)		
Si	26	12,4%

Tabla 11. Descripción de los datos sobre los cuidados recibidos y la percepción de la llamada desde el Hospital en la Fase I

	Recuento	%
¿Cómo se encuentra?		
Mal	24	10,0%
Regular	60	25 %
Bien	151	62,9%
Fallecido	5	2,1%
¿Cómo le han cuidado?		
Mal	5	2,3%
Regular	10	4,6%
Bien	112	51,9%
Muy bien	89	41,2%
¿Le explicó la enfermera los cuidados y posibles dudas?		
Si	0	,0%
No	0	,0%
¿Qué opinión tiene de esta llamada?		
Indiferente/no le molesta	1	,9%
Bien	38	33,0%
Muy bien	76	66,1%

Según aparece en la tabla 11, el **62,9 %** de los pacientes dados de alta, refieren encontrarse bien, el 25 % dicen que se encuentran regular y un 10,0 % se encuentra mal. 5 pacientes habían fallecido en el momento en que se les hizo la llamada.

La calidad percibida en cuanto al cuidado durante el ingreso en el hospital; el **51,9 %** manifiestan estar contentos con la atención recibida, un 41,2 %, están muy contentos. Así mismo, un 4,6 % manifestaron haber tenido algún problema con la atención recibida y el 2,3 % de los pacientes, se van muy descontentos con el trato recibido (tabla 11).

En esta fase no se le preguntó al paciente si le había explicado la enfermera los cuidados al alta.

Destaca también, que al **66,1 %** de los pacientes les parece **muy bien** que se les llame desde el hospital tras el alta hospitalaria, y un 33,0% lo califican de bien, pero ninguno de ellos ha manifestado que les molesta la llamada desde el hospital.

Tabla 12. Descripción de los datos sobre los cuidados recibidos y la percepción de la llamada desde el Hospital en la Fase II

	Recuento	%
¿Cómo se encuentra?		
Mal	25	15,2 %
Regular	69	30,0%
Bien	115	50,0%
Fallecido	11	4,8%
¿Cómo le han cuidado?		
Mal	6	2,9%
Regular	12	5,7%
Bien	92	44,0%
Muy bien	99	47,4%
¿Le explicó la enfermera los cuidados y posibles dudas?		
Si	166	94,3%
No	10	5,7%
¿Qué opinión tiene de esta llamada?		
Bien	80	43,2%
Muy bien	105	56,8%

Tabla 13. Descripción de los datos sobre los cuidados recibidos y la percepción de la llamada desde el Hospital en la Fase III

	Recuento	%
¿Cómo se encuentra?		
Mal	30	13,8%
Regular	88	40,6%
Bien	94	43,3%
Fallecido	5	2,3%
¿Cómo le han cuidado?		
Mal	7	3,2%
Regular	14	6,4%
Bien	73	33,5%
Muy bien	124	56,9%
¿Le explicó la enfermera los cuidados y posibles dudas?		
Si	167	93,3%
No	12	6,7%
¿Qué opinión tiene de esta llamada?		
Indiferente/no le molesta	12	5,8%
Bien	62	30,0%
Muy bien	133	64,3%

En los datos recogidos en la tabla 12, correspondientes a la segunda fase del estudio, el **50,0 %** de los pacientes dados de alta refieren encontrarse bien, el 30,0 % dicen que se encuentran regular y un 15,2 % se encuentra mal. 11 pacientes que habían fallecido cuando se hizo la llamada.

En esta tabla, se refleja la calidad percibida en cuanto al cuidado durante el ingreso hospitalario, el **47,4 %** manifestaron estar muy contentos con la atención recibida en el hospital, el 44,0 % están contentos, el 5,7 % dicen haber tenido algún problema con la atención recibida, el 2,9 %, se van descontentos con el trato recibido.

En cuanto a la pregunta si la enfermera le explico los cuidados al alta o las posibles dudas; el **94,3 %** de los pacientes/familiares respondieron que se les había explicado; el 5,7 % que no se les había explicado (tabla12).

El **56,8 %** de los pacientes a los que se les ha preguntado; les parece muy bien que se les llame desde el hospital tras el alta hospitalaria; un 43,2 % lo califican de bien. No hay ningún paciente que haya manifestado que le moleste la llamada desde el hospital.

En la tabla 13, donde están recogidos los datos de la tercera fase del estudio el **43,3 %** de los pacientes dados de alta refieren encontrarse bien, siendo el 40,6 % los que manifiestan encontrarse regular y un 13,8 % de los mismos dice que se encuentra mal. 5 de los pacientes habían fallecido en el momento de hacer la llamada.

En cuanto a la calidad percibida del cuidado recibido durante el ingreso en el hospital el **56,9 %**, están muy contentos con la atención recibida en el hospital, 33,5 % manifiestan estar contentos, 14 (6,4 %) han calificado de regular, 7 pacientes (3,2 %) están descontentos.

El **93,3 %** de los pacientes consideran que la enfermera en el momento del alta les explicó las recomendaciones y aclaró las dudas, el 6.7 % dicen por el contrario, que no se les ha explicado (tabla 13).

Destaca también, que el **64,3 %** de los pacientes/cuidadores les parece muy bien que se les llame desde el hospital tras el alta hospitalaria, el 30,0 % lo califican de bien, para el 5,8 % resulta indiferente. No hay ningún paciente que haya dicho que le moleste la llamada desde el hospital.

Tabla 14. Descripción de los comentarios que hacen los pacientes recogidos en la Fase I

	Recuento	%
Otros comentarios		
Reingreso en el hospital	7	2,5%
Ingresado en otro hospital	14	4,9%
Le curan en atención especializada	9	3,2%
Le deriva el médico de AP a su enfermera	2	,7%
Ve muy bien la coordinación	6	2,1%
Esta en una residencia	2	,7%
No se registra comentario	243	85,9%

Tabla 15. Descripción de los comentarios que hacen los pacientes recogidos en la Fase II

	Recuento	%
Otros comentarios		
Reingreso en el hospital	6	2,2%
Ingresado en otro hospital	7	2,6%
Le curan en atención especializada	13	4,8%
Le deriva el médico de AP a su enfermera	5	1,8%
Ve muy bien la coordinación	16	5,9%
Esta en una residencia	9	3,3%
No se registra comentario	215	79,3%

Tabla 16. Descripción de los comentarios que hacen los pacientes recogidos en la Fase III

	Recuento	%
Otros comentarios		
Reingreso en el hospital	6	2,3%
Ingresado en otro hospital	8	3,1%
Le curan en atención especializada	6	2,3%
Le deriva el médico de AP a su enfermera	3	1,2%
Ve muy bien la coordinación	14	5,5%
Esta en una residencia	9	3,5%
No se registra comentario	210	82,0%

Han sido pocos los comentarios que se han recogido como texto libre, pero se ha visto oportuno el codificarlos para poder hacer un análisis sobre los mismos.

No obstante entre el 5,5 % y 5,9 % de los pacientes de las fases II y III, han expresado sin haberles hecho la pregunta directamente que ven muy bien la coordinación, manifestando palabras de agradecimiento en este sentido.

Los pacientes que al hacer la llamada estaban ingresados en otro hospital, suponen: el 4,9 % de la fase I; el 2,6 % de la fase II; 3,1 % de la fase III (tabla 14).

Por otro lado el 2,5%, 2,2 %, 2,3 %, respectivamente de los pacientes de cada una de las fases, han tenido que reingresar en el hospital Infanta Leonor.

Hay que tener en cuenta, que el **4.8 %** de los pacientes dados de alta, (tabla 15) el médico del hospital le había derivado directamente a atención especializada o al hospital para hacer las curas; por lo que no acudieron a su centro de salud para el seguimiento de las mismas.

En la tabla 16, se muestra que en la fase III, el porcentaje de pacientes a los que se les cura en atención especializada es 2,3 %.

Tabla 17. Descripción de las tablas personalizadas sobre la edad de los pacientes y el tiempo que transcurre desde que se da el alta hasta que llegan los datos a primaria en la Fase I

	Media	DE	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Mínimo	Máximo
Edad (años)	55,5	26,4	60,3	38,7	78,2	1,4	97,6
Retardo en envío de datos (días)	10,2	7,5	9,5	4,0	14,0	,0	31,0

Tabla 18. Descripción de las tablas personalizadas sobre la edad de los pacientes y el tiempo que transcurre desde que se da el alta hasta que llegan los datos a primaria en la Fase II

	Media	DE	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Mínimo	Máximo
Edad (años)	64,2	19,4	70,0	51,0	79,0	19,0	103,0
Retardo en envío de datos (días)	2,9	2,6	2,0	1,0	4,0	,0	17,0

Tabla 19. Descripción de las tablas personalizadas sobre la edad de los pacientes y el tiempo que transcurre desde que se da el alta hasta que llegan los datos a primaria en la Fase III

	Media	DE	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Mínimo	Máximo
Edad (años)	63,9	19,4	70,0	49,0	80,0	15,0	100,0
Retardo en envío de datos (días)	2,7	2,2	2,0	1,0	4,0	,0	11,0

En los datos reflejados en tabla 17, correspondientes a la fase I se puede valorar que con respecto a la edad, la mediana de los casos estudiados se sitúa en 60,3 años; el 25 % de los pacientes tienen una edad inferior a 38,7 años. Hay que tener en cuenta que en esta primera fase formaron parte del grupo pacientes pediátricos dados de alta en el periodo estudiado, así la edad máxima fue de 97,6 años, y 1,4 la edad del paciente más joven.

En cuanto al tiempo que transcurre desde que se da el alta al paciente, hasta que llegan los datos a primaria, la mediana se sitúa en **9,5 días (RIQ 4.0-14.)**. El 25 % de los datos se recibieron antes de los 4 días, oscilando entre 31,0 días como máximo y 0 días.

Los datos reflejados en esta tabla 18, que corresponden a la fase II se puede valorar que con respecto a la edad, la mediana de los casos estudiados está en 70,0 años, el 25 % de los pacientes tienen una edad inferior a 51,0 años, así la edad máxima fue de 103,0 años, y 19,0 la edad del paciente más joven.

En cuanto al tiempo que transcurre desde que se da el alta al paciente hasta la llegada de los datos a primaria, la mediana se sitúa en **2 días (RIQ 1,0-4,0)**, el 25 % de los datos se recibieron antes de 1 día, oscilando entre 17 días como máximo y 0 días. Hay por lo tanto registros que se enviaron el mismo día en que se dio el alta al paciente.

En los datos reflejados en la tabla 19, fase III del estudio, la mediana de la edad en los casos estudiados está en 70,0 años, considerando que el 25 % de los pacientes tienen una edad inferior a 49,0 años, la edad máxima fue de 100,0 años, y 15,0 la edad del paciente más joven.

En cuanto al tiempo que transcurre hasta que llegan los datos a primaria, la mediana se sitúa en **2 días (RIQ 1,0-4,0)**, el 25 % de los datos se recibieron antes de 1 día, oscilando entre 11 días como máximo y 0 días.

RESULTADOS

Tabla 20. Descripción de las tablas. Comparación del sexo y problemas de salud según las tres fases del estudio

	FASES							
	I		II		III		Total	
	Númer o	%	Númer o	%	Númer o	%	Númer o	%
Sexo								
p=0.122								
Hombre	117	41,8%	133	49,1%	127	49,6%	377	46,7%
Mujer	164	58,2%	138	50,9%	129	50,4%	431	53,3%
Problema de salud								
p<0.001								
Médico	43	15,4%	65	24,0%	124	48,4%	232	28,7%
Oncológico	3	1,1%	25	9,2%	6	2,3%	34	4,2%
Quirúrgico	183	65,4%	167	61,6%	112	43,8%	462	57,2%
Onco quirúrgico	17	6,1%	14	5,2%	14	5,5%	45	5,6%
Pediatría	34	12,1%	0	,0%	0	,0%	34	4,2%

Tabla 21. Comparación estadística dos a dos de los problemas de salud según la fase del estudio

Problema de salud	Fases		
	I	II	III
P. Médico		I	I-II
P. Oncológico		I-III	
Quirúrgico	III	III	
P.Oncoquirúrgico			
Pediatría			

Se señalan los grupos diferentes con p<0,05

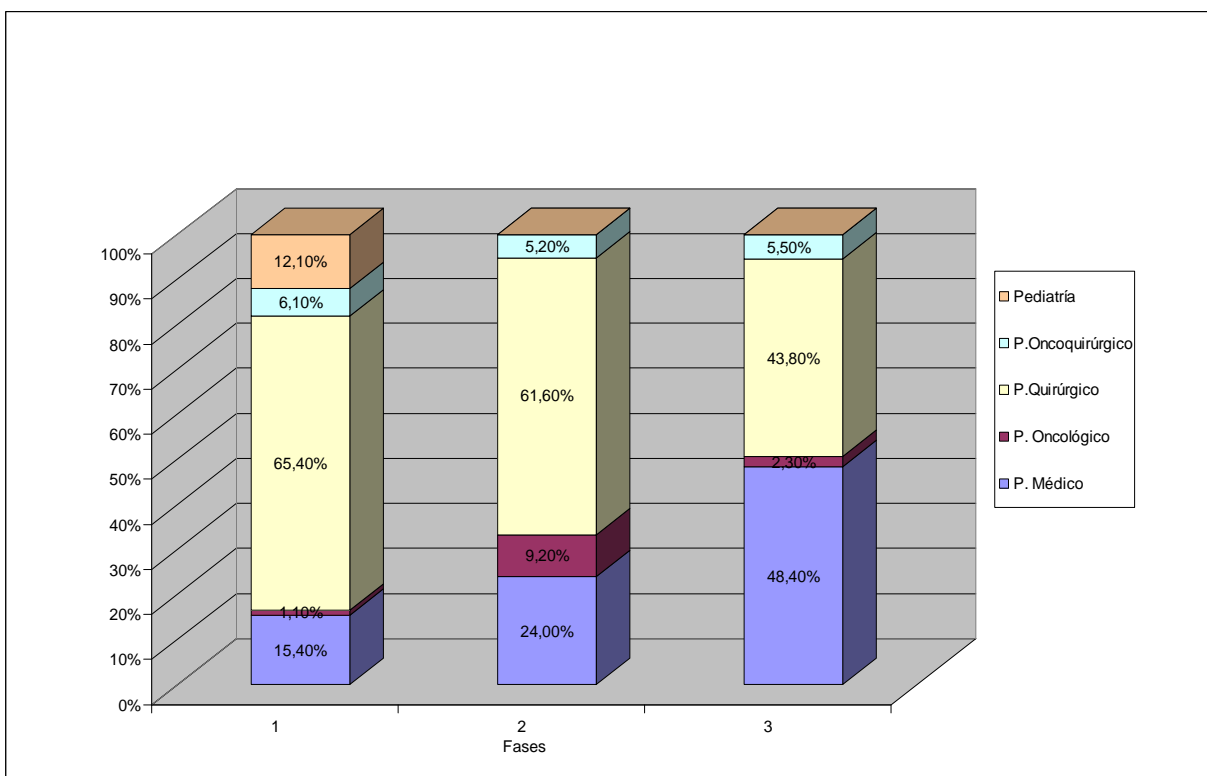


Figura 5. Procesos recogidos en las diferentes fases del estudio

En la tabla 20, se muestra que 377 (46,7 %) de los casos estudiados eran hombres y 431 (53,3 %) mujeres, lo que hace un total de 808 casos.

Del total de casos recogidos, 462 eran procesos quirúrgicos lo que representa (57,2 %) de los pacientes estudiados, 232 procesos médicos (28,7 %), 45 el (5,6 %), eran procesos oncoquirúrgicos, 34 eran oncológicos (4,2 %), y 34 pediátricos el (4,2 %). tabla 20 (figura 5).

Hay que mencionar, como se ha dicho anteriormente que solamente se recogieron casos pediátricos en la primera fase del estudio; y que algunos casos están catalogados como procesos quirúrgicos y pueden ser oncoquirúrgicos, pero con los datos recogidos no se ha podido definir con total certeza, ya que en el informe de alta a veces se reflejaba el diagnóstico del paciente al ingreso en el hospital y estaban pendientes de pruebas diagnósticas.

En la fase I, el 15,4 % de los casos registrados corresponde a procesos médicos, frente al 24,0 % recogidos en la fase II y el **48,4 %** en la fase III, aumentando por lo tanto de forma significativa el número de casos registrados en cada una de las fases del estudio.

En cuanto a los procesos quirúrgicos, decrecen ligeramente los casos registrados en la fase III con respecto a las anteriores.

De igual manera se puede observar el incremento de los procesos oncológicos en la fase II con respecto a la fase I, habiendo registrados el **9,2 %** en la fase II, y al contrario decrece en la fase III.

Teniendo en cuenta Chi-cuadrado, y según se refleja en la tabla 21, se observa que no es significativo en ninguna de las tres fases la variable sexo.

Sin embargo existen diferencias significativas en cuanto a los problemas de salud, destacando que en la fase III los procesos médicos se diferencian significativamente con respecto a las fases I y II.

En la misma tabla, en cuanto a los procesos quirúrgicos hay diferencias significativas de las fases I y II con respecto a la fase III.

Por otro lado, en los procesos oncológicos hay diferencias significativas en la fase II con respecto a I y III.

No obstante, todas estas diferencias están reflejadas con el número de casos recogidos y los porcentajes respectivos en la tabla 20.

RESULTADOS

Tabla 22. Descripción de las tablas. Comparación de llamada de la enfermera de atención primaria, opinión de la llamada, necesidad de cuidados, tipo de cuidados, preciso ayuda de su enfermera, teniendo en las tres Fases del estudio

		Fases							
		I		II		III		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
¿Le ha llamado su enfermera de AP?									
	Si	0	,0%	12	5,2%	41	18,9%	53	7,7%
p<0,001	No	240	100,0%	218	94,8%	176	81,1%	634	92,3%
¿Opinión tiene de la llamada de su enfermera de AP?									
p<0,001 Fase III	Bien	0	,0%	0	,0%	4	9,8%	4	7,5%
p=0.260 I-II	Muy bien	0	,0%	12	100,0%	37	90,2%	49	92,5%
Necesidad de cuidados al alta									
	SI	97	37,0%	174	65,9%	183	71,5%	454	58,1%
p<0,001	No	165	63,0%	90	34,1%	73	28,5%	328	41,9%
Tipo de cuidado									
	Cura/Retirar puntos	35	38,5%	62	36,0%	70	38,7%	167	37,6%
	Catéteres/Sondas	4	4,4%	13	7,6%	9	5,0%	26	5,9%
p<0,001	Paciente crónico	13	14,3%	27	15,7%	37	20,4%	77	17,3%
	Dependiente	24	26,4%	12	7,0%	14	7,7%	50	11,3%
	EPS/Ayuda	8	8,8%	12	7,0%	14	7,7%	34	7,7%
	Dos ó más cuidados asociados	7	7,7%	46	26,7%	37	20,4%	90	20,3%
¿Precisó ayuda de su enfermera de AP?									
	Si	43	17,1%	95	44,4%	116	55,2%	254	37,6%
p<0,001	No	170	67,5%	119	55,6%	94	44,8%	383	56,7%

Tabla 23. Comparación dos a dos sobre la llamada de su enfermera de atención primaria y la necesidad de cuidados de atención primaria

		Fase		
		I	II	III
¿Le ha llamado su enfermera de AP?	Si			II
	No		III	
¿Qué opinión tiene de la llamada de su enfermera de AP?	Bien			
	Muy bien			
¿Precisó ayuda de su enfermera de AP?	Si		I	I-II
	No	II-III	III	

Se señalan los grupos diferentes con $p < 0,05$

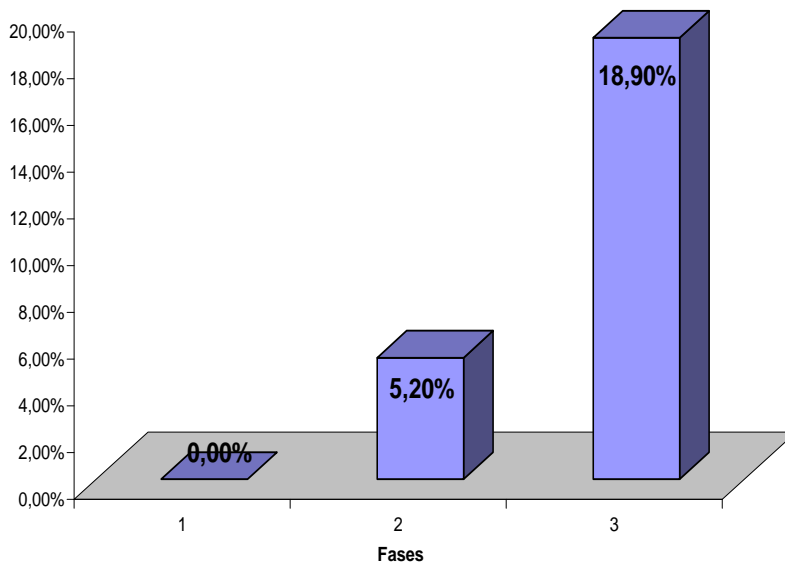


Figura 6. Pacientes a los que les ha llamado su enfermera de atención primaria

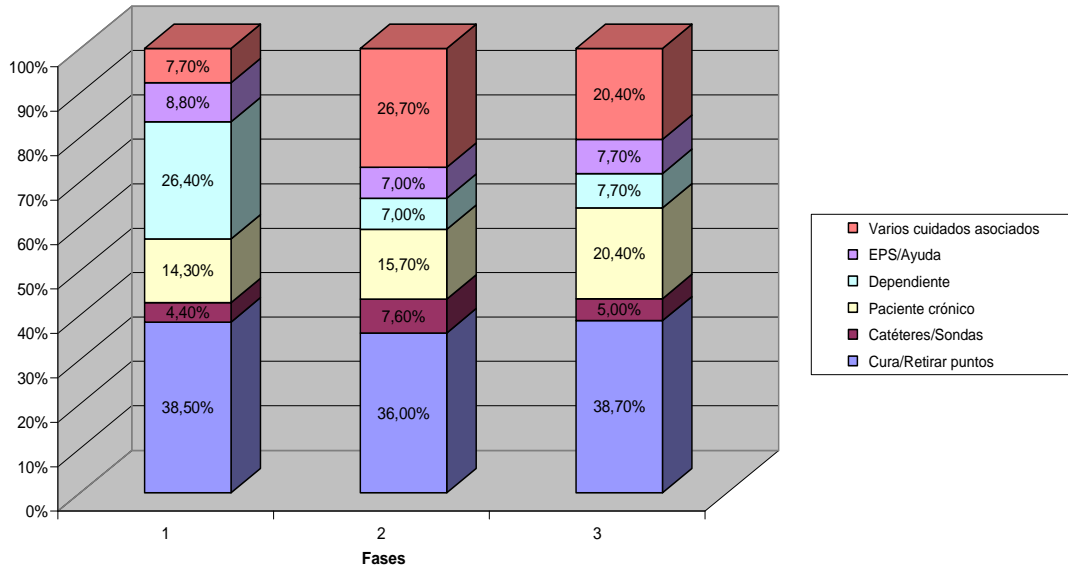


Figura 7. Necesidad de cuidados al alta

Tabla 24. Comparación dos a dos sobre la necesidad de cuidados al alta, así como del tipo de cuidado

		Base		
		I	II	III
Necesidad de cuidados al alta	Si		I	I
	No	II-III		
Tipo de cuidado	Cura/Retirar puntos			
	Catéteres/Sondas			
	Paciente crónico			
	Dependiente	II-III		
	EPS/Ayuda			
	Dos ó más cuidados asociados		I	I

Se señalan los grupos diferentes con $p < 0,05$

Según se muestran los datos en la tabla 22 y 23 en cuanto a la pregunta si le ha llamado su enfermera de atención primaria, queda claro, que la respuesta que ha habido según las fases, se ha incrementado de manera significativa.

Hay un total de 53 llamadas, **41** de ellas se dieron en la fase III. **Lo que supone que el 18,9 % de los pacientes estudiados en la fase III, recibieron la llamada de su enfermera desde atención primaria** (figura 6).

En cuanto a la calidad percibida sobre la llamada de la enfermera, no hay diferencias significativas, ya que se mantiene entre buena y muy buena, destacando de una manera considerable la opción de **muy buena**, en el **92,9 %** de los casos (tabla 22).

En la tabla 22, también se muestra el tipo de cuidado: siendo las **técnicas curas/retirar puntos**, en las que hay mayor número de casos registrados (37,6 %). Existen igualmente diferencias significativas según se refleja en la tabla 24, ya que en las fases II y III hay mayor número de pacientes con dos o más cuidados asociados.

En cuanto a los pacientes crónicos suponen el 17,3 % de los pacientes estudiados, siendo la fase III donde hay más casos registrados, con un 20,4 %. Hay que mencionar, que gran parte de los casos que están recogidos como “dos o más cuidados asociados” corresponden entre otros a pacientes crónicos.

En el 7,7 % de los pacientes, se recomienda apoyo en la educación para la salud, así como en los autocuidados, y el 5,9 del total, precisan cuidados por ser portadores en el momento del alta de sondas/catéteres.

De los pacientes 637 que respondieron a la pregunta si precisaron ayuda de su enfermera de atención primaria (tabla 22); el 56,7 % de los pacientes no precisó acudir a su enfermera, el 37,6 %, sí precisó ayuda de su enfermera de atención primaria.

En la fase III, se observa que el 55,2 % precisaron acudir a su enfermera de atención primaria (tabla 22).

Respecto a la necesidad de cuidados al alta según aparece recogido en la (tabla 24) no hay diferencias entre las fases II-III, pero se diferencian de manera significativa con la fase I, incrementándose la necesidad de cuidados en las dos últimas fases.

RESULTADOS

Tabla 25. Descripción de las tablas. Comparación de la opinión sobre como se encuentra, sobre la percepción de los cuidados en el hospital y la opinión sobre la llamada desde el hospital en las tres Fases del estudio

	Base								
	1		2		3		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
¿Cómo se encuentra?									
	Mal	24	10,0%	35	15,2%	30	13,8%	89	13,0%
P<0,001	Regular	60	25,0%	69	30,0%	88	40,6%	217	31,6%
	Bien	151	62,9%	115	50,0%	94	43,3%	360	52,4%
	Fallecido	5	2,1%	11	4,8%	5	2,3%	21	3,1%
¿Cómo le han cuidado?									
	Mal	5	2,3%	6	2,9%	7	3,2%	18	2,8%
p=0,020	Regular	10	4,6%	12	5,7%	14	6,4%	36	5,6%
	Bien	112	51,9%	92	44,0%	73	33,5%	277	43,1%
	Muy bien	89	41,2%	99	47,4%	124	56,9%	312	48,5%
¿Le explicó la enfermera los cuidados y posibles dudas?									
	Si	0	,0%	166	94,3%	167	93,3%	333	93,8%
p=0,690	No	0	,0%	10	5,7%	12	6,7%	22	6,2%
¿Qué opinión tiene de la llamada?									
	Indiferente/ No le molesta	1	,9%	0	,0%	12	5,8%	13	2,6%
P<0,001	Bien	38	33,0%	80	43,2%	62	30,0%	180	35,5%
	Muy bien	76	66,1%	105	56,8%	133	64,3%	314	61,9%

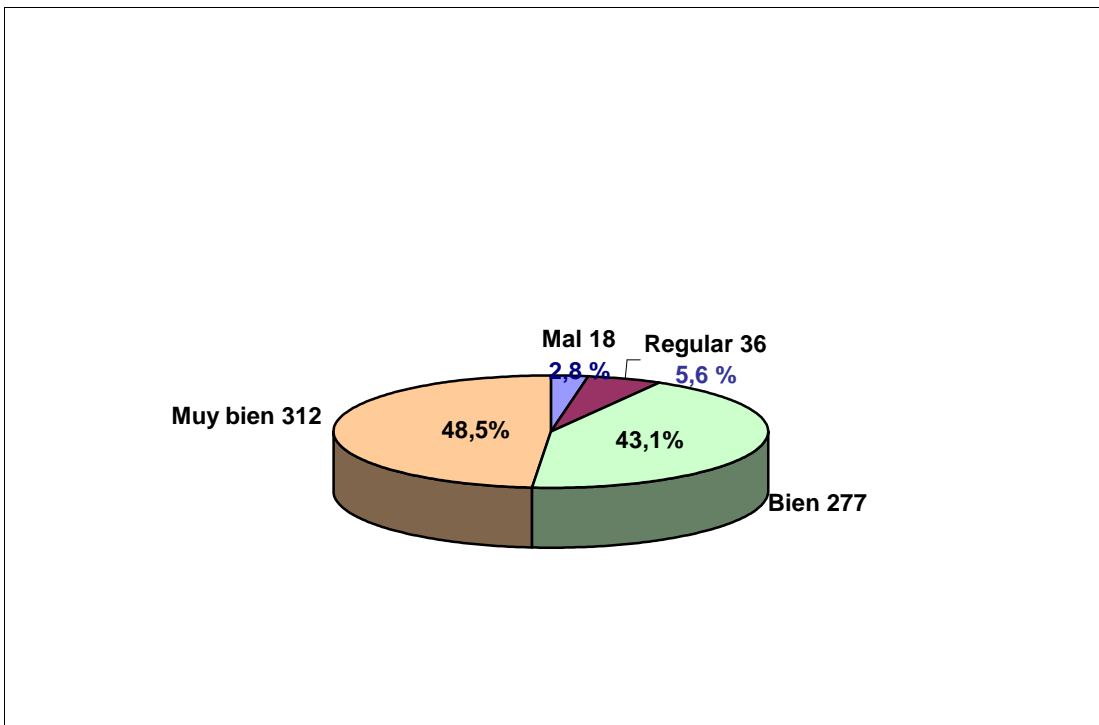


Figura 8 Calidad percibida en cuanto a los cuidados en el hospital

Tabla 26. Comparación dos a dos sobre como se encuentra, como le han cuidado en el hospital y la opinión que tiene sobre la llamada desde el hospital

		Fases		
		I	II	III
¿Cómo se encuentra?	Mal			
	Regular			I-II
	Bien	II-III		
	Fallecido			
¿Cómo le han cuidado?	Mal			
	Regular			
	Bien	III	III	I-II
	Muy bien			
¿Le explicó la enfermera los cuidados y posibles dudas?	Si			
	No			
¿Qué opinión tiene de esta llamada?	Indiferente/ No le molesta			I
	Bien		III	
	Muy bien			

Se señalan los grupos diferentes con $p < 0,05$

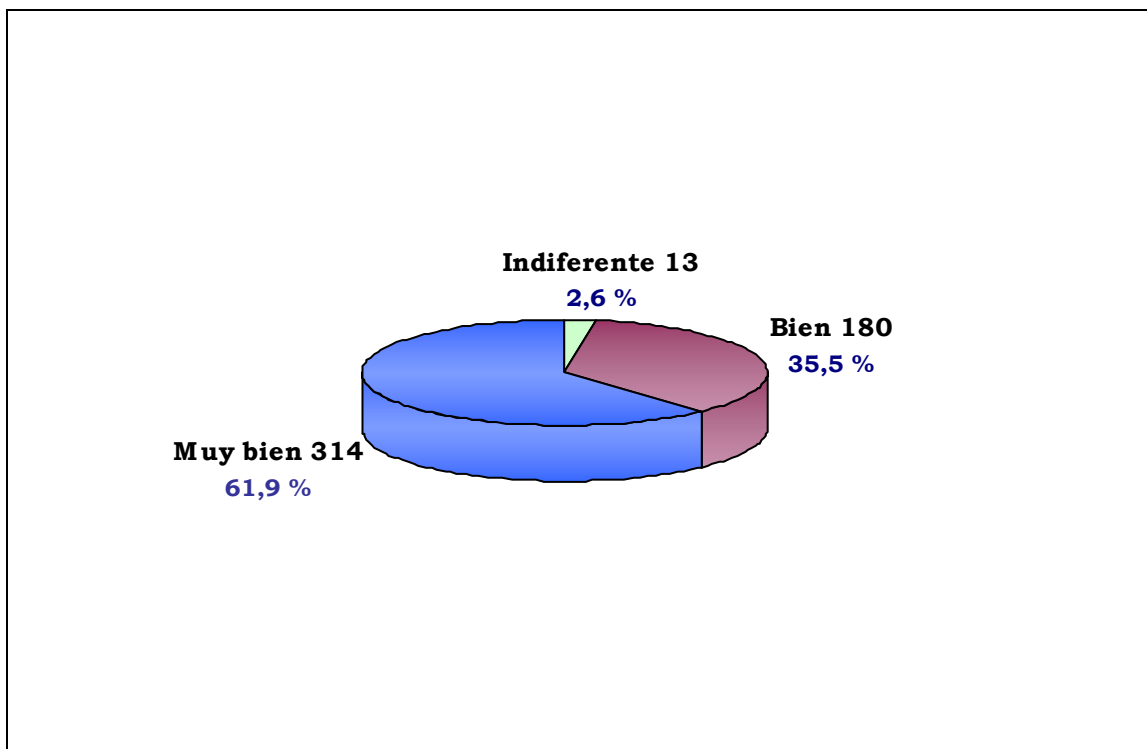


Figura 9. Opinión sobre la llamada desde el hospital

Según se refleja en la tabla 25, el 52,4 % de los pacientes dicen que se encuentran bien en el momento de la recogida de datos.

Del total de 643 pacientes que respondieron sobre la satisfacción de los cuidados recibidos durante su ingreso hospitalario, el 48,5 % de los pacientes, están muy satisfechos; el 43,1 % dicen que han sido bien cuidados; el 5,6 %, han calificado de regular los cuidados; 2,8 % de los pacientes están descontentos con los cuidados recibidos, datos reflejados en la tabla 25 (figura 8).

En la tabla 25, se muestra que el 93,8 %, de los pacientes dicen que la enfermera les explicó los cuidados y dudas en el momento del alta. Este valor si se compara con la fase I no es significativo, según se muestra en la tabla 26, esto se debe a que en la primera fase del estudio no se recogió este dato.

El 61,9 %, (tabla 25) han dicho que les parece muy bien que se les llame desde el hospital tras el alta, el 35,5 %, ve bien que se les llame, el 2,6 %, manifiesta que les es indiferente, pero **ninguno** de ellos manifestó que le molestara la llamada (figura 9).

Tabla 27. Descriptivo de la edad con la media en las diferentes Fases

	Nº casos	Media	DE	Mediana	RIC	Mínimo	Máximo
Edad							
I	281	55,49	26,438	60,3	38,7-78,2	1	98
II	271	64,23	19,405	70	51-79	19	103
III	256	63,93	19,388	70	49-80	15	100

I vs II ó III P<0.001; II vs III p>0.999

Tabla 28. Descriptivo del retarde del envío de los datos con la media, mediana y desviaciones en las diferentes Fases

	Nº casos	Media	DE	Mediana	RIQ	Mínimo	Máximo
Retardo en el envío de los datos							
I	281	10,19	7.5	9.5	4-14	0	31
II	271	2,85	2.6	2	1-4	0	17
III	256	2,65	2.2	2	1-4	0	11

I vs II ó III P<0.001;II vs III p=0.418

Como se muestra en la tabla 27, el número de casos que se recogieron en cada una de las fases fue de 281, 271 y 256, respectivamente, lo que supone un total de 808 casos durante los tres periodos.

La edad media estuvo comprendida ente 55,49 años y 64,23, siendo los más jóvenes, los registrados en la fase I y los de más edad en la fase II. La edad del paciente más joven fue de 1 año y la del más mayor 103 años.

En la tabla 28, se muestran los datos correspondientes al tiempo que transcurre desde que el paciente se va de alta, hasta que atención primaria es informada, la fase I es donde más tiempo transcurre, la mediana en la fase I es de 9,5 días con (RIC 4-14), datos que contrastan con la fases II y III, en que la **mediana es 2 (RIC 1-4)** (figura 10).

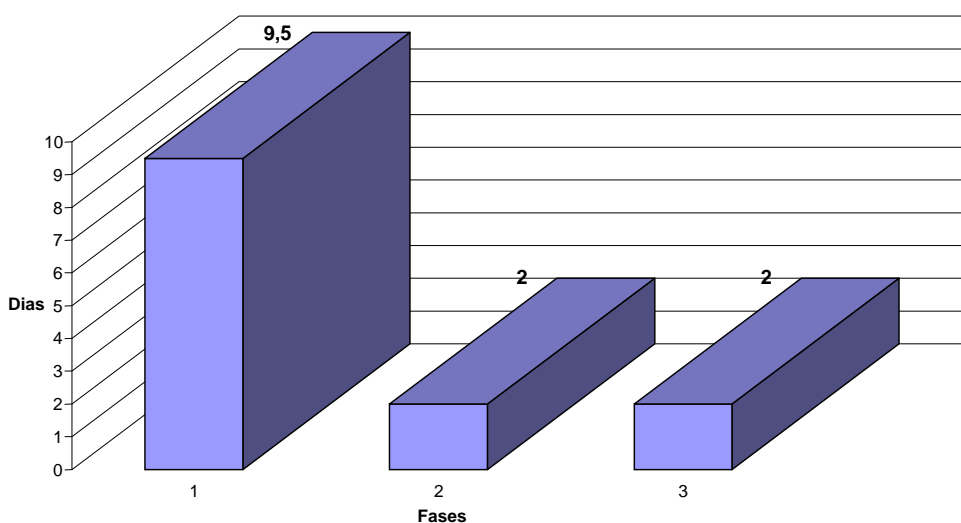


Figura 10. Tiempo que transcurre desde el alta del paciente hasta que llega la información a atención primaria

5.2.2 De los profesionales.

Se describen los resultados sobre las aportaciones de los profesionales que han realizado la rotación por atención primaria; tanto en cuanto al contenido de los informes elaborados; como a los resultados de la entrevista llevada a cabo una vez finalizada la rotación. En total han participado 20 enfermeras/os del hospital:

1. Han **elaborado informe** 19 de los 20 profesionales; se ha tenido en cuenta, tanto la opinión de las enfermeras/os que han rotado, como la información y opinión que les han transmitido sus compañeros de atención primaria.

Se recogen las siguientes aportaciones:

- ✦ Hay que consensuar la información que debe aparecer en los informes de continuidad de cuidados; ya que a veces es escasa, o bien lo que se recoge no es de toda la utilidad que debería para los profesionales de atención primaria.
- ✦ Al alta, la enfermera del hospital debe informar al paciente sobre los cuidados a seguir; proporcionar educación sanitaria durante el ingreso hospitalario, dirigida tanto al paciente como al cuidador; y promover los autocuidados durante todo el proceso.
- ✦ Explicar y animar al paciente a que acuda a su enfermera de referencia en atención primaria.
- ✦ En el intercambio de información, ha resultado de gran utilidad conocer directamente el programa informático que tienen; así como la existencia y forma de derivación de los pacientes a los servicios especiales de urgencia, cuando se da el alta los fines de semana.
- ✦ Consideran importante, que los sistemas informáticos del hospital y de atención primaria sean compatibles, con el fin de poder compartir información referente a la historia clínica de pacientes entre los profesionales de los diferentes ámbitos.

- ✦ Los profesionales consideran, que una buena alternativa sería la enfermera de enlace o enfermera gestora de casos. En general coinciden en que un profesional de enfermería que sirva de **referente** tanto en centros de salud, como en el hospital, influirían de manera positiva en la mejora de la continuidad de cuidados.
 - ✦ La accesibilidad de comunicación entre profesionales de ambos ámbitos, lo ven como una buena alternativa. Es importante que figure el teléfono de contacto y nombre de la enfermera en el informe de alta, para facilitar la comunicación entre ellos.
 - ✦ Los profesionales de atención primaria, han manifestado que es habitual que el paciente acuda a su médico tras el alta hospitalaria, y no a su enfermera; lo que puede llevar a que se demore el seguimiento por parte de la enfermera.
 - ✦ La rotación ha aportado a las enfermeras/os beneficios en cuanto al intercambio de conocimientos, técnicas y cuidados que se llevan a cabo en atención primaria y en el ámbito hospitalario (quimioterapia en pacientes oncológicos, diálisis, traumatología,.....).
 - ✦ Se detecta, y así lo han dicho los profesionales, que a pesar de haber explicado e informado en el hospital sobre los cuidados, tratamientos y otras necesidades, el paciente cuando llega a su domicilio tras el alta hospitalaria se siente inseguro y con dudas, ya que no siempre han entendido y retenido la información que le han transmitido.
2. Las **entrevistas** a los 20 profesionales, se llevaron a cabo por el investigador principal. Durante un tiempo que osciló entre 60-90 minutos para cada una de ellas: una entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas y cerradas; según se ha expuesto en el apartado de metodología.

Los resultados de las mismas se describen en las siguientes tablas. Se hace un análisis pormenorizado de cada una de las respuestas.

Tabla 29. Descripción de las tablas en cuanto a la unidad, percepción de la rotación por atención primaria y su propuesta sobre el tiempo que debe durar la rotación

	Número	%
Unidad		
Hospitalización	10	50,0%
Consultas	2	10,0%
Urgencias	3	15,0%
H de día médico/quirúrgico	2	10,0%
Diálisis	3	15,0%
1 – Percepción de la rotación		
7	2	10,0%
8	6	30,0%
9	8	40,0%
10	3	15,0%
2 -Tiempo		
Excesivo	1	5,0%
Suficiente	13	65,0%
Insuficiente	6	35,0%
3 -¿Cuánto tiempo propones?		
2	1	5,0%
3	12	60,0%
5	6	30,0%
10	1	5,0%

Como se puede apreciar en la tabla 29, del total de **20 rotantes**, 10 estaban asignados a una unidad de hospitalización (**50,0 %**); 2 en consultas (10,0 %); 3 en Urgencias (15,0 %); 2 en hospital de día médico/quirúrgico (10,0 %) y 3 en diálisis (15,0 %), (figura 11); siendo estas la mayoría de las unidades desde las que se emiten informes de enfermería (figura 11).

En cuanto a la percepción sobre la rotación en los centros de salud, y que se muestra en la tabla 29, tenían como alternativa calificar entre 0 y 10; el **9** es la puntuación que consideran ocho de los rotantes (40,0 %) y el **7** la calificación más baja con dos profesionales (10,0 %).

El tiempo que estuvieron rotando (3 días), para el (**65,0 %**) es adecuado, sin embargo para 35,0 % opina que fue insuficiente.

Las propuestas en cuanto al número de días que consideraban idóneos para la rotación, la mayoría opinó **3 días (60,0 %)**; 5 días fue lo que consideraron el (30,0 %) del total; 2 y 10 días es la propuesta del (5,0 %) de los rotantes respectivamente.

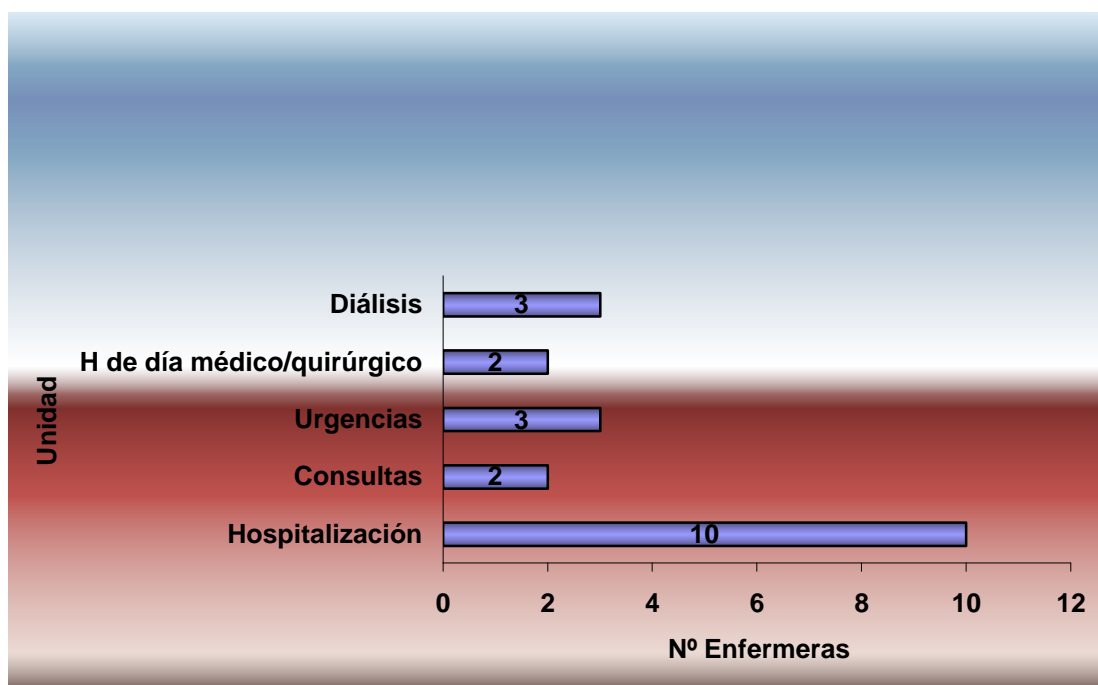


Figura 11. Enfermeras de las diferentes unidades que han realizado la rotación por atención primaria

Tabla 30. Descripción de las tablas en cuanto a lo que les ha aportado a los profesionales la rotación por atención primaria

	Número	%
4. ¿Qué te ha aportado la rotación?		
1-Conocer la atención primaria /tener una visión global del cuidado	15	75,0 %
2 -Cuidado integral del paciente y familia en su entorno y problemática social	14	70,0 %
3 -Conocer metodología y sistema Informático	6	30,0 %
4 -Intercambio de experiencias	13	65,0 %

Para quince de los veinte rotantes (75,0 %), según queda reflejado en la tabla 30, esta rotación les ha ayudado a conocer tanto el ámbito de actuación en atención primaria, como tener una visión global del cuidado teniendo en cuenta el escenario sociosanitario donde se lleve a cabo.

Catorce de los rotantes (70,0 %), consideran que les ha servido de ayuda, al poder observar el cuidado integral del paciente en su entorno familiar, social y el cuidado en el propio domicilio del paciente.

Trece de los rotantes (65,0 %), resaltan que les ha servido para un intercambio de experiencias.

La oportunidad en conocer la metodología y el sistema informático, lo reflejan seis profesionales (35,0 %).

Tabla 31. Descripción de las tablas en cuanto a la rotación por ESAD, días que duró y su percepción en cuanto a los beneficios que ha aportado la rotación y las expectativas

	Número	%	
5 –La rotación por ESAD			
	7	1	5,0%
	8	1	5,0%
	9	7	35,0%
	10	11	55,0%
6 -¿Cuánto tiempo propones en ESAD?			
	1	3	15,0%
	2	9	45,0%
	3	5	25,0%
	5	2	10,0%
	7	1	5,0%
7 -¿Recomiendas la rotación?			
	Si	20	100,0 %
8-¿Acogida por los profesionales de AP			
	8	3	15,0%
	9	8	40,0%
	10	9	45,0%
9 -¿Participarás en la formación/información de AP?			
	Si	20	100,0 %
10-¿Oportunidad profesional?			
	Si	20	100,0 %
11-¿Avance en la continuidad?			
	Si	20	100,0 %
12-¿Colaboración del resto de profesionales?			
	SI	15	75,0 %
	No	5	25,0 %

En la tabla 31, se muestran los datos en cuanto a la rotación por el ESAD (Equipo de soporte de atención domiciliaria), once de los profesionales (**55,0 %**) lo calificaron de **10**, un total de siete (35,0 %), lo calificaron de 9.

Los días que proponen para la rotación por este equipo, el **45,0 %** de los profesionales consideran que esta bien con **2 días**, el 25,0 % del total opina que debería ser 3 días.

En esta misma tabla se recoge que la acogida por sus compañeros de atención primaria es de 10, para el 45,0 % de las enfermeras/os que han rotado; el 40,0 % la califican de 9 y para el 15,0 % del total, es de 8.

El 100 % de los profesionales:

- Les gustaría participar en la formación/información de sus compañeros de atención primaria cuando vengan al hospital.
- Recomiendan que la rotación por atención primaria se haga extensiva a más compañeros.
- La rotación, ha sido valorada como una oportunidad profesional.
- Puede suponer un avance para la continuidad de cuidados.

Del total, quince de los entrevistados (**75,0%,**) creen que van a colaborar todos sus compañeros en la continuidad de cuidados, por el contrario cinco de ellos (25,0 %), creen que en sus unidades hay compañeros que no van a colaborar o la colaboración va a ser más difícil.

Tabla 32. Descripción de las tablas en cuanto a las alternativas que proponen los profesionales y como van a colaborar para mejorar la continuidad de cuidados

	Número	%
13-¿Alternativas que propones para mejorar la coordinación?		
1 Enfermera de enlace	15	75,0 %
2 Formación conjunta	11	55,0 %
3 Herramienta informática compatible	6	30,0 %
4 Sesiones formativas e informativas en las unidades	8	40,0 %
14-¿Cómo vas a colaborar para mejorar la coordinación		
1 Entregar el informe de enfermería al alta y animando a mis compañeros para que lo entreguen	17	85,0%
2 Informar al paciente para que acuda a Atención Primaria	8	40,0 %
3 Proporcionando EPS y fomento del autocuidado	13	65,0 %
4 Haciendo reuniones informativas	14	70,0 %

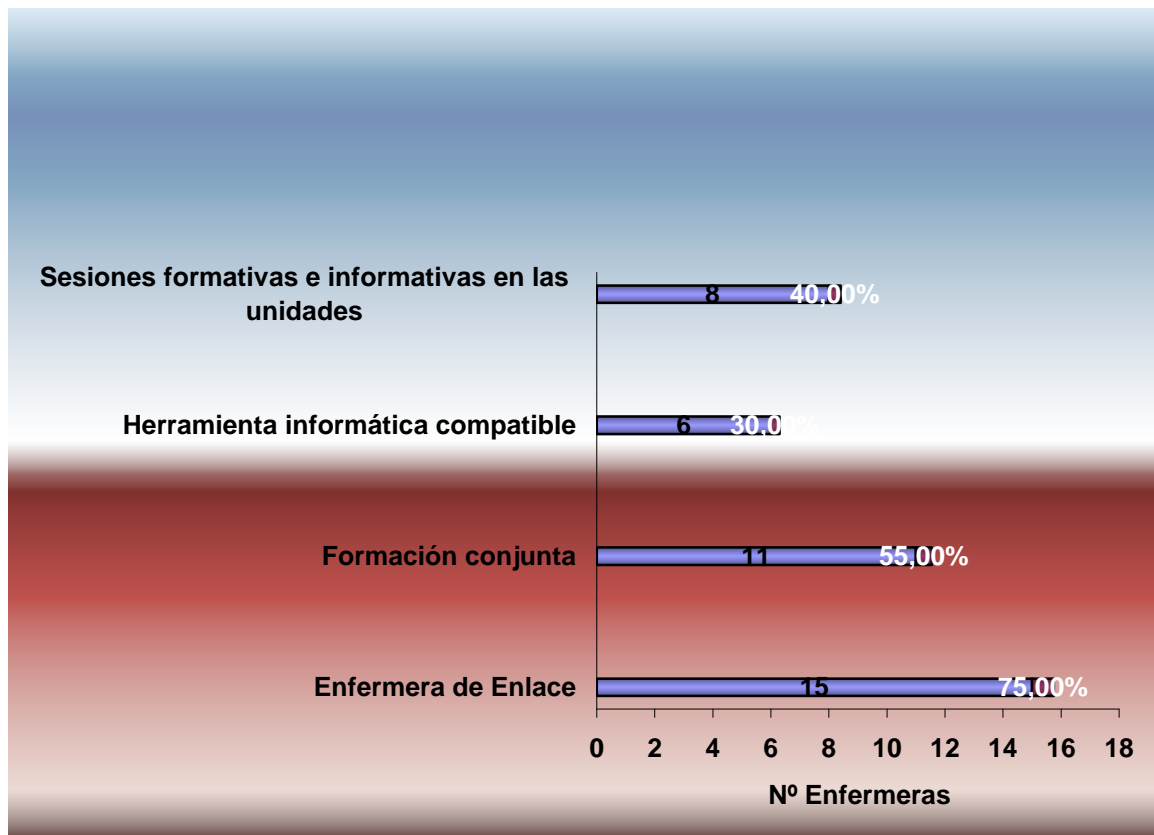


Figura 12. Alternativas propuestas por las enfermeras del hospital para mejorar la continuidad de cuidados

Según se recoge en la tabla 32 (figura 12), en cuanto a las estrategias/intervenciones que los profesionales consideran que debería hacer la empresa para mejorar la continuidad de cuidados destacan:

El **75,0%** (15 profesionales), consideran que una buena alternativa es crear el puesto de la **enfermera de enlace o gestora de casos** tanto en el hospital como en atención primaria.

El 55,0 % (11 profesionales), consideran que la formación conjunta entre atención primaria y el hospital, podría intervenir a favor de la continuidad de cuidados entre ambos niveles asistenciales.

Las sesiones formativas e informativas en las unidades, podría ser una buena estrategia según el 40,0 % de los rotantes.

Las acciones que se deben hacer por parte de los profesionales, según dicen 17 de los rotantes (**85,0 %**), debe ser entregar el **informe de enfermería al alta**, adquiriendo el compromiso de animar al resto de sus compañeros para que se entregue al alta del paciente.

Hacer reuniones informativas en las unidades dirigidas a sus compañeros, con el propósito de promover la mejora en la continuidad de cuidados, fue el compromiso adquirido por el 70,0%.

La promoción de la salud, así como el fomento del autocuidado durante el ingreso hospitalario, lo consideran de interés el 65,0 % de los entrevistados.

Según se muestra en la tabla 33, en lo que se refiere al envío de datos de los pacientes desde el hospital para la continuidad de cuidados, 13 de los 20 rotantes (**65,0 %**) son partidarios que de momento solamente se deben enviar de los pacientes que precisan seguimiento desde atención primaria. Pero con el tiempo y según se vaya instaurando y habituando; se podría hacer extensivo al total de los pacientes al alta hospitalaria; el 35 % son partidarios de informar a atención primaria de todos los pacientes dados de alta.

En cuanto a la percepción sobre la selección, la valoración fue de **8** para siete de los rotantes (35 %).

La información recibida fue de **10**, según opinan ocho profesionales (38,1 %).

La organización, la calificaron de **8**, diez de los profesionales (50,0 %).

Tabla 33. Descripción de las tablas en cuanto a la opinión de los profesionales que han rotado; sobre el envío de los datos de pacientes dados de alta y la percepción en cuanto a la sistemática de la rotación

	Recuento	%
15-Envío de datos		
Todos	7	35,0%
Los que precisen cuidados al alta	13	65,0%
16-Percepción sobre: la SELECCIÓN		
4	1	5,0%
5	1	5,0%
6	1	5,0%
7	2	10,0%
8	7	35,0%
9	3	15,0%
10	5	25,0%
Sobre: la INFORMACIÓN RECIBIDA		
5	1	4,8%
7	1	4,8%
8	5	23,8%
9	4	19,0%
10	8	38,1%
NC	1	4,8%
Sobre: la ORGANIZACIÓN		
7	3	15,0%
8	10	50,0%
9	4	20,0%
10	3	15,0%

Tabla 34. Descripción de las tablas de los rotantes en cuanto a las sugerencias que aportan para la mejora en la continuidad de cuidados

	Recuento	%
17-SUGERENCIAS		
1 -Que roten los profesionales de AP por el hospital	14	70,0 %
2- Mejorar y consensuar los informes de enfermería/ recomendaciones al alta	11	55,0 %
3-Llamar desde AP/Hospital a los pacientes tras el alta	8	40,0 %
4-Comunicación directa entre profesionales	10	50,0 %
5-Otras sugerencias	10	50,0 %

Como sugerencias que aportaron el 70 % de los entrevistados, según se refleja en la tabla 34, hacer extensiva la rotación de los profesionales de atención primaria por el hospital.

Consensuar y mejorar el contenido de los informes de enfermería al alta, es otra mejora que consideraban importante el 55,0 %.

La comunicación directa entre profesionales, lo propone el 50,0 %, es decir 10 de los entrevistados.

El 40,0 % de los entrevistados, ven muy positiva la llamada desde atención primaria y desde el hospital al paciente tras el alta hospitalaria.

Otras sugerencias que hacen son:

- Se debería formar al personal de atención primaria sobre algunas técnicas que se hacen en el hospital.
- Hacer encuestas a los profesionales para ver el grado de información sobre la coordinación.
- Fomentar la educación para la salud y el apoyo psicológico incluyendo al cuidador principal.
- Mejorar y unificar criterios en cuanto al registro de heridas crónicas entre ambos ámbitos.
- No utilizar marcas comerciales de productos para el cuidado de las mismas.
- En la unidad de urgencias, protocolizar los procesos que precisan seguimiento y favorecer la coordinación con profesionales de referencia.

DISCUSIÓN

6 DISCUSIÓN

6.1 ANÁLISIS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Hay que resaltar, que este estudio se inició con el objetivo de mejorar la continuidad de cuidados, y crear la figura de Enfermera Gestora de Casos en el hospital Infanta Leonor.

El propósito era poder mostrar los posibles beneficios que podía aportar, tanto para el paciente como para los profesionales; además de la repercusión en los costes, ya que se podría conseguir una reducción notable de los mismos, como consecuencia de una previsible disminución de las estancias hospitalarias, evitar reingresos y una menor frecuentación a urgencias.

Al no poder crear el puesto de enfermera gestora de casos ó enfermera de enlace; se pensó como alternativa y teniendo en cuenta las conclusiones a las que habían llegado los profesionales que formaron parte del *panel de expertos*, involucrar y proponer a enfermeras/os de las diferentes unidades, con el propósito de favorecer la continuidad de cuidados Serían **enfermeros referentes o “dinamizadores”**; tendrían el compromiso de participar en la mejora, tratando de influir sobre sus compañeros a favor de la continuidad de cuidados y animando para su participación. Así mismo, podrían colaborar al hacer un seguimiento y proponer alternativas a llevar a cabo para la mejora de la tan necesaria continuidad de cuidados.

Estarían concienciados y comprometidos en la continuidad asistencial; con el fin de aportar beneficios para su mejora. Participaron en total 25 enfermeras/os de forma voluntaria de las diferentes unidades, (hospitalización, urgencias, diálisis, hospital de día médico-quirúrgico y de consultas externas); por lo que, a excepción de pediatría y obstetricia había profesionales de todas las unidades.

Esta alternativa no ocasionaba coste económico adicional para el hospital, ya que las enfermeras/os que participaban seguían realizando sin cambios su actividad laboral.

El compromiso estaba ligado al pacto de objetivos individuales de cada uno de los profesionales.

Otra de las estrategias que se consideró de especial interés, fue **la rotación/intercambio** durante 4 días de los profesionales de enfermería del hospital Infanta Leonor, por los centros de atención primaria y por el equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD), y de las/os enfermeras/os de atención primaria por el hospital Infanta Leonor. Esta rotación también es una práctica habitual entre los profesionales médicos de atención primaria y del hospital.

En el momento de llevar a cabo este estudio, 20 enfermeras del hospital de las diferentes unidades habían finalizado el periodo de rotación por los centros de salud, como ha quedado recogido en la tabla 29, (figura 11) en el apartado de resultados, y se inició la rotación de profesionales de atención primaria por el hospital.

Las enfermeras/os que participaron en la rotación fueron principalmente quienes estaban formando parte de los grupos de continuidad de cuidados.

Esta rotación como se ha visto en el apartado de resultados, supuso a todos ellos una gran motivación y estímulo a nivel profesional y personal, siendo muy bien acogidos tanto por sus compañeros de atención primaria, como por los del equipo de soporte de atención domiciliaria.

Les sirvió también, para conocer más de cerca el ámbito de la atención primaria; la mayoría de ellos desconocían directamente las actividades, funciones y competencias de sus compañeros. Además ayudó a ver y conocer el cuidado integral del paciente y familia en su entorno socio familiar.

Supuso una buena oportunidad para el intercambio de experiencias; entendiendo de esta manera mejor la posición y actuación del otro ámbito. Fue muy satisfactoria, tanto la acogida, como las aportaciones que obtuvieron. Todos ellos vieron que la rotación podría suponer un avance en la continuidad de cuidados.

Les ayudó para definir alternativas y estrategias que puede llevar a cabo la empresa y el profesional para influir de una manera favorable en la continuidad de cuidados.

Una de las estrategias que presentó el 75 % de los rotantes, fue la propuesta de la creación de la ya conocida **figura de enfermera gestora de casos o enfermera de enlace** entre ambos niveles.

De hecho, la eficiencia de las enfermeras gestoras de casos, ha quedado demostrada en diferentes estudios, aunque alguno de ellos, considera de interés ampliar los estudios con más casos con el fin de dar más validez a los resultados ⁽⁶⁴⁾.

En las comunidades en que se ha implantado como en Andalucía, Cataluña, Canarias, País Vasco, Murcia, Galicia,... es evidente que la labor de las enfermeras gestoras de casos favorecen de una manera significativa la atención que reciben: los pacientes inmovilizados, pacientes terminales, pacientes de alta y sus cuidadores. Contribuyen a la resolución de problemas, calidad de vida, satisfacción de los usuarios y disminución en los costes ⁽⁶²⁾.

Hay comunidades como Cataluña, que con el propósito de dar un impulso a la continuidad asistencial pone en marcha el programa de prevención y apoyo al alta (Pisa) ⁽⁷⁴⁾. La intervención de este programa de atención a los pacientes y a su familia incluye el tratamiento de la enfermedad, la educación para la salud y la atención de las reagudizaciones, una gestión coordinada entre el ámbito hospitalario y primaria.

Este modelo comenzó hace 5 años en el área de insuficiencia cardiaca y patologías respiratorias; ha dado muy buen resultado y es que han demostrado que trabajando junto a un grupo multidisciplinar; ahorran hasta un 70 % de estancias hospitalarias, en este grupo de pacientes, evitando ingresos en urgencias. Durante estos 5 años han disminuido también errores en la medicación, pasando del 74,5 % al 15 %.

Estos buenos resultados, han dado lugar a que los responsables en Salud de Cataluña a pesar de estos momentos de crisis y de recortes, están **incrementando el número de enfermeras gestoras de casos** y han decido ampliar este programa de gestión compartida con la formación de más enfermeras gestoras de casos; para que atiendan a enfermos crónicos sin apoyo familiar y dificultades para su autocuidado, con patologías complejas como las neurológicas y que pueden requerir de un gran número de intervenciones multidisciplinarias ⁽⁷⁴⁾.

Actualmente la comunidad Andaluza cuenta con aproximadamente 400 enfermeras gestoras de casos; y es que este nuevo modelo incorpora la continuidad interniveles de los cuidados al servicio domiciliario, entendiendo este bajo la óptica de la planificación al alta hospitalaria, como proceso de anticipación a las necesidades de cuidados y recursos que el paciente tendrá después del alta ⁽⁵⁸⁾.

Esta planificación al alta, en algunos casos comenzará en atención primaria, **enviando siempre que sea posible al hospital un resumen del plan de cuidados**; así mismo al alta del paciente se realizarán las gestiones necesarias. En estos casos adquiere un rol de facilitadora de la accesibilidad de los distintos servicios, proporcionando la continuidad necesaria. La coordinación mediante protocolos, vías clínicas, informes de alta, informes al ingreso, y la unificación de criterios son importantes pero no suficientes para conseguir la continuidad, y **es conveniente la creación de la enfermera gestora de casos** ^(75,76).

En la comunidad Andaluza, la creación de esta figura se remonta a 2002, en el ámbito de atención primaria, y fue en 2004, cuando se crea la figura de enfermera gestora de casos en el ámbito hospitalario, desde entonces se ha demostrado en esta comunidad la eficacia de esta figura ^(64,76,77,78,79).

Así mismo, se ha visto la importancia de la presencia de la enfermera gestora de casos en los servicios de urgencia, ya que su labor integradora daría un valor añadido al cuidado, pudiendo influir para evitar hiperfrecuentación a urgencias ⁽⁷⁷⁾.

Según Concepción Padilla ⁽⁵⁸⁾, Directora de estrategia de cuidados en Andalucía, en la comunidad se avanza en este modelo, ya que se están obteniendo muy buenos resultados, actualizando e impartiendo conocimientos dentro de la mejora de la dinámica continúa. Las enfermeras gestoras de casos en atención primaria en el primer semestre del 2009 atendieron 58.345 pacientes y 34.075 cuidadoras, a la vez que impartieron talleres formativos e informativos.

Para Ana Moreno ⁽⁷⁹⁾, supervisora en el hospital Virgen del Rocío de Sevilla, la enfermera gestora de casos atienden a las personas que requieren coordinación de profesionales de diferentes servicios y una movilización de recursos, para ello la comunidad cuenta con una interrelación que favorece esta necesidad en pacientes con “múltiples cuidados y de complejidad”, como es el caso de los pacientes neurológicos entre otros, coordinando a todos los profesionales que atienden al paciente y a sus familiares durante el curso de la enfermedad.

Los profesionales que generalmente están implicados en este proceso son el neurólogo, rehabilitador, enfermera de la unidad de hospitalización y fisioterapeuta. Si el paciente precisa atención del cardiólogo, neumólogo, y otros especialistas; la

enfermera gestora de casos coordina estos profesionales y cualquier otra unidad que pueda dar soporte al paciente.

En el hospital de Sant Pau de Barcelona ⁽⁸⁰⁾, la figura de enfermera gestora de casos en pacientes con cáncer de mama y en otro tipo de tumores, está contribuyendo de una manera eficiente en la continuidad de cuidados; fomentando la coordinación y homogeneización de curas; además de gestionar todos los dispositivos, evitando la duplicidad.

En Barcelona ⁽⁸¹⁾, en la coordinación del hospital comarcal de Sant Boi, y los equipos de atención primaria de Sant Boi de Llobregat y Sant Vicent, la enfermera de enlace, ha realizado 2.241 visitas hospitalarias, 81 domiciliarias y 431 llamadas telefónicas, creando así un mecanismo para la mejora de la continuidad asistencial.

En Madrid, en el hospital 12 de octubre, se está trabajando sobre la necesidad de la enfermera gestora de casos, así como los beneficios que puede aportar en los pacientes VIH entre otros. Por ser personas con necesidades asistenciales complejas; ya que mejora notablemente cuando hay una persona coordinando y liderando estos cuidados, por lo que consideran de interés la creación de esta figura ⁽⁸²⁾.

De hecho, se está organizando para el próximo mes de Octubre, una jornada en la que participarán otros hospitales como el Hospital Universitario Gregorio Marañón, Hospital Carlos III y el Hospital Universitario Clínico de San Carlos, en la que se llevarán diferentes ponencias sobre la enfermera gestora de casos.

En el país vasco ⁽⁸³⁾, se está trabajando en la elaboración de una propuesta para el desarrollo de nuevos roles de enfermería, con el enfoque de la atención a los pacientes crónicos complejos; identificando las necesidades de formación. Este nuevo enfoque estará centrado en la enfermera de enlace o enfermera gestora de casos. El objetivo es la atención continuada, coordinación entre los profesionales y movilización de recursos; mejorando la calidad de vida de pacientes y cuidadores, así como la disminución de ingresos hospitalarios.

En Murcia ⁽⁸⁴⁾, se puso en marcha esta iniciativa en verano de 2010 en un área de salud, con la finalidad de mejorar la continuidad de cuidados y la accesibilidad a los recursos; así como para garantizar la coordinación efectiva entre los diferentes niveles

profesionales y asistenciales. Ante los buenos resultados, ha decidido hacer extensivo al resto de la comunidad.

Galicia ⁽⁸⁵⁾, que acaba de organizar en el mes de Abril unas jornadas de enfermería, centró el desarrollo de las mismas sobre la figura de la gestión de casos, siendo Lugo la pionera en contar con esta figura, para los pacientes oncológicos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y pacientes con insuficiencia cardiaca. En estas jornadas se trató sobre el papel de la enfermería en los pacientes crónicos; se debe trabajar para que sean “pacientes activos”, que gestionen su enfermedad, pero para conseguirlo hay que poner en marcha mecanismos de concienciación y herramientas de autocuidado.

Hay estudios que indican que el 76 % de los reingresos hospitalarios son evitables en los 30 días posteriores al alta ⁽⁶³⁾. Esto representa un 13 % de los ingresos en un hospital de hoy en día, un porcentaje alto de los mismos son pacientes crónicos. Entre los factores que pueden favorecer estos indicadores, destacan la mejora de la comunicación en el proceso del alta hospitalaria, una supervisión cercana (que podría hacerla la enfermera gestora de casos) y una participación activa de los pacientes y sus cuidadores en casa; así como una mejor comunicación y coordinación entre el hospital y atención primaria.

En canarias ⁽⁴⁹⁾, el servicio de continuidad de cuidados ha atendido a 6.814 pacientes en 2010. Es un servicio prestado por enfermeras comunitarias de enlace que captan a pacientes dependientes que precisan cuidados domiciliarios, proporcionando apoyo, asesorando tanto al paciente como al cuidador.

En la comunidad de Madrid, se considera una prioridad; tanto para la administración, como para las instituciones, directivos y profesionales. Se está trabajando desde hace años, con el propósito de mejorar la continuidad de cuidados entre ambos niveles asistenciales, priorizando la necesidad de la coordinación ^(1,31,60,82,86).

El punto de mira en la comunidad de Madrid, es centrar esta figura en la **enfermera comunitaria**, por su metodología de trabajo y formación sociosanitaria e integral de las personas/grupos y su cercanía y accesibilidad al paciente/familia ⁽¹⁾.

Hay que tener en cuenta también esta figura en atención hospitalaria, ya que aporta como se ha visto beneficios acerca de la continuidad asistencial, así como su importancia para integrar niveles asistenciales y su capacidad de interrelación entre diferentes servicios ⁽⁸⁷⁾.

Esta alternativa es ya un reclamo, no solamente de los profesionales; sino también de los pacientes, como ha ocurrido con los pacientes de esclerosis múltiple, según las conclusiones a las que se llegó en la jornada “EM metaforum: evaluación de las necesidades de la esclerosis múltiple”, organizada en Mayo de 2011 en Barcelona por la Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple (FELEM); para que asesore, oriente y coordine el seguimiento de estos pacientes ⁽⁸⁸⁾.

En el Complejo Hospitalario de Jaén, en 6 meses 2 Enfermeras Gestoras de Casos han conseguido ⁽⁶⁴⁾:

- Mejorar la salud emocional de los pacientes gestionados.
- Tiene un impacto directo en la estancia media.
- Ahorrar 360.000 € en el periodo estudiado.
- La cuidadora principal, asume en mejores condiciones el cuidado del paciente en el domicilio.

Por lo tanto aporta beneficios, tanto en cuanto a la disminución de costes; como para el paciente y cuidadora del mismo. Y es que la cuidadora informal, acarrea consecuencias importantes en cuanto a la salud, los estilos de vida y las relaciones sociales que pueden ser atenuadas, siempre y cuando las intervenciones enfermeras sean capaces de tener en cuenta, tanto al paciente como al cuidador y su entorno social ^(89,90).

El profesional de enfermería, tiene actualmente un rol fundamental, ya que no solo debe capacitar al cuidador principal, sino también debe evaluar la capacidad de este de satisfacer las necesidades básicas del paciente a su cargo ⁽⁹¹⁾. De hecho siguiendo un modelo enfermero y con actuaciones enfermeras se puede ayudar a que el cuidador principal sepa manejar una determinada situación de salud que se presenta, conociendo el manejo terapéutico, los signos y síntomas de alarma y puede de esta manera prevenir complicaciones que puedan ser motivo de frecuente demanda de atención sanitaria ^(92,93).

Cowan ⁽⁶⁵⁾ muestra con un estudio cuasiexperimental con 1.207 pacientes, en el que n=626 han sido grupo control y n=581 grupo experimental, como el aporte de beneficios es de hasta 1.591 dólares por paciente en el grupo de intervención.

En un estudio similar ⁽⁶⁶⁾, no se encontraron diferencias significativas en los reintrosos a los 3 meses, pero si una disminución en la mediana de coste de pacientes ingresados en un total del 14 % y una disminución de reintrosos de un 26%.

Un metaanálisis sobre Gestión de Casos en Salud Mental ⁽⁶⁷⁾, sobre 44 ensayos clínicos aleatorios, encontró beneficios sobre los costes del cuidado y la disminución de los días de hospitalización.

Con el desarrollo de esta tesis, se muestran las ventajas y beneficios que se han obtenido y se irán viendo a lo largo de la discusión.

Se ha tenido en cuenta:

- La opinión y calidad percibida por el paciente y/o cuidador en cuanto al cuidado durante su ingreso hospitalario.
- Seguimiento telefónico desde el hospital.
- Llamada de la enfermera desde atención primaria.
- Rotación/intercambio de los profesionales.
- Experiencia y alternativas que proponen los profesionales para mejorar la continuidad asistencial.

6.2 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS DIFERENTES FASES

En el trabajo de investigación llevado a cabo, en cuanto a la variable sexo, de los 808 casos estudiados, el 46.7 % son hombres y el 53.3 % son mujeres; no encontrándose diferencias significativas entre las diferentes fases de la investigación.

En cuanto a la edad, la mediana se sitúa en:

- 60,3 años, (RIC 38,7-78,2) en la fase I
- 70,0 años, (RIC 51-79) en la fase II
- 70,0 años (RIC 49-80) en la fase III

Como se puede apreciar entre la fase segunda y tercera no se detectan diferencias significativas, pero si que las hay respecto a la fase primera. Esto se debe a que en la fase I, fue en la única que se registraron pacientes pediátricos. En el resto de las fases no se incluyeron, ya que en esta unidad no había ningún enfermero de referencia “dinamizador”, y ninguno de los profesionales de enfermería rotó por atención primaria; por lo que las estrategias llevadas a cabo no iban a influir de manera directa en la unidad de pediatría.

En cuanto a los procesos registrados en cada una de las fases, cabe destacar, según se muestra en la tabla 20 y se representa en el (figura 5):

1. Los procesos médicos recogidos, van aumentando en las diferentes fases, así, en la fase I hay recogidos 15,4 %, aumentando a 24 % en la fase II y 48.4 % en la fase III.

Este buen resultado, se debe a la respuesta de las estrategias llevadas a cabo con la incorporación de los profesionales de referencia en las diferentes unidades, que “dinamizaron”. Además coincide con que en la fase III, los profesionales ya habían finalizado el periodo de rotación por atención primaria, por lo que según han manifestado, les había ayudado a concienciarse más sobre la necesidad de la continuidad asistencial, contaban por lo tanto con más información, formación e intercambio de experiencias que habían tenido con sus compañeros de atención primaria durante este periodo de rotación.

Estaban más concienciados y previsiblemente animaban a sus compañeros para que hicieran los informes al alta del paciente, por otro lado del total de los 20 profesionales que habían rotado, 8 eran de unidades de hospitalización médica.

2. Procesos oncológicos, en la fase II es donde hay más casos recogidos, coincide con que en esta fase es en la única que hay “enfermera/o de referencia” ó “dinamizador”, pues por cambios en la plantilla del personal de enfermería, en la fase III no hay en la unidad, y en la fase I como ya se ha mencionado no se había creado esta figura.
3. Procesos oncoquirúrgicos, en la fase I hay 6,10 %, en la fase II 5,20 % y 5,50 % en la fase III, por lo que no se observan diferencias significativas. No obstante hay que decir, que el etiquetado de este proceso puede no ajustarse a la realidad; pues puede haber procesos que se han incluido como quirúrgicos y sean oncoquirúrgicos; pero con los datos recogidos no se pueden describir y etiquetar con total certeza en un proceso o en otro.
4. En cuanto al número de casos de procesos quirúrgicos recogidos disminuyen en las diferentes fases con respecto a la anterior. En la fase I se recogen 183; en la fase II 167; y en la fase III 112.

Esto podría ser contradictorio con respecto a lo que estamos observando; pero se debe, a que se ha recogido en total un número de casos similar en cada una de las fases; y ha aumentado significativamente el número de registros de procesos médicos, (hay mas casos recogidos en la fase III, que en las fases I y II) según se muestra en la tabla 20; por lo que al aumentar el número de casos de los procesos médicos, para hacer “el total” de los casos recogidos, han sido necesarios menos registros quirúrgicos. Además, en ningún momento se ha visto que en las unidades quirúrgicas disminuya el hábito de hacer el informe de enfermería al alta.

También hay que tener en cuenta, que en las unidades quirúrgicas había dos enfermeras/os “dinamizadores”, frente a los ocho que había en las unidades médicas.

La función de las enfermeras/os referentes, han influido positivamente a favor de la comunicación y coordinación durante este periodo.

Por lo que una estrategia importante a tener en cuenta es que en las unidades haya **profesionales de referencia**, con el fin de facilitar y promover la comunicación y la continuidad asistencial.

El hospital Infanta Leonor, ha tenido siempre presente la necesidad de la coordinación asistencial, por ello desde su apertura en Febrero de 2008, cuenta con una **Dirección Médica de Continuidad Asistencial**, con la finalidad de promover, facilitar y mejorar la coordinación entre ambos niveles asistenciales.

Mencionar, que en el hospital en Septiembre de 2009, la coordinación de enfermería de primaria y el hospital se centró en una supervisora. Entre otras competencias, lideraba las estrategias implantadas, así como la organización y seguimiento de las rotaciones de los profesionales; a la vez de la coordinación en cuanto a la continuidad de cuidados de las enfermeras de referencia de las diferentes unidades. Así mismo, era la responsable del envío de los registros a atención primaria y del seguimiento de los casos, haciendo de nexo de unión entre ambos niveles asistenciales.

En lo que se refiere a la necesidad de cuidados que presentan los pacientes al alta, se incrementa en las diferentes fases, según se muestra en la tabla 22 y se representa en la (figura 7), esto se puede deber, a que en la primera fase los pacientes se iban con menos necesidad de cuidados, al ser procesos menos complejos; ya que coincidió con la reciente apertura del hospital.

También se recoge en la tabla 22, que no todos los pacientes dados de alta y que según criterio de la enfermera del hospital necesitaban cuidados, acudieron a su enfermera; ya que de 454 casos que se estimó precisaban cuidados, solamente hay recogidos 254 que acudieron a su enfermera de atención primaria.

Esto se debe, según se ha recogido en el apartado de los resultados a varios motivos: al 3,5 % de los pacientes, les ha indicado su médico del hospital que vayan al hospital/centro de especialidades para hacer las cura; por lo que no acuden a su enfermera de atención primaria; el 3,6 %, han sido trasladados a otro hospital, y el 2,5 estaba en una residencia.

Siempre que sea posible, tras el alta hospitalaria, se debe hacer el seguimiento desde atención primaria de los pacientes, y muy especialmente en cuanto a pacientes crónicos, con curas/técnicas, con esto se facilitarían los desplazamientos del paciente, y disminuiría la sobrecarga de las consultas externas del hospital. Por lo que se deben concienciar los profesionales, para derivar a los pacientes para el seguimiento de cuidados y realización de técnicas a su equipo de atención primaria de referencia.

No obstante, la diferencia entre los pacientes en los que se ha detectado necesidad de cuidados al alta, y finalmente no han acudido a su enfermera de referencia, se debe también a que los cuidados que precisaban estaban dirigidos a educación para la salud, pequeñas curas,.....y no han visto realmente las conveniencia de dirigirse a su enfermera de atención primaria y/o el paciente ha tenido dudas de donde dirigirse.

Previsiblemente con la llamada de la enfermera desde atención primaria; se habrían podido captar y llevar la cabo continuidad de cuidados también de este grupo de pacientes. De hecho, en la tercera fase, es donde menos pacientes han dejado de ir a su enfermera de atención primaria para el seguimiento de sus cuidados (tabla 22).

Con ello, se pretende mejorar la accesibilidad de los servicios a los usuarios y crear una cultura de demanda totalmente justificada del paciente hacia el profesional de enfermería, para el seguimiento extrahospitalario; fomentando la captación y continuidad de cuidados, favoreciendo la prevención y la promoción de la salud, así como pudiendo evitar riesgos cardiovasculares originados por patologías crónicas y otros problemas asociados.

En cuanto a los cuidados, según se recoge en la tabla 22 representado en la (figura 7), del apartado de resultados, cabe destacar que en la primera fase hay más pacientes dependientes. Se debe, por un lado a que en las dos últimas fases, hay un incremento significativo de los casos en los que están recogidos como “más de dos cuidados asociados”; por lo que gran parte de los pacientes dependientes estarán incluidos dentro de este grupo; al tener a parte de la dependencia en los cuidados, otro cuidado adicional (curas, sondas,...).

Por otra parte, también puede deberse a la calidad en la elaboración e información que se refleja en los informes de continuidad de cuidados, así como a la precisión con la

que se han recogido los problemas del paciente. Lo mismo ocurre con los pacientes **crónicos**, ya que hay casos registrados y englobados como “más de dos cuidados asociados”. También hay que tener en cuenta, que en el informe de alta generalmente se registra el diagnóstico principal, y hay problemas de salud que a veces no están recogidos, al ser problemas secundarios en cuanto al motivo del ingreso.

Hay que mejorar la información y contenido que se recoge en el informe de continuidad de cuidados, para que sea útil tanto para el profesional que lo recibe como para el propio paciente, así mismo se debe facilitar en la medida en que sea posible la elaboración del mismo al profesional que lo emite.

Merece especial mención la opinión que tienen los pacientes sobre la llamada que se les ha hecho desde el hospital; según se muestra en la tabla 25 y se representa en el (gráfico 9), destacando que el **97 % de los pacientes han agradecido la llamada desde el hospital**; 314 pacientes (61,9 %) dicen que les parece muy bien, 180 (35,5 %) opinan que les parece bien, y 13 (2,6 %) dice que les resulta indiferente, pero ninguno de ellos ha expresado que les parezca mal o que les haya molestado.

Por lo que, una buena **estrategia** para intervenir sobre la calidad percibida de los pacientes, sería la **llamada desde el hospital** por parte de una enfermera. Con esta llamada se pueden aclarar dudas que muchas veces aparecen cuando llegan a su domicilio, con lo que puede disminuir la incertidumbre que surge tras el alta. Se ha visto que en muchas ocasiones, a pesar de haber explicado por parte del profesional del hospital las indicaciones/ pautas/ recomendaciones oportunas, el paciente al llegar a su domicilio tiene dudas y no ha entendido todo cuanto se le ha explicado en el hospital, o pueden surgir problemas a los que hay que dar solución.

Con esta llamada, a parte de darles tranquilidad y reforzar la información, mejora la **calidad percibida del paciente**. Es deseable que esta llamada esté a cargo de un profesional de enfermería, para favorecer la posibilidad de dar respuesta a las cuestiones que plantean los pacientes y sus cuidadores.

Es muy frecuente que los pacientes y familiares cuando se les da el alta, tienen cierta incertidumbre y miedo y hagan preguntas como: ¿Quién me va a curar? ¿Dónde puedo conseguir el material que necesito? ¿Como me voy a valer en casa? ¿Como voy a moverle? Si me surge alguna duda, ¿A quién le puedo preguntar?, si surge

algún problema ¿qué tengo que hacer ¿cuando tengo que volver al hospital? ¿Cuándo me harán las pruebas que tengo pendiente? ¿Cuándo tengo que venir a rehabilitación? ¿Si aparece alguna complicación adonde tengo que ir?

Debemos dar respuestas a estas preguntas que tan a menudo nos plantean los pacientes.

Para facilitar la respuesta a alguna de estas cuestiones, entre las mejoras que acaba de presentar el Servicio Andaluz de la Salud, en el mes de Abril de 2011, está la “**Guía sobre procedimientos de Continuidad de Cuidados y acto único**”⁽⁹⁴⁾ elaborado por profesionales del Hospital Universitario “Virgen de la Victoria” de Málaga. El fin es normalizar y estandarizar la sistemática en cuanto a la gestión de material hospitalario, recetas, material ortoprotésico, traslados en ambulancia, protocolo de continuidad de cuidados en pacientes con riesgo de desnutrición, así como el protocolo de acto único.

El protocolo de acto único, para recetas y pruebas diagnósticas, es la atención a determinados pacientes, que por su vulnerabilidad y fragilidad necesitan que le coordinen y atiendan sus consultas o pruebas diagnósticas en un solo día. Con ello se facilita la gestión administrativa de estos pacientes, adaptándose el hospital a las necesidades del ciudadano, mejorando la accesibilidad, gestionando el tiempo al cuidador y prestando una atención personalizada.

En esta Guía se presentan algoritmos y se definen de manera clara los pasos a seguir, así como los profesionales que intervienen en cada uno de los procedimientos, según la necesidad a la que se le tenga que dar respuesta. El objetivo, es facilitar la labor del profesional y del cuidador principal, así como favorecer la permanencia del paciente en su domicilio tras el alta hospitalaria.

Otras alternativas como ya se ha dicho con las que se están obteniendo muy buenos resultados y que deberían tenerse en cuenta, es el plan de mejora de la **atención a personas cuidadoras** en Andalucía, proporcionando una tarjeta a los cuidadores de pacientes que están en su domicilio, facilitándoles las tareas para que sean atendidos de manera preferente potenciando la ayuda en la atención domiciliaria y en los centros sanitarios, facilitando el acompañamiento de un familiar en el servicio de urgencias y durante la hospitalización⁽⁴⁰⁾.

Hay estudios, en los que se ha llevado a cabo el seguimiento telefónico por parte de un profesional de la salud del ámbito hospitalario, a los pacientes a los que se les da el alta y van a su domicilio. Los pacientes ven muy positivas las llamadas desde el hospital, disminuye la ansiedad y mejora el cumplimiento. Aunque no está claro si el seguimiento telefónico es efectivo para reducir otros problemas posteriores al alta. Muchos pacientes que regresan a su domicilio después del alta hospitalaria afrontan diversos problemas en las primeras semanas ⁽⁹⁵⁾.

En Andalucía, se está dando este servicio con muy buena acogida, tanto para los pacientes como para las familias ya que funciona también en fines de semana, que es cuando el paciente y familia tiene menos recursos a su alcance. El servicio conocido como **salud responde**; tiene entre otras la finalidad de la coordinación de apoyo a la enfermería comunitaria de enlace, seguimiento de altas hospitalarias durante los fines de semana de pacientes de especial riesgo; para averiguar como se encuentra el paciente en su domicilio tras el alta, y poder aclarar las dudas o problemas que le surjan. Es una intervención que está **resultando de gran utilidad** ⁽⁹⁶⁾.

El seguimiento telefónico iniciado por profesionales de la salud en el ámbito hospitalario, se considera una forma adecuada de intercambio de información, proporciona asesoramiento, manejo de síntomas, reconocimiento de complicaciones de forma temprana y dando apoyo a los pacientes y cuidadores después del alta ⁽⁹⁶⁾.

Otro aspecto importante, es la transmisión de la información. En este trabajo de investigación y con los datos recogidos, en cuanto al tiempo que transcurre desde que se da de alta el paciente hasta que llega la información a primaria, es uno de los aspectos más significativos en las diferentes fases de estudio; tabla 28 (figura 10). Así, en la primera fase en la que no se había utilizado ninguna estrategia, la mediana se sitúa en 9,5 días (RIC 1-14), por lo tanto ha servido de poco, pues el paciente que ha precisado cuidados ha acudido directamente a su médico o enfermera.

Sin embargo, en las fases II y III, en las que ya se han implantado las diferentes estrategias la mediana está en 2 días (RIC 1-4). Hay que tener en cuenta que el alta definitiva del paciente se produce generalmente por la tarde y no se pueden enviar/recibir los datos hasta el día siguiente por la mañana; por lo que transcurre al menos “un día”, sin que se puedan mejorar los tiempos hasta la recepción de los mismos. De igual manera no se envían, ni por lo tanto se recibe la información durante

los fines de semana ni festivos, lo que implica que se alarguen los tiempos.

Cuando el paciente recibe el alta del hospital antes de las 13 horas, el envío y recepción de los datos, se producen ese mismo día.

Es evidente que estos tiempos se mejorarían con programas informáticos compatibles, mostrando cada día las altas de los pacientes a tiempo real; para ello tiene que existir una implicación en la que el profesional de atención primaria busque esta información a diario para ponerse en contacto con el paciente. A día de hoy, ya es posible para los profesionales contar con esta opción informática.

En cuanto a la llamada telefónica de su enfermera de atención primaria, se ajustó un modelo de regresión logística para evaluar el impacto de las intervenciones de las llamadas realizadas por parte de la enfermera de atención primaria. En la fase III se incrementó el número de las llamadas 4,23 veces frente a la fase II, (OR 4,23, IC 95 % 2,16-8,30 $p < 0.001$) y de forma indeterminada frente a la fase I, ajustado por sexo, edad y patología de los pacientes entrevistados. Lo que supone un **32,3 % de incremento relativo del número de llamadas** de la fase III avs fase II.

En la primera fase ningún paciente ha recibido la llamada de su enfermera.

En la segunda fase hay recogidos 12 pacientes (5,2 %).

En la tercera fase 41 pacientes (18,9 %) han recibido la llamada de su enfermera desde atención primaria (figura 6).

Este resultado, responde por lo tanto a las estrategias que se han llevado cabo, no obstante las respuestas están por debajo de lo esperado (se esperaba y deseaba que el 30 % de los pacientes recibieran la llamada de teléfono desde atención primaria).

Esto se puede deber: a que la información no ha llegado a todos los profesionales; a que le grado de implicación está por debajo de lo esperado; no consideran necesario hacer esta llamada, falta de tiempo o que por diversos motivos, no han colaborado.

Es deseable que la enfermera de atención primaria llame a los pacientes que han recibido el alta hospitalaria.

Esta intervención favorece la calidad percibida, sirve para captar nuevos pacientes y hacer el seguimiento de sus cuidados; haciendo más accesible el servicio, muy especialmente de aquellos que tras su alta no saben muy bien donde dirigirse; con ello se potenciarían las medidas preventivas, fomentando la educación sanitaria, además de darse a conocer como “su enfermera referencia en atención primaria”, con todos los beneficios que esto aporta.

Hay que tener en cuenta, que la atención primaria precisa de proyección y coordinación para alcanzar la máxima accesibilidad; por lo que se deben articular todas las vías y los medios de comunicación disponibles para dar una respuesta a las actividades propias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación ⁽⁹⁷⁾.

Se debe por lo tanto potenciar la captación de pacientes en atención primaria, y es función de la enfermería **la promoción** y **la prevención**, muy especialmente entre la población joven, existiendo varios estudios en los que se muestra la efectividad de estas intervenciones realizadas sobre la modificación de estilos de vida para la disminución del riesgo cardiovascular ^(98,99,100).

Si es importante y necesaria la prevención en la población, no lo es menos el seguimiento según se ha comentado del paciente crónico, ya que en ocasiones después de un ingreso hospitalario se reintegra al paciente a su medio con problemas sin resolver, por lo que resulta necesario poner en funcionamiento nuevas fórmulas de atención y prestación de cuidados. Es necesario proporcionar conocimientos suficientes tanto al paciente como al cuidador principal sobre su enfermedad, tratamiento y cuidados al alta para que puedan participar en sus cuidados ^(101,102).

Un estudio reciente ⁽¹⁰³⁾ concluye tras consenso, con dos prioridades de investigación:

- La evaluación de la eficacia de intervenciones de enfermería.
- La promoción de la salud: desarrollo de estrategias para implicar al usuario en sus cuidados.

Es necesaria una mayor atención incorporando profesionales sociales, los **pacientes y sus cuidadores** al proceso asistencial y una mayor investigación sobre la efectividad de programas de planificación del alta hospitalaria. Un plan adaptado al paciente, puede producir pequeñas reducciones en la estancia hospitalaria ^(104,105).

6.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO TRAS LA ENTREVISTA DE LOS PROFESIONALES QUE HAN REALIZADO LA ROTACIÓN POR ATENCIÓN PRIMARIA

En cuanto a las entrevistas que se han llevado a cabo a los profesionales que han rotado por atención primaria, hay que considerar:

- Se ha entrevistado a los 20 profesionales que han llevado a cabo el periodo de rotación por atención primaria.
- El tiempo que se ha dedicado a cada una de las entrevistas ha estado comprendido entre 60 y 90 minutos.
- 19 de los 20 rotantes han elaborado un informe una vez finalizado el periodo de rotación.

Cabe destacar, que los profesionales que han rotado pertenecen a las diferentes unidades del hospital. El mayor número de los mismos estaban adscritos a unidades de hospitalización, (figura 11). No obstante incluimos todas las unidades desde donde se emitían informes, excepto de pediatría y obstetricia.

Todos los profesionales que en principio lo solicitaron rotaron por atención primaria, así mismo esta rotación se llevo a cado de manera voluntaria.

Todos tienen una opinión positiva sobre la rotación; teniendo en cuenta una escala de 0 a 10, la han valorado entre 7 y 10, siendo de **9** para el 40 % de los entrevistados.

En cuanto a la acogida por parte de los profesionales de atención primaria y equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD), destacar que ha sido muy bien valorada por los profesionales del hospital, calificando de **10** el 45 % de los entrevistados, y ninguno de ellos la valoró por debajo de 8.

Estos buenos resultados, son muy relevantes, pues los profesionales de primaria han colaborado de una manera significativa con sus compañeros del hospital. Por lo que se entiende y así lo han manifestado, que están comprometidos con la coordinación, a la vez que les han transmitido sus deseos de realizar sus rotaciones por el hospital.

De hecho en el momento de finalizar la recogida de datos de este estudio, ya se había iniciado la rotación de las enfermeras/os de atención primaria por el hospital.

Según opinión de los profesionales, el periodo de rotación debería ser de cinco días.

Para el 100 % de los entrevistados ha supuesto una oportunidad personal y laboral esta rotación, considerándola una buena estrategia para mejorar la continuidad asistencial.

Para todos los profesionales que han participado en la rotación, ha sido una experiencia muy positiva; que debería hacerse extensiva a otros profesionales; tanto del ámbito hospitalario como en el ámbito de atención primaria.

Al inicio del periodo de rotación existían dudas por parte de los profesionales de enfermería de atención primaria sobre la finalidad de las mismas. Esto se debía posiblemente a que no contaban con toda la información; sin embargo, participaron y facilitaron todo el apoyo y colaboraron de una manera muy positiva con sus compañeros del hospital.

Las estrategias que proponen los profesionales y que debería tener en cuenta la institución para la mejora en la continuidad de cuidados destacan:

- La enfermera gestora de casos y/o enfermera de referencia
- Jornadas, foros y encuentros
- La **formación** conjunta entre profesionales de los diferentes ámbitos; mejora la coordinación y puede ayudar a la aproximación entre ellos.

En cuanto a lo que pueden hacer los profesionales, para la mejora de la continuidad, destaca:

- La entrega del informe de continuidad de cuidados para un 85 % de los entrevistados.

- Sesiones informativas en las unidades dirigidas a sus compañeros con el objetivo de motivar e informar sobre las ventajas y la necesidad de fomentar la continuidad asistencial.
- Informar y animar a los pacientes a que acudan a su centro de atención primaria para el seguimiento de los cuidados.
- Proporcionar educación para la salud.
- Favorecer el autocuidado.
- Incluir al cuidador principal en el cuidado y asesoramiento sobre el proceso.

Como sugerencias que aportan destaca que:

- La rotación debe hacerse extensiva a más profesionales del hospital y a sus compañeros de atención primaria para que roten por el hospital.
- Consensuar los informes de continuidad de cuidados, con el fin de unificar criterios sobre la información que debe contener.
- Fomentar la comunicación directa entre profesionales, con el propósito de favorecer la **interrelación** y con ella el seguimiento de cuidados.

La comunicación directa entre profesionales sería de gran utilidad y una forma rápida y ágil ante la resolución de problemas y dudas que puedan surgir.

Después de este análisis cabe resaltar:

- Que la rotación de las enfermeras del hospital por atención primaria, ha sido muy bien valorado por todos los profesionales que han tenido esta oportunidad.
- Los profesionales de atención primaria y del equipo de soporte de atención domiciliaria, han colaborado de una manera óptima, para que esta rotación haya tenido tan buenos resultados.

- ✦ La rotación ideal sería de 5 días, de los cuales 3 estarían en los centros de salud y 2 días en el equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD).

La elaboración y entrega al paciente del informe de continuidad de cuidados, es esencial para la continuidad asistencial. Así lo han expresado el 85 % de los profesionales entrevistados.

El 93,8 % de los pacientes y cuidadores dicen que la enfermera les explicó los cuidados y aclaró las dudas, según se muestra en la tabla 25; esto no garantiza que el paciente haya asimilado y entendido toda la información, por lo que en su domicilio aparecen dudas y problemas sin resolver.

Hay que tener en cuenta, que es muy importante que además de la información escrita al paciente, hay que proporcionarle la información verbal en todo momento, pero muy especialmente en el momento en que se produce el alta hospitalaria.

No siempre se da esta información en la medida en que el paciente/cuidador lo necesita, a veces, se debe a que el profesional de enfermería es informado del alta con un tiempo muy limitado, por lo que tienen poco margen para poder explicar tanto los cuidados como las dudas que presenta el paciente.

Sería deseable, que se pudiera preveer el alta con tiempo suficiente, para organizar todo el proceso de una manera eficaz.

Hay estudios que así lo determinan, como el realizado en Calahorra ⁽²²⁾, en el que el 78.25 % de los profesionales de atención primaria y el 73.07 % de atención especializada opinan que es muy importante el informe de continuidad de cuidados. Igualmente las enfermeras hospitalarias consideran muy importante en un 65,38 % la emisión de un informe al ingreso del paciente desde atención primaria al hospital.

- ✦ La enfermera gestora de casos, como se muestra en la tabla 32 (figura 12) y según opinión de los profesionales, podría favorecer la continuidad de los cuidados, estrategia que solo puede llevar a cabo la empresa.
- ✦ No obstante con la creación de las enfermeras/os de referencia que “dinamizaron”, la continuidad en sus unidades, se ha visto que han favorecido

la coordinación, así como ha influido en la mejora de las relaciones entre los profesionales de los diferentes ámbitos.

- La formación conjunta entre profesionales de los diferentes ámbitos, ayudaría a conocerse mutuamente, ampliar conocimientos y en la mejora de la coordinación.
- La información directa entre profesionales, y reuniones en las unidades, también es otro aspecto de mejora que puede influir favorablemente.
- Se debe ampliar la rotación tanto a los profesionales de atención primaria por el hospital, como a otros profesionales del hospital para que roten por atención primaria.
- Destacar, la magnífica acogida de los profesionales del hospital por sus compañeros de atención primaria y equipo de soporte de atención domiciliaria estableciendo vínculos que influyen de manera positiva en la coordinación.

Como limitaciones del trabajo hay que considerar, que los resultados dependen tanto de la información que se transmita por parte de los responsables sobre las intervenciones/estrategias que se van a llevar a cabo, como del grado de implicación de los profesionales de enfermería tanto de primaria como del hospital. Así como la información que se registra en los informes de enfermería al alta.

Una limitación importante a tener en cuenta, es que el investigador principal no tenía la posibilidad de “llegar” directamente a los profesionales de atención primaria. Tanto para involucrar, como para informar y transmitir las diferentes estrategias que se estaban llevando a cabo; ya que en ese momento estaba adscrita al hospital Infanta Leonor. Tampoco podía hacer un seguimiento del desarrollo de las mismas en el ámbito de atención primaria.

6.4 ENFERMERA GESTORA DE CASOS: UNA BUENA ALTERNATIVA

La enfermera gestora de casos, es una buena oportunidad para el desarrollo de la profesión enfermera, aparte de los beneficios que aporta tanto al paciente como a su familia.

- Permite una atención personalizada al paciente y cuidador.
- Con intervenciones propias y directas.
- Centradas en pacientes con gran nivel y complejidad de cuidados.
- Coordinan cuidados con otros profesionales para llevar a cabo el plan asistencial durante la “estancia hospitalaria”.
- Planificación conjunta con la enfermera responsable del cuidado del paciente.
- Planifica en situaciones de dependencia y procesos crónicos.

Es el referente para el paciente en relación a su cuidado, plan de tratamiento y entre el equipo asistencial y el equipo multidisciplinar, establecen mecanismos de mejora continua con relación al proceso asistencial ⁽⁸⁰⁾.

Por lo tanto, no debe cuestionarse la creación de esta figura, ya que se centra en el paciente de manera individualizada, planificando y coordinando la globalidad de los cuidados que precisa, mejorando el nivel de calidad, disminuyendo por lo tanto costes derivados del cuidado fragmentado.

Marco de trabajo

El servicio prestado por las enfermeras gestoras de casos debe acogerse a los siguientes aspectos ^(6,56):

- Se debe tener en cuenta las expectativas del paciente y cuidador, con el fin de trabajar en la mejora continua.
- Recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios.
- Movilizar los recursos necesarios.
- Facilitar la accesibilidad a pacientes y cuidadores minimizando barreras.

- Personalizar el servicio.
- Las enfermeras han de procurar un entorno donde prevalezca la intimidad, el confort de los pacientes y sus familias, estableciendo una relación de confianza y comunicación efectiva.
- Atención integral de los usuarios, interviniendo tantos profesionales como sean necesarios.
- Coordinarse con otras redes sociales tanto formales como informales.
- El domicilio es el entorno de referencia del paciente. El hospital por lo tanto es un ámbito temporal de administración de cuidados.
- Eslabón entre la atención especializada y la atención primaria.
- Apoyo al cuidado domiciliario, con el material y medidas que faciliten la transición y adaptación del paciente a su medio.

6.4.1 Rol de la enfermera gestora de casos

La enfermera gestora de casos, facilita la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única y más eficiente para la atención integral de la salud de la población y de sus cuidadores antes del alta hospitalaria y con la mira puesta en el retorno domiciliario ^(6,56).

En la figura de la enfermera gestora de casos se garantiza un referente para la continuidad de cuidados en cada nivel asistencial:

1. Enfermera gestora de casos en el Hospital
2. Enfermera gestora de casos en Atención Primaria

En el hospital, las enfermeras gestoras de casos ^(6,106) procuran la continuidad como un proceso de anticipación a las necesidades que el paciente tendrá después del alta, priorizando actuaciones en los grupos más vulnerables.

Misión.- Las enfermeras gestoras de casos o enfermeras de enlace, deben trabajar con el fin de encontrar el equilibrio entre las necesidades de los pacientes y las del sistema. Ayudan al paciente y familia a recorrer el sistema de salud con eficiencia, minimizando elementos de fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia que se presta al usuario promoviendo la independencia y el autocuidado. Se debe fomentar la toma de decisiones conjunta entre el paciente y el profesional o equipo multidisciplinar ⁽⁶⁾.

Funciones.- La enfermera vela porque el paciente/familia alcance los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizando los recursos necesarios; facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios para el logro de los mejores resultados. Ofrece un entorno centrado en la persona, no en la enfermedad, promueve la autonomía como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantiza el máximo bienestar y minimiza el sufrimiento de pacientes y familiares, asegurando la continuidad de la atención ⁽⁶⁾.

- Actuar ante grupos de pacientes y familias especialmente vulnerables.
- Fundamentar sus actuaciones en Planes de Cuidados normalizados (vías clínicas, mapas de cuidados...) y procesos asistenciales integrados.
- Gestionar los recursos, así como coordinar los distintos servicios y profesionales, a favor del paciente durante toda su estancia hospitalaria y su transferencia al alta.

Para Carmen Ferrer ⁽⁶⁰⁾, la gestión de casos requiere que el profesional que asume esta función debe presentar un perfil que responda a: la toma de decisiones asistenciales con criterio clínico y autonomía, minimizando la fragmentación de la atención, fomentando la coordinación, evalúa sus resultados e investiga en su ámbito de competencias, conociendo los recursos de la comunidad y gestiona la utilización de los mismos.

6.4.2 Competencias de la enfermera gestora de casos en el hospital

➤ Intervenciones y actividades ^(6,106)

1. Identificar los pacientes candidatos a necesitar continuidad de cuidados

- Captación directa de pacientes, según la población diana, que cumplan los criterios de inclusión. Para ello la enfermera gestora de casos realizará un circuito diario por las unidades susceptibles de tener pacientes vulnerables, donde comprobará los ingresos, estancias prolongadas, reingresos, ...
- Captación por derivación de profesionales del hospital (enfermeras de las unidades, supervisora, médicos, trabajadoras sociales).
- Captación por derivación de profesionales de atención primaria al hospital:
 - Mediante informe de derivación.
 - Teléfono.

2. Mejorar la homogenización de la practica enfermera en la continuidad interniveles

- Participar en actividades de formación conjunta con los profesionales de atención primaria y el hospital.
- Colaboración en la elaboración de sesiones específicas.
- Participar en sesiones clínicas.
- Colaborar en la revisión de protocolos, planes de cuidados, guías clínicas.
- Participar en el desarrollo de investigación y publicaciones.
- Coordinación con las enfermeras de salud mental, atención primaria, atención especializada para la puesta en marcha de programas de enlace y asesoramiento.

3. Facilitar la continuidad asistencial al alta del paciente, procurando un paso hacia el domicilio sin barreras y evitando la fragmentación de cuidados

- Colaborara con la enfermera responsable del paciente en la valoración integral del paciente y cuidadora.
- Colabora si es necesario en la elaboración del informe al alta.
- Identifica y colabora en la detección de las necesidades al alta.
- Coordinar la actuación y planificación del alta con médicos y enfermeras responsables del paciente, así como de otros profesionales, (trabajadores sociales, fisioterapeutas,...).
- Informar al paciente y familia.
- Contactar con la enfermera de atención primaria (y otros profesionales si fuera necesario).
- Promover una visita domiciliaria conjunta con la enfermera de atención primaria y/o enfermera gestora de casos de atención primaria.
- Facilita la gestión de ayudas técnicas y recursos previstos desde el hospital para uso en el domicilio (oxigenoterapia, nutrición enteral, material ortoprotésico,...).
- Gestión de citas.
- Ofertar servicios de apoyo a la cuidadora principal.
- Hará registro de los informes que corresponden a pacientes derivados.

4. Evaluar la calidad percibida por el paciente/cuidador después del Alta hospitalaria

- Llamar al paciente a su domicilio, detectando necesidades que estén sin cubrir, aclarando dudas, mejorando la calidad percibida del paciente y cuidador.
- Se facilitará la posibilidad de que el paciente llame a la enfermera gestora de casos para resolver dudas o problemas.

5. Seguimiento de pacientes

- Seguimiento de la frecuentación de urgencias, cuantificando el número de asistencias del paciente a urgencias del hospital.

- Seguimiento de los reingresos, si diera lugar, cuantificando el número de pacientes a los que se ha desarrollado la gestión de casos.
- Analizar y cuantificar el número de informes de enfermería que se deriva a atención primaria, en los que sea necesaria la coordinación de cuidados.

Cartera de servicios

Los pacientes que precisan cuidados en el momento del alta estarán incluidos dentro de la población diana; es por lo tanto en ellos, donde es necesario intensificar las medidas de coordinación.

En el hospital se compone de todas aquellas personas ingresadas que por la complejidad de su estado de salud, requieran la coordinación entre diferentes profesionales/servicios, movilización de recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada ⁽⁶⁾.

✦ Pacientes con los siguientes procesos asistenciales ⁽⁶⁻⁸⁶⁾

- Pacientes de cuidados paliativos
- Pacientes oncológicos
- Con pluripatologías
- Pacientes VIH
- Fractura de cadera en el anciano
- Demencias
- Accidente cerebrovascular
- EPOC con oxigenoterapia en domicilio

✦ Pacientes con gran necesidad de cuidados

- Pacientes con deterioro cognitivo
- Con deterioro funcional
- Ancianos frágiles
- Pacientes crónicos con descompensaciones frecuentes
- Especialmente aquellos con hospitalizaciones reiteradas
- Pacientes con heridas crónicas y ostomías

- ✦ Pacientes que requieren para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio
- ✦ Pacientes que requieran material ortoprotésico
- ✦ Paciente pediátrico que precise cuidados en el momento del alta
- ✦ Cuidadores familiares de los anteriores

6.4.3 Competencias de la enfermera gestora de casos en atención primaria

✦ Intervenciones y actividades ⁽⁵⁶⁾

1. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionadas con la salud

- Personalización del servicio. Los usuarios tendrán asignada una enfermera responsable durante todo el proceso.
- Captación activa de pacientes y cuidadoras según la población diana, junto con otros miembros y profesionales.
- La enfermera gestora de casos será el referente de supervisoras, enfermeras de los pacientes que queden incluidos en el programa. No obstante, serán las enfermeras responsables del cuidado del paciente tanto de atención primaria como de atención especializadas, las que se comuniquen entre sí, con el fin de hacer el seguimiento de los cuidados del paciente.
- Procurar que el servicio llegue a todo aquel que lo necesita.
- Promover encuentros con todos los implicados para favorecer la mejora de las relaciones de los profesionales del sector sanitario y las redes de apoyo (asociaciones de vecinos, instituciones religiosas, ONGs).
- Mantener actualizado un registro de las personas susceptibles de este servicio.

2. Mejorar la homogenización de la práctica enfermera en la continuidad interniveles

- Participar en actividades de formación conjunta con los profesionales de atención primaria y del hospital.
- Colaboración en la elaboración de sesiones específicas.
- Participar en sesiones clínicas.
- Colaborar en la revisión de protocolos, planes de cuidados, guías clínicas.
- Participar en el desarrollo de investigación y publicaciones.
- Coordinación con las enfermeras de salud mental, atención primaria, atención especializada para la puesta en marcha de programas de enlace y asesoramiento.

3. Impulsar la atención integral

- Valoración integral.
- Elaborar intervenciones junto con la enfermera de atención primaria tanto del paciente como de la familia.
- Puesta en marcha del plan y del seguimiento en su domicilio; siendo responsabilidad de la enfermera de atención primaria.
- La reevaluación por parte de la enfermera gestora de casos se realizará a demanda de los profesionales de referencia del paciente.
- Establecer medidas de coordinación con servicios como: fisioterapia y rehabilitación; permitiendo siempre que sea posible una mayor agilidad y mejor tiempo de respuesta.
- Informar al paciente y familia.
- Contactar con la enfermera de atención especializada (y otros profesionales si fuera necesario).
- El domicilio será el lugar donde se lleven a cabo los cuidados. Desplazando el lugar de trabajo de la enfermera desde el centro al domicilio del paciente, viendo el entorno familiar y estructural del paciente y cuidadora.
- Promover una visita domiciliaria conjunta con la enfermera gestora de casos de atención especializada.

- Facilita la gestión de ayudas técnicas y recursos previstos desde el hospital para uso en el domicilio (oxigenoterapia, nutrición enteral,...).

4. Evaluar la calidad percibida por el paciente/cuidador después del Alta hospitalaria

- Llamará al paciente a su domicilio, detectando necesidades que estén sin cubrir, con el propósito de poder aclarar dudas, mejorar la calidad percibida del paciente /cuidador.
- Se facilitará la posibilidad de que el paciente llame a la enfermera gestora de casos para resolver dudas o problemas.
- Buscará información sobre la opinión de los usuarios (pacientes y cuidadores), para una mejora continua.
- Expectativas de los pacientes mediante estudios de investigación.

5. Seguimiento de pacientes

- Registro de datos valorados medidos y observados.
- Seguimiento de frecuentación de urgencias si diera lugar, cuantificando el número de asistencia en urgencias del hospital.
- Seguimiento de reingresos, cuantificando número de pacientes a los que se ha desarrollado la gestión de casos.

6. Captación de las cuidadoras principales

- La cuidadora principal quedará incluida dentro de la cartera de servicios.
- Organizar y ofertar junto a otros profesionales talleres sobre cuidados y recursos a los cuidadores principales, así como apoyo emocional.
- Se relacionará con la trabajadora social con el fin de identificar personas que puedan ayudar a la cuidadora.

Cartera de servicios

La población diana en atención primaria serán las personas que vayan a precisar cuidados en su domicilio, que por su problema de salud se necesite la puesta en marcha de elementos de coordinación con otros profesionales, para dar respuesta a las necesidades de cuidados de los pacientes y a las de sus cuidadores.

Se deben por lo tanto identificar una serie de grupos de pacientes vulnerables a los se va a dirigir la asistencia por parte de los profesionales enfermeros.

Los beneficiarios de este servicio son diversos; entre los que se pueden destacar los siguientes grupos de población ⁽⁵⁶⁾:

- Personas con procesos crónicos:
 - Patologías cardiovasculares
 - EPOC
 - Neurológico
 - Deterioro cognitivo y funcional
 - trastorno mental severo

- Pacientes con pluripatologías

- Pacientes VIH

- Personas oncológicas o en situación terminal y con necesidad de cuidados paliativos en su domicilio y material ortoprotésico

- Cuidadores

- Pacientes con dificultades para acudir al centro de salud y con necesidad de cuidados, que presenten alguno de los siguientes problemas:
 - Deterioro de la movilidad física
 - Pacientes con heridas crónicas o quirúrgicas
 - Dolor agudo o crónico

- ✦ Pacientes que requieren para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio
- ✦ Paciente pediátrico que precise cuidados en el momento del alta

Evaluación

Se deben considerar tanto los indicadores del proceso; como los indicadores de resultados, dirigiendo los servicios en base a la adecuación de los resultados.

6.4.4 Descripción del puesto de trabajo

1. DESCRIPCIÓN DEL PUESTO

Enfermera Gestora de Casos

2. REQUISITOS MINIMOS:

- Estar en posesión del título de Diplomado/Grado en Enfermería
- Preferentemente haber prestado servicios en el Hospital/Atención Primaria donde se crea el puesto
- Poseer experiencia previa como mínimo durante 5 años en Hospital/Atención Primaria

3. RELACIÓN JERÁRQUICA

- Dirección de Enfermería/Dirección de Continuidad Asistencial

4. FUNCIONES GENERALES Y ESPECIFICAS DEL PUESTO

- Garantizar la captación de la población diana
- Potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria/atención primaria y en el domicilio en atención primaria
- Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria
- Mejorar la homogeneización de la practica enfermera en la continuidad de cuidados
- Colaboración en la elaboración de sesiones conjuntas específicas sobre la organización de los cuidados basados en la personalización y continuidad de cuidados
- Facilitar la gestión de recursos y ayudas técnicas

5. PERFIL DE COMPETENCIAS

- **Orientación al cliente.**- Deseo de ayudar o servir a los demás, identificando sus necesidades y después satisfacerlas.
- **Sensibilidad interpersonal.**- Capacidad para escuchar adecuadamente, para comprender y responder a pensamientos, sentimientos o intereses de los demás.
- **Trabajo en equipo y cooperación.**- Capacidad de trabajar y hacer que los demás trabajen, fomentando la colaboración.
- **Flexibilidad.**- Habilidad de adaptarse y trabajar eficazmente en distintas situaciones; con personas o grupos diversos.
- **Liderazgo.**- Capacidad de desempeñar el rol de líder dentro de un grupo o equipo. Implica el deseo de guiar a los demás.
- **Impacto e influencia.**- Deseo de producir un impacto o efecto determinado sobre los demás, convencerlos e influir sobre ellos con el fin de que sigan un plan de acción y contribuyan a alcanzar los objetivos propios.
- **Iniciativa.**- Predisposición para emprender acciones, mejorar resultados o crear oportunidades.
- **Autocontrol.**- Capacidad de mantener el control de uno mismo en situaciones estresantes o que provoquen fuertes emociones.
- **Identificación con la compañía.**- Capacidad y voluntad de orientar los propios intereses y comportamientos hacia las necesidades, prioridades y objetivos de la institución.
- **Preocupación por el orden y la calidad.**- Preocupación continúa para reducir la incertidumbre del medio que nos rodea. El seguimiento y la revisión del trabajo y la información y en la insistencia en la claridad de los roles y funciones asignadas.
- **Búsqueda de información.**- Inquietud y curiosidad constante por saber más sobre cosas, hechos o personas.

6.5 PROPUESTA DE ESTRATEGIAS FACILITADORAS PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Después de llevar a cabo este trabajo de investigación, se proponen varias estrategias, que previsiblemente favorecerán la continuidad de cuidados entre ambos niveles asistenciales:

- Enfermera gestora de casos o enfermera de enlace, en pacientes con gran necesidad de cuidados según población diana descrita.
- Comunicación directa entre los profesionales, existiendo enfermera/o de referencia en cada una de las unidades/equipos.
- Rotación/intercambio de los profesionales entre diferentes ámbitos.
- Llamar al paciente desde el hospital tras el alta hospitalaria y mediante un sistema similar al de la Comunidad Andaluza, *Salud responde*⁽⁹⁶⁾.
- Llamada de la enfermera de referencia de atención primaria al paciente/cuidador para continuidad de los cuidados.
- Entrega del informe de enfermería al alta y siempre que sea posible al ingreso, procurando que llegue la información a la enfermera de referencia en el menor tiempo posible; mediante herramienta informática compatible o sistema que agilice el tiempo en el envío y la recepción.
- Consensuar la información que debe contener el informe de continuidad de cuidados, con el fin de que sea útil para los profesionales de atención primaria.
- Implicación de los profesionales y de la dirección.
- En la toma de decisiones sobre las estrategias a seguir, se debe contar con los profesionales de los distintos ámbitos.
- Formación conjunta, mediante cursos, encuentros, foros y jornadas, donde haya intercambio de conocimientos; puestas en común sobre necesidades y aportaciones para favorecer la continuidad de cuidados.
- Fomentar desde el hospital la Educación para la Salud, la promoción del autocuidado; haciendo participe tanto al paciente como al cuidador principal.



Figura 13. Red de los factores que influyen en la continuidad de cuidados

Son muchos los factores que intervienen en la continuidad de cuidados según se refleja en la (figura 13).

Los buenos resultados que se pueden obtener con la creación de la figura de enfermera gestora de casos, en cuanto a la calidad y mejora en la continuidad asistencial, están demostrados.

Si bien, **es necesaria en atención primaria**; en el hospital se podrían hacer diferencias; así, en hospitales grandes, y que son referentes en la comunidad, debería existir esta figura, asumiendo la coordinación. En el resto, según la cartera de servicios y los

procesos que se traten, podría, bien existir esta figura ó la gestión de casos podría recaer según se ha expuesto sobre los profesionales de referencia de las diferentes unidades “dinamizadores”, proporcionando cuidados y asumiendo junto a los supervisores la coordinación.

De hecho, se ha podido mostrar, que si tenemos profesionales referentes coordinando la continuidad de cuidados, se mejora tanto la calidad percibida por parte de los pacientes y sus cuidadores, como en cuanto a la información que se transmite entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales.

Para mejorar la continuidad de cuidados bidireccional, es necesario el establecimiento de un sistema de comunicación eficaz. Hay que resaltar, que la *comunicación*, es el verdadero y más importante instrumento de interrelación. La herramienta informática es importante como avance en la comunicación; pero no se debe obviar en ningún momento la comunicación directa entre los profesionales con el propósito de transmitir información sobre sus pacientes.

La adecuada comunicación interniveles garantiza una atención integral y continua sin interrupción al paciente y cuidadora, además mejora la percepción que el paciente tiene a la llegada a su domicilio tras el alta hospitalaria y favorece que el nivel de satisfacción del cuidador/a con la atención recibida sea alto.

La interrelación profesional resulta imprescindible para conseguir la continuidad de cuidados.

No hay que olvidarse del cuidador principal o cuidador informal, ya que interviene y participa en muchas ocasiones junto al enfermo para llevar a cabo los cuidados. Por lo que hay que incluirlo en el proceso asistencial, proporcionando acciones de asesoramiento e información para el apoyo y cuidados que el paciente precisará en su domicilio tras el alta.

Se deben aprovechar los momentos en que el paciente está ingresado para reforzar esta información y hacerles partícipes de sus cuidados, con el objetivo de que cuando se le de el alta hospitalaria y el paciente llegue a su domicilio puedan colaborar y llevarlos a cabo.

Es frecuente en el hospital, encontrarnos con profesionales que cuando van a realizar cuidados a los pacientes, no permiten que el familiar/cuidador permanezca junto al paciente; y a la vez, se pretende que cuando llegue a su domicilio lleve a cabo ciertos cuidados; por lo que si no se le asesora, difícilmente va a poder contribuir en los mismos.

Los cuidadores informales precisan de un apoyo, asesoramiento y atención especial, con el fin de facilitarles su función.

La normalización y homogeneización de los informes de enfermería al alta, así como de protocolos, guías de práctica clínicas, es un objetivo a tener en cuenta para poder unificar criterios de actuación y proporcionar en el caso del informe de enfermería al alta, información que sea de utilidad tanto para el profesional, como para el paciente y su cuidador.

Las rotaciones entre los profesionales, es otro de los aspectos a tener en cuenta, con el fin de favorecer el conocimiento mutuo y reciclarse en cuanto a técnicas y conocimiento de los diferentes ámbitos de actuación. Estas rotaciones podrían hacerse en tiempo y contenido según se ha expuesto en este trabajo.

La propuesta ideal para la rotación según han manifestado los profesionales del hospital, es de cinco días, tres en atención primaria y dos días en el equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD).

En lo que se refiere a la calidad percibida por los usuarios, es un punto de mira que no debemos olvidar. La llamada tras el alta desde el hospital, va a influir de una manera muy positiva en el paciente/cuidador, por lo que se debe considerar con el fin de mejorar la calidad percibida del paciente. Favorece la información, se pueden aclarar dudas o problemas que le surgen a él y a su cuidador una vez en el domicilio.

Una estrategia a tener en cuenta podría ser que esta llamada se diera como una atención personalizada de todos los pacientes, como intervención facilitadora de la continuidad y servicio a los pacientes del Servicio Madrileño de la Salud.

De igual manera, la llamada de la enfermera desde atención primaria, con el objetivo de averiguar las necesidades que estén sin cubrir tanto del paciente como de su

cuidador, captar nuevos usuarios candidatos a recibir atención; especialmente en aquellos que precisan educación para la salud, prevención y promoción de los autocuidados.

La enfermera tiene una función clave, en cuanto a los pacientes con patologías crónicas: hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, pacientes anticoagulados. Estos pacientes suponen un porcentaje de casos importante originando por lo tanto un incremento del gasto sanitario, por lo que hay que seguir investigando para buscar alternativas para conseguir óptimos resultados de eficiencia en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

Los pacientes y con ellos su cuidador deben cambiar de papel en el proceso de su enfermedad. Hay que empezar a verles y hacerles participes junto a los profesionales como colaboradores en su propio cuidado; para ello, hay que asesorarles, informarles y formarles con el fin de facilitarles este nuevo rol.

En atención primaria, actualmente las enfermeras están haciendo seguimiento de pacientes crónicos, pero dentro de este escenario se deben incluir nuevos pacientes, con el propósito de intervenir sobre riesgos que con un correcto asesoramiento se pueden minimizar, pudiendo repercutir favorablemente en la salud de los usuarios.

Por lo tanto, la continuidad de cuidados es necesaria y aunque pueda parecer un objetivo difícil de alcanzar como decía *GANIVET* ⁽¹⁰⁷⁾: *“No hay que desistir de nada, sino que hay que empezar inmediatamente a hacer lo que quiera que sea como si fuese una obra muy larga.*

CONCLUSIONES

7 CONCLUSIONES

1. La mejora de la coordinación entre los dos niveles asistenciales, así como consensuar las estrategias que se van a llevar a cabo, favorece la continuidad asistencial.
2. En la toma de decisiones sobre las estrategias a seguir, deben estar de acuerdo y participar tanto las direcciones como los profesionales de los diferentes ámbitos.
3. Las rotaciones han favorecido las relaciones entre los profesionales de ambos niveles, estableciendo nexos de unión para el mejor entendimiento y conocimiento mutuo. Esto se vería reforzado si rotaran más profesionales del hospital por atención primaria y si los profesionales de atención primaria rotaran por el hospital.
4. El paciente y su cuidador, están satisfechos o muy satisfechos con los cuidados recibidos en el hospital; y se mejora la calidad percibida tras el alta al favorecer la coordinación y comunicación interniveles.
5. En cuanto a la calidad percibida por parte del usuario, se puede concluir que el paciente agradece la llamada *desde el hospital* tras el alta. Por lo que, una mejora sería incluir este seguimiento con el propósito de detectar problemas o dudas pendientes de resolver.
6. Los pacientes y familias, valoran de una manera muy positiva la llamada de su *enfermera de atención primaria*, por lo que habría que introducirla también como una buena estrategia.
7. En la fase III, y gracias a las intervenciones llevadas a cabo se incrementó el número de llamadas al paciente por parte de la enfermera de atención primaria 4,23 veces frente a la fase II, lo que supone un **32,3 %** de incremento relativo del número de llamadas.

8. La enfermera de referencia o responsable de transmitir la información tiene gran protagonismo; pero se facilitaría con el apoyo de un sistema informático compatible para ambos niveles asistenciales.
9. La información debe ser bidireccional, tanto al alta del paciente como al ingreso en el hospital.
10. Las sesiones formativas, encuentros y jornadas conjuntas de profesionales entre ambos niveles asistenciales, son de interés para favorecer el conocimiento, la coordinación relacional y la continuidad asistencial.
11. Los profesionales de referencia junto a la comunicación directa interprofesional, benefician tanto al paciente/cuidador como al profesional y contribuyen de una manera muy relevante en la mejora de la coordinación asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Comunidad Autónoma de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Plan de mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Madrid: La Consejería; 2009.
2. Torres A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales. Rev Cal Asist. 2001;16:232-233.
3. Martínez JR. Interrelación profesional y continuidad de los cuidados. Unirioja. Rev Cultura de los cuidados. 2000; 7-8:166-171.
4. Morales JM, Torres L, Perol J, Mancera F, Alguacil S, Carballeda E. Continuidad en la prestación de cuidados en unidades de Cuidados Críticos de Atención Especializada. Tempus Vitalis. Rev Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico. 2004;4(3) :59-70.
5. Aragón R, Mediavilla ME, Delgado E, González MP, Pérez J, Ballesteros AM, et al. ¿Es efectiva la continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada? León: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad; 2009
6. Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud. Manual de gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en el hospital.[Internet]. Sevilla: La Junta; 2006 [consultado Junio 2010] Disponible en: www.juntadeandalucia.es/Manual_gestión_de_casos_en_el_hospital.
7. Debus RF, West JA, Houston Miller N, Taylor CB. Chronic disease management. Arch Intern Med. 1999;159:2739-42.
8. Pearson ML, WU S, Shaefer J, Bonomi AE, Shortell SM, Mendel PJ, et al. Assessing the implementation of the chronic care model in quality improvement collaboratives. Health Serv Res. 2005; 40(4):978-96.
9. Hroszkoski MC, Solberg LI, Sperl-Hillen JM, Harper PG, McGrail MP, Crabtree BF. Challenges of change: a qualitative study of chronic care model implementation. Ann Fam Med. 2006; 4(4):317-26.
10. Russell G, Thille P, Hogg W, Lemelin J. Beyond fighting fires and chasing tails? Chronic illness care plans in Ontario, Canada. Ann Fam Med. 2008; 6(2):46-53.
11. Escarrabill J. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): visión global y continuidad de cuidados. An Med Interna. 2003; 20(7):337-339.

12. Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva clínica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76(5):423-436.
13. Bengoa R, Nuño R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
14. Ovretveit J, Staines A. Sustained Improvement. Findings from an independent case study of the jonkoping improvement program. *Qual Manag Health Care*. 2007 Jan-Mar; 16(1):68-83.
15. Orruño E, La Puente JL, Gutiérrez A, Asus J. Análisis de la introducción de la Telemedicina en la gestión-coordinación de atención primaria-especializada. Bilbao: Servicio de Evaluación e Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2006.
16. Márquez Alonso A. Informe de enfermería al alta hospitalaria: herramienta imprescindible para garantizar la continuidad asistencial. *Hygia*. 2006;64: 49-56.
17. Fernández MC. Continuidad de cuidados: El informe de alta de enfermería en una unidad de salud mental. *Medwewer*. 2003; 3(8):1-3.
18. Sierra C, Sayas V, Famoso MJ, Muñoz A, Peiro A, Almela, M, et al. Continuidad de cuidados: alta de enfermería. *Enferm Cardiol*. 2007;41:35-40.
19. John A, Sandford J, Tyndall J. Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 2. Oxford: Upadote Software Ltd.
20. Kripalani S, Lefevre F, Philips C, Williams M, Basaviah P. Déficit en la comunicación y la transferencia de información entre el hospital base y los médicos de atención primaria. *JAMA*. 2007;297:831-841.
21. Shepperd S, McClaran J, Phillips C, Lannin L, McCluskey A, Cameron I, et al. Planificación del alta del hospital al domicilio (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, 2010. Número 1. Oxford: Upadote Software Ltd.
22. Ubé Pérez JM, Urzanqui Rodríguez M, Rodríguez Herce C, Blasco Ros M, Ascarza Rubio S, Musitu Pés V. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. *Nure investigación*. 2006; 24:1-23.
23. Dasi MJ, Rojo E. Continuidad de los cuidados de enfermería: necesidad de coordinación entre niveles. *BISEDEN*. 2000; 10:27-33.
24. Navarro JM, Haro S de, Orgiler PE. Evaluación del informe de enfermería de alta de la unidad de cuidados intensivos como instrumento para garantizar la continuidad asistencial. *Enferm Clín*. 2004;4(2): 61-69.

25. Vidal Martín C, Cifuentes Mora E, Aranda C, Alcazar de Lares-Franco J. Informe de enfermería al alta. *Enferm Clín.* 1999;9(2);49-53.
26. Sánchez Gómez MB, Duarte Climents G. Continuidad de cuidados de enfermería: requisitos, instrumentos y barreras. Madrid: DAE; 2006.(Serie cuidados avanzados). 737-790.
27. II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar CIMF/WONCA organizada por la confederación IBA de medicina familiar. [Internet]. 2005.[citado 2010 Noviembre 17] Disponible en: www.cimfweb.org/site/det_articulo.asp?broiscms.
28. Salisbury C, Sampson F, Ridd M, Montgomery A. Impacto de pequeños cambios organizativos sobre la continuidad asistencial en atención primaria. *Rev Gest Clin San.* 2010;12(3):83.
29. Johri M, Beland F, Bergmen H. La integración de los servicios sanitarios y sociales mejora la atención a los ancianos. *Rev Gest Clin San.* 2004;6 (2):52.
30. Ortún V. Sabemos mejorar la continuidad asistencial y el funcionamiento del sistema sanitario. *Rev Gest Clin San.* 2008;10(2):48
31. Rodríguez MA, Hernández H, Alberca JR, Ferrer C, González FJ, Cuevas C, et al. Enfermería en atención primaria. Madrid: Instituto Madrileño de la Salud; 2003
32. Bengoa R, Martos F, Nuño R, Kreindler S, Novak T, Pinilla R. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging."Modelos de Gestión". OPIMEC.[Internet]. 2011. [citado 2011 Marzo 14].Disponible en: www.opimec.org/equipos/modelos-de...la.../995/
33. Gala B, Romeo S, Pérez RM. La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia. *Index Enferm.* 2006;15(54):7-9.
34. Aranaz JM, Buil JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clin (Barc).* 1996;106:182-184.
35. Comunidad Autónoma de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo. Plan Vallecas. Plan integral de mejora de la Salud pública en Vallecas.[Internet]. 2006. [consultado Septiembre 2010]. Disponible en: www.madrid.org/..planvallecas/.../documentos.htm.
36. Madrid. Ayuntamiento de Madrid. Demografía y población. [Internet].2011. [consultado en Febrero 2011]. Disponible en: www.madrid.es/portal/munimadrid/
37. Fernández Bono R, Ramos Alfonso MRR, Gallardo Frías JS, Navarro Torrente MD, López Moya IA, Ibáñez Gil E. Efecto de la intervención de la enfermera hospitalaria de enlace en la calidad de vida y estado funcional en pacientes crónicos, frágiles, pluripatológicos y sus cuidadoras. [Internet].2008 [consultado en Febrero 2011]

- 2008 Biblioteca Lascasas. [Bibl Lascasas] 2008; 4 (2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0328.php>.
38. Madrid. Ayuntamiento de Madrid. Demografía poblacional. Pirámide poblacional. [Internet].2011. [consultado en Febrero 2011].Disponible en [www.madrid.es/portal/munimadrid/población por sexo y edad](http://www.madrid.es/portal/munimadrid/población_porsexo_yedad).
39. Cisneros Britto M, Cid Deleyto V, Civantos Cantero MV, Cobos García A, García Baquero M, García Martín N, et al. Plan integral de mejora de salud pública de Vallecas 2001/2005. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2005.
40. Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de la Salud. Plan de atención a los cuidados familiares en Andalucía. Sevilla: La Junta [Internet]. 2005 [consultado Abril 2010]. Disponible en: www.hvn.es/enfermeria/ficheros/planacfamiliares.pdf.
41. Casado D. Relaciones entre niveles asistenciales: la coordinación sociosanitaria [Internet]. Tarragona: Universitat Pompeu Fabra; 2001. Disponible en: www.xtec.cat/fp/families/ssc/documents/CASADO.pdf
42. Burgueño Torijano AA. Cuidados prolongados: continuidad de los cuidados. Claves y retos. AGATHOS : Atención Sociosanitaria y Bienestar.2002;3:34-42.
43. Moreno Verdugo A, Fuente García A de la, Caro Quesada A, Suso López R, Durán Rodríguez A. Programa de educación a cuidadores informales de pacientes con ictus, para favorecer la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. 2007;25:14-27.
44. Macías M, Heras T, Montealegre M. La educación para la salud y la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria de una Unidad de Medicina Interna. Opinión de pacientes y cuidadores. Metas Enferm. 2010; 13(1):10-14.
45. Zamora JJ, Martínez R, Puig N, Lledó M, Quilez F. Programa de continuidad de cuidados al alta en una unidad de hospitalización a domicilio. Metas Enferm. 2009;12(3):23-30.
46. Ubago B. Integración de los servicios sanitarios y sociales: Los resultados del proyecto procare. Portal de políticas y servicios para la atención a la dependencia. [Internet]. 2005 [Consultado en 2011 Enero]. disponible en <http://www.euro.centre.org/procare>.
47. Pérez Hernández RM, López Alonso SR, Lacida Baro M, Rodríguez Gómez.: La enfermera comunitaria de enlace en el Servicio Andaluz de la Salud. Enf Com 2005;1(1):43-48.
48. Paz D de, Galdeano N, Garrido M, Lacida M, Martín R, Morales JM, et al. Comisión para el desarrollo de la enfermería en el servicio andaluz de la salud. Continuidad de cuidados en Atención Especializada y Atención Primaria.[Internet]. Sevilla:

- Consejería de salud; 1999 [consultado 2011 Febrero]. Disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0229.pdf
49. Servicio Canario de la Salud y el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria de Tenerife. El servicio de continuidad de cuidados para la atención domiciliaria. [Internet].2011. [citado 2011 Marzo 25]. Disponible en: www.noticanarias.com/?p=94
 50. Henaó Martínez D, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I, Coderch Lassaletta J, Llopert López JR. Integración asistencial de dos organizaciones en Cataluña. Rev Esp Salud Pública. 2008 feb;10(1):33-48.
 51. Vargas I, Vázquez ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. Gac Sanit. 2007;21(2):114-123.
 52. Fernández V, Moreno A, Perejón I, Guerra MD. Enfermeras hospitalarias de enlace (Gestoras de casos). Enf Global. 2007;6 (10):1-11.
 53. Cruzado C, Bru A, González R, Aida S. Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de atención primaria. Enferm Cardiol. 2009;45:21-25.
 54. Carmona D, Pérez JA., Márquez R, García MD. Informe de enfermería al alta en el servicio de medicina interna: una garantía para la continuidad de cuidados. Hygia. 2009;71:49-52.
 55. Lercher MH, Terez C, Cardozo R, Alves S, Celia M. Gerencia del caso: análisis de concepto. Investig Educ Enferm. 2003;21:4-25.
 56. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Manual de la gestión de casos en Andalucía: Enfermeras Gestoras de Casos en Atención Primaria. Manual gestión de casos. **Atención primaria**. [Internet]. Sevilla: La junta 2007 [consultado 2010 Julio] Disponible en: www.juntadeandalucia.es/
 57. Henaó D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según opinión de directivos y profesionales sanitarios. Gaceta sanitaria. 2009; 23(4):280-286.
 58. Norris S, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jak L, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. Am J Prev Med. 2002;22(4 Suppl):15-38.
 59. Holoand R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary intervention in heart failure. Heart. 2005;91 (7):899-906.
 60. Ferrer C. La enfermera de atención primaria como gestora de casos. Tribuna sanitaria. [Internet]. 2003 Junio [consultado 2010 Mayo 25];160:4-7. Disponible en : www.codem.es/tribuna/ptribuna.asp?noticia=153

61. Servicio Murciano de la Salud. Enfermera gestora de casos en el Servicio Murciano de la Salud. [Internet]. [citado 2011 Mayo 10] Disponible en: www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id...idsec
62. Álvarez M, Gallardo P. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: La enfermera de enlace. Rev Adm Sanit. 2009;7(2):313-322.
63. Medicare Payment Advisory Comisión. Report to Congreso: Promotin Greater Efficiency in Medicare. Washinton: Medicare Paymene Advisory Comisión. [Internet].Junio 2007.[citado 2010 Julio 20].Disponible en www.medpac.gov/documents/jun 07
64. García Fernández FP, Carrascosa García MI, Rodríguez Torres MC, Gila Selas C, Laguna Parra JM, Cruz Lendínez AJ. Influencia de las enfermeras gestoras de casos hospitalarios sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. Gerokomos. 2009;20(4):152-158.
65. Cowan MJ, Shapiro M, Hays RD, Afifi A, Vazirani S, Ward CR, et al. The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. J Nurs Adm. 2006; 36(2):79-85.
66. Laramé AS, Levinsky SK, Sargent J, Rooss R, Callas P. Case management in a heterogeneous congestive heart failure polulation. A randomised controlled Trial. Arch Intern Med. 2003;163(7):809-817.
67. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr Ser. 2000;51:1410-1421.
68. Grupo de Trabajo de Investigación de Enfermería en REUNI. Recomendaciones del Comité Europeo sobre la Investigación de Enfermería. Enferm Clín.1997; 7(5): 232-240.
69. Tierney A. The development of nursing research in Europe. European Nurse 1997; 2(2): 73-84.
70. Pulpon A, Icart T. Análisis de las áreas prioritarias de investigación en enfermería en Cataluña. Enferm Clín. 1995;5 (4):157-162.
71. Fuentelsaz C, Ramalle-Gomara E, Grupo Investen-ISCIII. Promoci ó n de la investigación en enfermería desde el Instituto de Salud Carlos III: Grupo Investen-ISCIII. Enferm Clín. 1999; 9(1): 29-33.
72. Moreno Casbas T. La investigación de Enfermería en España, una realidad posible. Enferm. cardiol.2001 nº 22.[Internet].[Consultado en 2009 Mayo] Disponible en: www.enfermeriaencardiologia.com/revista/22investiga.pdf

73. Comet P. Prioridades de investigación en enfermería en España. ICN centennial conference. Londres Junio-Julio 1999; [Internet].2007.[Consultado en 2009 Mayo]. Disponible en: webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEI/.../CIE0699.
74. Cataluña. Gerona: Mas enfermeras gestoras de casos por su gran éxito como coordinadoras entre niveles. [Internet]. 2011. [citado 2011 Abril 8] Disponible en: www.gacetamedica.com/gacetamedica/articulo.asp?idcat=702&idart=531691
75. Grifel E, Carbonell JM, Infiesta F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Barcelona: CHC Consultoría; 2002.
76. Cuevas Fernández-Gallego M. Gestión de casos: elemento de garantía en la continuidad de cuidados. Enfermería Comunitaria 2005;2: 27-31. [Internet]. 2005. [consultado 2011 Febrero 12]. Disponible en: www.index-f.com/comunitaria/2/a27-31.php.
77. Martínez Losada I, González Orihuela D, Leal Valle AM, Padilla C.: Gestionando cuidados en un servicio de urgencias. Rev Internacional para el cuidado del paciente crítico.2004. 4 (2); p 36-40.
78. Padilla C. Desarrollo de prácticas avanzadas de enfermería en Andalucía. Servicio Andaluz de la Salud. Inter@s. [Internet].2010.[citado 2010 Febrero 24] Disponible en: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/.../documentosacc.asp?
79. Moreno A. Las enfermeras gestoras demuestran que son costoefectivas. Rev Méd Neurolol. [Internet]. 2010. [citado 5 Julio 2010] Disponible en: neurologia.publicacionmedica.com/spip.php?mot14
80. Ferro T. La mejor evidencia junto a la mejor organización:el reto de la coordinación profesional en atención oncológica. Jornada de atención multidisciplinar en cáncer como modelo de calidad asistencial. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. [Internet]. 2010. [citado 2010 Agosto 10] Disponible en www.slideshare.net/.../la-mejor-evidencia-junto-a-la-mejor-organizacin-el-reto-de-la-coordinacin-profesional.
81. Cadena Andréu A, Parellada esquiús N, Diogène E, Jódá Soler G, Martínez Roldán J. Continuidad asistencial: Rol de la enfermera de enlace. Aten primaria. 2005;36(10):558-562.
82. Gómez Sánchez MC. Intervención de la Enfermera gestora de casos durante el ingreso hospitalario de pacientes con VIH. Rev Esp Salud Pública, 2011; 85:239-246.
83. Gobierno vasco. Departamento de Sanidad y Consumo del gobierno vasco. [Internet].2011. [citado 2011 Mayo 23] www.actasanitaria.com/actasanitaria/.../desarrollo_noticia.jsp?

84. Comunidad Autónoma de Murcia. Consejería de Sanidad. VII Congreso Nacional de la enfermería de atención primaria. [Internet].2011. [citado 2011 Mayo 13] Disponible en: www.gacetamedica.com/gacetamedica/articulo.asp?idcat.
85. Louzano M. XVI jornadas de enfermería de Lugo. Disponible en: [Internet].[citado 2011 Abril 8] Disponible en: elprogreso.galiciae.com/nova/84072.html?
86. García-Abad MP. La enfermera gestora de casos: Clave para la continuidad de cuidados. REDUCA. 2010; 2(1):871-889.
87. Jurado Campus J, Anglada Dilme MT, Canet Ponsa M, Privat Marcé ML, Fabrega Peiro T, Juninya Canal D. implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: Un estudio descriptivo. Enf Clínic. 2008; 18 (5):263-61
88. Consejo de Enfermería. Diario enfermero N° 473. Pacientes con esclerosis múltiple reclaman un “gestor de casos” que les oriente en el día a día con la enfermedad. [Internet]. 2011. [consultado 2011 Mayo 22]. Disponible en: www.cge.enfermundi.com.
89. Ballester Ferrando D, Juvinya Canal D, Brugado Motjé N, Doltra Centellas J, Domingo Roura A. Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. Rev Presencia. 2006 Jul-Dic; 2 (4): 1-7.
90. Montorio I, Yague J, Diaz Veiga P. El cuidado del anciano en el ámbito familiar. Edita Gerontología conductual. Madrid: Síntesis 1999:141-158.
91. Aparicio Escobar A, Escobar Gatica P, Huaiquivil Olate G, Mendez Astudillo K. Características del cuidador principal y su relación con la percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente terminal. Rev Cultura de cuidados. 2006 ;19: 79-86.
92. Ortiz Jiménez FM, Poza Artés CM. Afrontamiento familiar comprometido a un manejo efectivo del régimen terapéutico. Evidentia.[Internet].2006.[consultado 2011 Febrero 10];3(7).Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/187articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
93. Pérez Cabezas FJ, García Villanazo L: Innovación en la continuidad de cuidados en el área de Cádiz: El impacto de la “PREALTA” en la continuidad de cuidados. ¿Puede la comunicación enfermera interniveles disminuir los reingresos por complicaciones en pacientes intervenidos de fractura de cadera. Evidentia. 1(2). . [Internet]. 2004. [consultado 2011 Febrero 10]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/sumarion2.php>

94. Servicio Andaluz de la Salud. Consejería de Salud. Guía de procedimientos de cuidados y acto único. Málaga: Hospital Universitario "Virgen de la Victoria"; 2011.
95. Mistiaen P, Poot E. Seguimiento telefónico iniciado por un profesional de la salud en el ámbito hospitalario para problemas posteriores al alta en pacientes que regresan a su domicilio (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane plus. Número 2. Oxford. [Internet].2008 [consultado en 2011 abril 02] Disponible en:<http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004510>
96. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Información general salud responde en Andalucía.2007. [Internet]. [consultado en 2011 abril 02]. Disponible en: [www.juntadeandalucia.es/salud/responde-portal de salud](http://www.juntadeandalucia.es/salud/responde-portal-de-salud).
97. García Casado I, Ors López R, Rodríguez Perales RM. ¿Conoce la población los servicios que ofrece la enfermería comunicaría? Enferm Comun 2006;2:17-23.
98. Rasmussen SR, Thomsen JL, Kilsmark J. Preventive health screenings and health consultations in primary care increase life expectancy without increasing costs. Scand J Public Health. 2007;35:365-372.
99. Eriksson KM, Westborg CJ, Eliasson MC. A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. [PubMed - indexed for MEDLINE]. Scand J Public Health. 2006;34:453-461.
100. Díaz Gómez J, Amero Fuster M, Calvo Viñuela I, Rico Hernández MA. Results of educational intervention in obese patients. Nutr Hosp 2002;17:93-96.
101. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas. Biblioteca Cochane Plus. 2008: 1-48. [Internet]. 2008. [consultado 2011 Febrero 10]. Disponible en :<http://www.fisterra.com/guias2/cochrane/AB004910-ES.htm>
102. Turnock AC, Walters EH, Walters JAE, Word-Baker R. Planes de acción para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, N 1: 1-39. [Internet]. 2006. [consultado 2011 Febrero 12] Disponible en: <http://summaries.cochrane.org/es/CD005074/planes-de-accion-para-la-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica>
103. Comet Cortés P, Escobar Aguilar G, González Gil T, de Ormijara Sáenz-Hernández A, Rich Ruiz M, Vidal Thomas C, et al. Establecimiento de prioridades de investigación en Enfermería. Enf Clin. 2010; 20:88-96.

104. Sherpper S, Parkes J; McClaren J, Philips C; Lannin NA. Planificación del alta del hospital al domicilio (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, N 1. Oxford: Update Software Ltd [Internet]. 2010. [consultado 2011 Febrero 12]. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20819181&DocumentID=CD000313>
105. Cano Arana A, Martín Arribas C, Martínez Piedrola M, García Tallés C, Hernández Pascuala M, Roldán Fernández A. Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. Aten Primaria. 2008;40:291-295.
106. Arqueros F, Fernández R, Galdeano N, García JJ, Godoy A, Moreno JM. et al. Unidad de coordinación asistencial en el hospital de Torrecardenas: Un servicio a los ciudadanos gestionado por enfermeras. Rev Alboran de Enfermería. 2003; 2(Supl):3-7.
107. Frases celebres. Ganivet. Nº 678 [Internet].2011. [consultado 2011 Mayo 15] Disponible en: <http://elrincondedefali.blogspot.com/2007/05/frases-iii-las-segundas-500-frases.html>