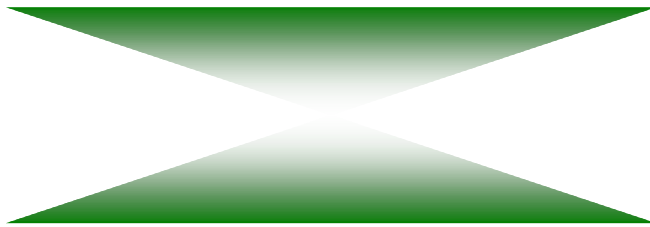




Servicio Andaluz de Salud

COMISIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD



CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE
ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN
PRIMARIA

DOLORES DE PAZ
NICOLÁS GALDEANO
MARIBEL GARRIDO
MANUELA LACIDA
ROSARIO MARTÍN
JOSÉ MIGUEL MORALES
ROSA PÉREZ
NIVES SÁNCHEZ
JAVIER TEROL



*Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera
en el Servicio Andaluz de Salud*

ÍNDICE

[INTRODUCCIÓN](#)

[OBJETIVOS](#)

[INTERVENCIONES](#)

ANEXOS

[BIBLIOGRAFÍA](#)



1. INTRODUCCIÓN

Desde que la Ley General de Sanidad estableciera la atención sanitaria en dos niveles asistenciales interconectados entre sí: Atención Primaria (como puerta de entrada de los usuarios al sistema) y Atención Especializada (como apoyo y complemento de la atención primaria, siendo necesaria para todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera), la continuidad de cuidados entre ambos niveles no ha dejado de ser uno de los principales retos al que los distintos servicios de Salud se vienen enfrentando habitualmente, con resultados, hasta ahora, bastante discretos. Ofrecer una atención integral, continuada y centrada en la persona no está resultando fácil a los Sistemas Sanitarios, por la creciente complejidad de las organizaciones sanitarias, la constante compartimentalización de los servicios, la amplia variabilidad de la práctica clínica y la tradicional orientación del sistema hacia los profesionales, en detrimento del usuario.

La continuidad de cuidados es un continuum integrado por TRES elementos esenciales: PERSONAS, ENTORNOS E INFORMACIÓN, los cuales, se disponen de forma jerárquica:

PERSONAS: pacientes y cuidadores

→ INFORMACIÓN: intervenciones cuidadoras / recursos de manejo de la salud...

→ ENTORNOS: hospitales, servicios, unidades, secciones, áreas, centros, domicilios, residencias...

La discontinuidad aparece en el momento en que se anteponen los entornos a las personas o a la información, es decir, una unidad, centro, departamento, o cualquier otro enclave asistencial, desestima o subordina a otras prioridades (bien por omisión, por duplicidad o por contradicción) la información relativa a los pacientes o cuidadores,



inciendiando esta circunstancia de forma negativa y directa sobre ellos. Está suficientemente acreditada la especial repercusión que este hecho tiene sobre grupos particularmente vulnerables de pacientes como son:

- ❑ Pacientes crónicos con exacerbaciones frecuentes.
- ❑ Ancianos frágiles.
- ❑ Pacientes y/o familiares con manejo inefectivo del terapéutico, falta de conocimientos por corta hospitalización, cansancio en el desempeño del rol del cuidador, pacientes con nivel de dependencia/suplencia alto.
- ❑ Afrontamiento inadecuado por parte de los cuidadores/pacientes.
- ❑ Embarazo, parto, puerperio.

Por tanto, para valorar el grado de continuidad que un centro o institución puede llegar a ofrecer, en primer lugar hay que determinar en qué grado los entornos y sus estructuras funcionales, jerárquicas o culturales subyugan (consciente o inconscientemente) la información relativa a las personas.

La Gestión por Procesos (GP) ofrece, en este sentido, un potencial enorme en la horizontalización de la atención sanitaria, modificando la concepción vertical segmentada en unidades, servicios, entornos y profesionales. En la GP resulta imprescindible la visión integral de todos los componentes y actuaciones del proceso, independientemente del nivel asistencial en que se encuentre el usuario y constituye, por tanto, un medio idóneo para el aseguramiento de la continuidad. La articulación sinérgica de las intervenciones propuestas en este documento con la gestión por procesos, aumenta las posibilidades de éxito en esta dimensión tan necesitada de resultados efectivos, como es la continuidad entre niveles asistenciales.



La comisiones de cuidados y la gestión por procesos

Las comisiones de cuidados de área incorporan al organigrama funcional de los centros un elemento que va a permitir trabajar por el aseguramiento de la continuidad asistencial.

Los cuidados que prestan las enfermeras son un servicio específico y diferenciado que en muchas ocasiones queda oculto tras la prestación sanitaria global y que no obstante es responsable de aspectos fundamentales de los resultado en salud de la población como los recuperación funcional, fisiológica, conductual, de satisfacción o calidad de vida entre otras. La falta de una estructura funcional estable ha provocado que en muchas ocasiones no se evidencien las oportunidades de mejora que en estos aspectos se pueden conseguir, quedando al descubierto debilidades del sistema a las que se les atribuyen causas "intangibles " o de difícil análisis.

La puesta de manifiesto de aquellos aspectos de la asistencia sobre los que puede intervenir la enfermera, facilita la identificación de su servicio y con ello de los aspectos de la salud sobre los que ejerce influencia directa.

Con la incorporación de la política de Gestión por procesos, se ha dotado a la organización de un valioso instrumento que favorece la continuidad asistencial al establecer como prioritario la necesidad de una perfecta concatenación de decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en diferentes espacios y tiempos y que ha de seguir un orden lógico y secuencial que produzca un resultado previsible y satisfactorio.

En este marco se hace necesario describir cual es la aportación que cada profesional realiza al proceso, estableciendo el valor añadido que aporta su intervención o el servicio específico (flujo de salida) del cual cada profesional es responsable.

La Comisión para el desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud(CODAE) ha identificado una serie de grupos



de pacientes vulnerables que se benefician de manera especial de la asistencia prestada por profesionales enfermeros en el desempeño de su labor con unos criterios de calidad que implican el trabajo metodológico y la identificación de resultados en salud especialmente sensibles a la práctica enfermera.

Estos grupos de pacientes especialmente vulnerables pueden estar incluidos a la vez en varios de los procesos priorizados por la Consejería de Salud para su implantación en el SSPA,. Estructurar la planificación de la asistencia en estos grupos vulnerables, facilita de abordaje de los problemas presentados, realizándose para un grupo de pacientes con necesidades similares una misma planificación de cuidados Por ejemplo a, un paciente con deterioro de la movilidad física se le realiza una valoración similar, se identifican los mismos problemas reales o potenciales consecuencia de esta inmovilidad y las mismas intervenciones, aunque el proceso asistencial por el que se le esté atendiendo sea una Fractura de Cadera, un proceso pluripatológico o un ataque cerebrovascular.

Procurar un abordaje distinto según fuera el agente causal de la inmovilidad , solo daría lugar a incrementar la variabilidad asistencial y el riesgo de determinar distintas prioridades en la consecución de resultados.

Por todo esto es importante que la enfermera desde el marco conceptual que aporta con su perspectiva profesional sirva como elemento de cohesión en el cuidado de este tipo de pacientes, participando en la implantación de los distintos procesos. Las enfermeras han de identificar claramente cual es el servicio que aportan y el valor añadido que da al proceso asistencial (flujo de salida). El desarrollo de la gestión por procesos lleva consigo la participación de los profesionales, para lo que se han articulado en nuestros centros una serie de comisiones multidisciplinarias que se encargarán de la implantación y seguimiento de los mismos en los distintos entornos locales.



Es en estas comisiones donde el profesional de enfermería debe identificar claramente tanto los servicios del proceso en los que la enfermera colabora con otro profesional, como aquellos que son responsabilidad de su actuación independiente.

Para favorecer esta labor el grupo CODAE, ha elaborado una serie de guías de actuación clínica que identifican los elementos de valoración, los problemas más frecuentes, las intervenciones a realizar y los objetivos a alcanzar para cada grupo de pacientes vulnerables, con ellos las enfermeras que participen en los distintos grupos de implantación y seguimiento poseerán un instrumento que les permitirá desarrollar las medidas oportunas para la incorporación del servicio enfermero con criterios de calidad uniformes para todos los procesos.

Por otro lado, las comisiones de cuidados de área se convertirían en un grupo de mejora permanente, que dadas sus características, analizaría aspectos globales de la continuidad del cuidado desde la perspectiva del análisis estructural (dotaciones, soportes documentales e informáticos); de proceso (seguimiento de protocolos, existencia de valoraciones focalizadas, cumplimentación de información y seguimiento de circuitos), y de resultados (reingreso de pacientes, frecuentación), evaluando el servicio ofertado e identificando y proponiendo mejoras. Lo que sin duda redundaría en asegurar la adecuada puesta en marcha y posterior funcionamiento de los procesos asistenciales.



2. OBJETIVOS

- General
 - ◆ Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes y cuidadores entre niveles asistenciales
- Específicos
 - ◆ Desarrollo de un sistema específico que mejore la calidad de los cuidados entre niveles asistenciales, con una cartera de servicios específica.
 - ◆ Lograr la colaboración activa de los profesionales de la gestión clínica.
 - ◆ Garantizar el registro y transmisión adecuada de información relativa a los cuidados, mediante el uso de sistemas de lenguaje estandarizados para la identificación de problemas, intervenciones y resultados entre Atención Primaria y de Atención Especializada.
 - ◆ Normalizar la práctica clínica disminuyendo la variabilidad en la praxis, independientemente del nivel asistencial que intervenga.

3. INTERVENCIONES

3.1. REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS ENFERMEROS HACIA MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA

La implantación del sistema de *Enfermería Primaria* en la que cada paciente tiene asignada una **enfermera responsable** durante toda su estancia en la unidad, es el pilar fundamental para lograr una atención y prestación de cuidados orientada a la persona en su integridad, más allá de la mera aplicación de tareas delegadas y que en la actualidad es la medida que mejor garantiza la continuidad de cuidados, tanto a nivel



intrahospitalario, como entre niveles asistenciales. El fracaso en la implantación del proceso enfermero y de la asignación enfermera-paciente tiene mucho que ver con pretender introducir una metodología que implica un cambio radical en la concepción de la atención, manteniendo estructuras tradicionales y organizaciones funcionales rígidas que secuestran la capacidad de la enfermera en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de la persona

Por tanto, todos los usuarios del SAS –persona, familia, grupo, comunidad- tendrán asegurada la personalización del servicio mediante la asignación enfermera/paciente/familia, con capacidad para la toma de decisiones sobre los cuidados de la persona y su familia, condición imprescindible para asegurar la continuidad de cuidados, especialmente en grupos de pacientes vulnerables.

En función de los entornos, la estancia del paciente y la ordenación de los recursos humanos, se establecerán distintos mecanismos de asignación de pacientes, pero, garantizando siempre que una enfermera conoce todo el proceso del paciente, es quien toma las decisiones relativas a su planificación de cuidados y el referente para la persona y los cuidadores. Dicha enfermera será la responsable de la planificación de los cuidados -basado en las necesidades del paciente-, coordinando todas aquellas intervenciones con los profesionales necesarios durante todo el proceso motivo del ingreso en el hospital y planificación al alta. Ello no quiere decir que otras enfermeras intervengan sobre el paciente o su familia, pero, siempre como continuadoras de la planificación establecida por la enfermera primaria. En el caso del informe de continuidad de cuidados, si la enfermera primaria no se encuentra de servicio, deberá dejar estipulada la orientación e indicaciones principales, delegando en otra enfermera su cumplimentación final.



En este sentido la supervisora de las unidades **adquiere un rol esencial como gestora de cuidados**, liderando el cambio hacia este modelo organizativo y gestionando los mecanismos de asignación.

De igual forma, todos los usuarios del SAS dispondrán de una enfermera de referencia en Atención Primaria.

3.2. ESTABLECIMIENTO DE CANALES DE CONTINUIDAD

Con el fin de asegurar la continuidad de los cuidados la COMISIÓN DE CUIDADOS DE ÁREA, utilizará como herramientas de cooperación:

1. Identificación de la **Enfermera Responsable** del paciente tanto en Atención Primaria como Especializada. El hospital y los centros de Salud deben garantizar que el procedimiento de acogida asegure la asignación de una enfermera a cada paciente/familia y que estos conozcan los mecanismos de accesibilidad –nombre/teléfono-
2. Elaboración y consenso de **planes de cuidados**.
3. Elaboración conjunta de **guías de actuación clínica**.
4. Elaboración y consenso de actividades de otro personal del sistema sanitario que participan en la atención a los pacientes.
5. **Informe de continuidad de cuidados (ICC)**, que asegure la información suficiente para el seguimiento del proceso de la atención. *Constituye un elemento clave de la continuidad y se deben articular todos los mecanismos posibles para que su operatividad sea máxima.*



Recomendaciones para el informe de continuidad de cuidados	Pacientes generales	Pacientes de grupos vulnerables
Impreso triplicado autocopiable o mecanizado con tres copias	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
Diagnósticos y problemas de colaboración durante la estancia	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
Diagnósticos y problemas de colaboración al Alta	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
Grado de cumplimiento de objetivos y/o Criterios de Resultado al Alta	RECOMENDABLE	RECOMENDABLE
Intervenciones principales realizadas en paciente y familia	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
Clasificación del nivel de dependencia del paciente al alta	OPCIONAL	RECOMENDABLE
Observaciones para la enfermera comunitaria que afecten a la continuidad	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
Recomendaciones y plan de cuidados al alta para la familia/paciente	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
Firma, nombre y vía de acceso a la enfermera responsable del paciente	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO
Problema por el que ingresa en el Hospital	OPCIONAL	RECOMENDABLE

La COMISIÓN DE CUIDADOS DE ÁREA, de acuerdo con la Dirección de Enfermería y las Comisiones de Calidad del Centro, auditarán el grado de cumplimiento de los ICC, garantizando un estándar mínimo de adaptación a las recomendaciones que se establezcan. Se realizarán por triplicado: una copia quedará registrada en la historia del paciente, otra será entregada al usuario y la tercera se hará llegar al Centro de Salud asegurándose que no es el canal de entrega el paciente; los mecanismos de conexión serán establecidos por la COMISIÓN DE CUIDADOS DE ÁREA siendo los más habituales: correo electrónico, Fax, Intranet Corporativa, celadores del SAS en zonas de elevadas dispersión.

6. Establecer **temporalidad de recepción** del ICC, se cumplirá lo pactado en el acuerdo de cooperación.



TIPO DE PACIENTE	HOSPITAL		ATENCIÓN PRIMARIA	
	PLAZO MÁXIMO DE REMISIÓN INFORME	PROCEDIMIENTO	PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	PROCEDIMIENTO
Pacientes dados de alta sin criterios de inclusión de vulnerabilidad	48 horas	<i>Informe de continuidad de cuidados</i>	24 horas	<i>Contacto telefónico</i>
Pacientes con criterios de inclusión en grupos de riesgo	24 horas	<i>Informe de continuidad de cuidados y contacto telefónico con Centro de Salud (opcional)</i>	24 horas	<i>Visita domiciliaria</i>

7. Visitas de la ECAD a pacientes ingresados en el hospital susceptibles de atención domiciliaria en AP

8. Máxima accesibilidad a dispositivos de **conexión telefónica/fax/correo electrónico entre puntos del circuito que sigue el paciente**

9. **Documento de Salud AP.** Los pacientes incluidos en el llamado grupo vulnerable serán portadores de un documento realizado por la enfermera comunitaria responsable, donde será recogido nombre de la enfermera comunitaria responsable, teléfono de localización de esta, problemas/diagnósticos, intervenciones enfermeras, observaciones enfermeras, citas. El documento estará en poder del paciente, en caso de acudir a un centro hospitalario, el paciente lo presentará a su enfermera responsable.

En caso de ingreso programado, es aconsejable la notificación del paciente o familia a la enfermera comunitaria previamente y la elaboración del ICC por parte de esta última.



3.3. COMISIONES DE CUIDADOS DE ÁREA

El núcleo central de todas las acciones se fundamenta en la creación de **COMISIONES DE CUIDADOS DE ÁREA**. Esta medida aborda abiertamente un requisito imprescindible para garantizar la continuidad: *el establecimiento de un dispositivo que favorezca la cooperación y comunicación activa entre enfermeras de Atención Primaria y Atención Especializada.*

La COMISIÓN DE CUIDADOS DE ÁREA SON **grupos de trabajo cuya finalidad es estabilizar y mejorar el proceso de continuidad de cuidados entre Hospital y Atención Primaria, basadas en la coordinación entre profesionales para lograr la provisión de la atención en los ámbitos donde esta sea más efectiva.**

Su concepción persigue la competencia, entendida ésta como un instrumento al servicio de la eficiencia y aglutinadora de esfuerzos, basándose en la colaboración, sin perder la identidad de cada ámbito.

3.3.1. DESARROLLO DE LA COMISIÓN DE CUIDADOS DE ÁREA

La comisión de cuidados de área coinciden en gran parte de sus objetivos con las Comisiones de Procesos creadas en los Hospitales y Distritos recientemente con motivo del Plan Andaluz de Calidad. Por ello, la propuesta es que las tengan la suficiente dinámica y flexibilidad como para adaptarse y co-participar en las Comisiones de Procesos.

3.3.1.1. Creación

- Las Comisiones de Cuidados de Área estarán integradas por enfermeras de hospitalización, enfermeras de atención primaria. La máxima responsabilidad de la COMISIÓN DE CUIDADOS



DE ÁREA la asumirán las gerencias y direcciones de Distrito de dichos niveles, asegurando la provisión de recursos necesarios. La operativización de dichas Comisiones de Cuidados de Área corresponde a las Direcciones de Enfermería y a las Coordinaciones de Distrito. La Enfermera responsable de Continuidad de Cuidados dependerá directamente de la Dirección de Enfermería del Hospital.

El número total de la COMISIÓN DE CUIDADOS DE ÁREA no deberá superar las 8 personas, a efectos de operatividad. Como ya se ha expuesto sus integrantes deberán ser:

- Enfermeras clínicas de Atención Especializada expertas en cuidado de pacientes con el perfil que se describe más adelante. Estas enfermeras variarán en función del grupo de pacientes que se esté abordando
- Enfermeras comunitarias, responsables de los pacientes incluidos en la cartera de clientes.
- La Enfermera Coordinadora de Atención Domiciliaria que designe la Coordinación de Distrito correspondiente
- Deberá haber un directivo enfermero que, sin ser miembro de la COMISIÓN DE CUIDADOS DE ÁREA, dé soporte de gestión a la misma.

Estas mismas enfermeras serán las que integren las Comisiones de Procesos pertinentes, variando en función del proceso en cuestión. Se establecerán criterios de selección del personal para pertenecer a dicha comisión como pueden ser: enfermera clínica experta, pertenencia activa a sociedades científicas relacionadas con los procesos, conocimientos en metodología enfermera, investigación, mejora de la calidad...



Se debe crear la figura de la enfermera responsable de cuidados de área .

- ◆ De forma global, esta enfermera facilitará la comunicación y coordinación entre miembros de la COMISIÓN DE CUIDADOS DE ÁREA, Comisiones de Procesos, enfermeras clínicas, pacientes, cuidadores, otros profesionales de la **atención especializada** y mantendrá una especial relación con la ECAD de Atención Primaria.

- ◆ Forma al resto de miembros del equipo sanitario de sus servicios.
- ◆ Vela por la continuidad de los cuidados a lo largo del proceso asistencial.
- ◆ Así mismo, incluirá en sus intervenciones el uso sistemático de los telecuidados y seguimiento a distancia de pacientes y cuidadores específicos en los que se ha evidenciado la efectividad de esta intervención (ver anexo correspondiente del grupo CODAE).



COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA RESPONSABLE DE CUIDADOS DEL AREA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

HABILIDADES

H1	Desarrollo de relaciones interpersonales constructivas
H2	Comunicación escrita y verbal
H3	Negociación y resolución de conflictos
H4	Capacidad de reaccionar ante cambios
H5	Empleo habitual de la evaluación y el análisis crítico
H6	Gestión de riesgos
H7	Gestión de equipos interdisciplinarios
H8	Establecimiento de objetivos comunes
H9	Manejo de tecnología para la información y la comunicación

CONOCIMIENTOS

C1	Continuidad de Cuidados
C2	Servicios y recursos de salud disponibles
C3	Valoración, identificación, manejo y evaluación de respuestas humanas asociadas a situaciones de vulnerabilidad
C4	Sistemas de registros relacionados con la continuidad de cuidados y la gestión de procesos
C5	Estándares clínicos característicos de pacientes vulnerables
C6	Resultados de salud más frecuentes en pacientes vulnerables: clínicos, calidad de vida, económicos, satisfacción
C7	Sistemas de Información en Salud
C8	Sistemas de Clasificación de Pacientes
C9	Taxonomías y Clasificaciones en Salud en el cuidado de pacientes y familias vulnerables
C10	Educación para la Salud
C11	Procesos asistenciales: diseño, gestión y evaluación
C12	Instrumentos para la gestión y mejora de la calidad
C13	Tecnologías de comunicación y telecuidados
C14	Metodología de mejora de la efectividad y acceso a fuentes de evidencia
C15	Toma de decisiones compartidas
C16	Gestión de equipos de trabajo

ACTITUDES

A1	Visión integral de la persona y orientación de la atención centrándola en el paciente y su familia
A2	Respeto del principio de autonomía
A3	Valoración y atención a los valores, principios y creencias de la persona
A4	Facilitación de la comunicación entre el paciente / familia y los profesionales implicados
A5	Colaboración con el resto de miembros del equipo de socio-salud
A6	Provee información para la toma de decisiones informada y ayuda ante conflictos en la misma
A7	Búsqueda del consenso entre miembros del equipo sanitario, entre niveles y el paciente/familia
A8	Compromiso con el paciente y su familia / cuidadores
A9	Búsqueda permanente de la calidad y la excelencia en el cuidado
A10	Busca y aplica resultados de investigación relevante a su ejercicio profesional
A11	Orientación a la obtención de resultados de salud



3.3.1.2. Organización y planificación de las Comisiones de Cuidados de Área

Las Comisiones de Cuidados de Área deberán:

- Definir objetivos específicos según los procesos o grupos de pacientes vulnerables, y establecer criterios, estrategias y cronograma de trabajo
- Determinar y desarrollar los canales de continuidad.
- Diseñar el procedimiento de cumplimentación y mantenimiento del sistema de información que garantice la continuidad de cuidados.
- Elaboración de criterios de evaluación

3.3.1.3. Definición de Estrategias de Implementación:

- Creación-colaboración con **grupos de mejora de la calidad establecidos o comisiones de calidad de la Junta de Enfermería**
- **Formación** sobre metodología enfermera, en unidades y centros de salud implicados.
- **Priorización de realización e implementación** de las guías de actuación clínica con criterios de mayor prevalencia, mayor variabilidad en la práctica, necesidad de elaborar protocolos... en las dos áreas de asistencia sanitaria(AE, AP),

3.3.1.4. Sistema de Evaluación

Se desarrollarán indicadores de proceso y resultado que permitan evaluar la efectividad de las intervenciones y acciones llevadas a cabo por las Comisiones de Cuidados de Área. La Enfermera responsable de cuidados del área será la



responsable de la auditoría de indicadores y revisión de criterios y estándares, en coordinación con la Dirección de Enfermería. En este sentido, las direcciones enfermeras y las coordinaciones de Distrito asegurarán el funcionamiento adecuado de la COMISIÓN DE CUIDADOS DE ÁREA, haciendo cumplir los acuerdos pactados en los plazos acordados.

La COMISIÓN DE CUIDADOS DE ÁREA deberá asumir la responsabilidad de todos aquellos acuerdos tomados dentro de ella, adquiriendo el compromiso los miembros de cumplimiento de plazos, con la Dirección de Enfermería y la Coordinación del Distrito.

Este grupo recomienda la siguiente metodología de trabajo:

1. Recopilación inicial de información sobre la prevalencia de los procesos incluidos o impacto
2. Análisis de procesos y grupos con mayor grado de discontinuidad y/o vulnerabilidad
3. Definición de Cartera de Clientes: priorización con arreglo al análisis de procesos previo.
4. Incorporación de recomendaciones basadas en la evidencia relacionadas con el grupo de pacientes concreto.
5. Elaboración y consenso de Protocolos y Planes de cuidados y/o Guías de Actuación Clínica (ver anexo).
6. Fase de Sensibilización de los profesionales implicados en la gestión de continuidad de cuidados.
7. Implementación: difusión, formación , liderazgo de grupos relacionados con el proceso.
8. Elaboración Sistema de Evaluación.



3.3.2. CARTERA DE CLIENTES

- **Clientes Internos:** Médicos Especialistas y Médicos de Atención Primaria, Trabajadores Sociales, Psicólogos, Enfermeras clínicas de las Unidades de Hospitalización relacionadas, Enfermeras clínicas de los EBAPs relacionados, Sociedades Científicas afines.
- **Clientes Externos:**

Como criterio general se establece la inclusión en la categoría de **grupo vulnerable** a los pacientes que tengan al menos un Diagnóstico Enfermero de los siguientes:

- Deterioro de la movilidad física y sus modalidades: deterioro de la deambulación, deterioro la movilidad en cama, traslación.
- Deterioro de la integridad cutánea, con especial atención a úlceras por presión, úlceras vasculares, heridas que precisan cuidados continuados.
- Conocimientos deficientes sobre su proceso en pacientes que han tenido una hospitalización breve: CMA, cirugía de corta estancia.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Incumplimiento de tratamiento.
- Grandes déficit de autocuidado: alimentación, higiene, uso del WC, vestido. Alta dependencia de cuidados.
- Aislamiento social.
- Confusión (aguda/crónica)
- Afrontamiento familiar inefectivo Comprometido/Incapacitante)
- Cansancio en el rol de cuidador: real o riesgo.
- Incontinencia Urinaria.
- Lactancia Materna Ineficaz.

Se focalizará la atención sobre aquellos pacientes con hospitalizaciones frecuentes (5 reingresos al año para el mismo sujeto). Con el fin de la identificación de este grupo de población el hospital



pondrá en funcionamiento mecanismos de cribaje: definición de criterios de inclusión, sistema de información (cruzando variables, explotando información obtenida, toma de decisiones)

Igualmente aquellos procesos del mapa de procesos de la Consejería de Salud que merecen especial atención por su mayor demanda de cuidados enfermeros, deberán ser abordados conjuntamente con el resto de profesionales implicados, pero, con un especial énfasis en los cuidados. Se sugieren los siguientes:

- Embarazo, parto y puerperio.
- Diabetes.
- Cuidados paliativos.
- Ataque cerebro vascular
- Atención al enfermo pluripatológico

En estos procesos, las enfermeras de las Comisiones de Cuidados de Área, así como la enfermera responsable de cuidados del área, coordinadas por la Dirección de Enfermería deberán garantizar que se incluyan aquellos aspectos del cuidado del paciente y su familia que tienen especial relevancia en la continuidad. La Dirección de Enfermería y la COMISIÓN DE CUIDADOS DE ÁREA facilitarán guías de implementación y evaluación de procesos que dinamicen su introducción en el entorno asistencial. A estos efectos, se sugiere la guía que se adjunta en el anexo final.

3.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Los sistemas de información de la atención especializada y primaria, deberán ir adaptando paulatinamente su arquitectura para incluir a medio plazo un conjunto mínimo de datos de Enfermería <<conjunto mínimo de elementos de información con definiciones y categorías uniformes en relación al campo de actuación de



enfermería, que cubre las necesidades de los usuarios en el sistema sanitario. Incluirán aquellos aspectos específicos utilizados por la mayoría de las enfermeras en los distintos niveles>>

Este CMBD enfermero deberá sostenerse en la utilización de Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero. Así, incluirá información de la que ya se dispone habitualmente (datos sociodemográficos, elementos de servicio-afiliación, nº de historia, destino, nombre de la enfermera de referencia, fechas de Ingreso y alta...) y de los diagnósticos enfermeros, resultados obtenidos e intervenciones realizadas.

3.5. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Número de informes emitidos.
- Número de informes recibidos.
- Satisfacción usuarios.
- Satisfacción personal.
- Grado de adherencia a los estándares de cumplimentación del ICC.
- Asignación enfermera-paciente. Usuarios que conocen el nombre de su enfermera de referencia, Interconsultas telefónicas AP-AE.
- Reingresos por causas relacionadas.
- Nº de sesiones clínicas conjuntas.
- Acciones investigadoras coordinadas.
- Grupos vulnerables abordados, analizados, estabilización y mejora del proceso (indicadores específicos de efectividad)



Identificación
Corporativa

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Nombre:
Número de Historia: Edad: Sexo: Teléfono:
Dirección habitual:
Fecha de ingreso: Fecha de alta:
Cuidador principal:
Unidad/cama: Enfermera responsable:
Teléfono:

PROBLEMAS (Principales diagnósticos enfermeros /problemas de colaboración detectados durante la estancia)

PLAN DE CUIDADOS (resumen de las principales intervenciones y grado de cumplimiento de objetivos /criterios de resultado)

Recomendaciones para el paciente y cuidador/es:

OBSERVACIONES A LA ENFERMERA COMUNITARIA



Guía para la evaluación-implantación de procesos con gran implicación en los cuidados

1. Definir partes del proceso donde la intervención sea responsabilidad del personal de enfermería de la unidad correspondiente.

A. Se precisa claramente en qué momento, dónde y cómo interviene el personal de enfermería (enfermera, auxiliar, técnico, fisioterapeuta o matrona) dentro de todo el proceso.

SI **NO**

Si la respuesta es **SI**, indicar.

Si la respuesta es **NO**, realizar.

B. Comprobar si el "**Proceso Enfermero**" como método de prestación de cuidados está recogido dentro del proceso que se está trabajando

C. Está claramente definida la forma de realizar la **Valoración Inicial** al paciente:

SI **NO**

Si la respuesta es **SI**, especificar la forma de recogida de datos:

Necesidades Básicas

Patrones de salud

Autocuidados

Otros

Si la respuesta es **NO**, realizar.

D. Sería necesario el uso de escalas o índices que apoyen y amplíen algunos aspectos de la Valoración Inicial:

SI **NO**

Si la respuesta es **SI**, indicar cuales.

Si la respuesta es **NO**, ver la idoneidad del uso de estas y realizar.

E. Se establece qué información es esencial para llegar a el/ los diagnósticos de enfermería (Valoración focalizada):

SI **NO**

Si la respuesta es **SI**, indicar.

Si la respuesta es **NO**, ver la idoneidad y realizar.

F. Están determinados los objetivos, diagnósticos y planificados los cuidados: Plan/es de cuidados estandarizado adecuado/s al Proceso:

SI **NO**



G. Plan/es de cuidados complementarios al Proceso:

SI **NO**

Si la respuesta es SI, indicar estos.

Si la respuesta es NO, realizar.

H. Programa de **Educación para la salud** o incluir en el Plan de cuidados el D.E.:
“**Manejo efectivo del régimen terapéutico**” orientando al paciente y su familia
sobre cuidados relacionados con el proceso patológico, factores de riesgo y
complicaciones y hábitos de vida adecuados.

SI **NO**

I. Queda explícita la consecuencia de la intervención enfermera - evaluación y
seguimiento – del Plan de cuidados.

SI **NO**

2. Establecer indicadores de calidad del resultado de la intervención del
personal de enfermería.

G. El proceso contempla explícitamente indicadores cuantificables de la actividad
enfermera:

SI **NO**

Si la respuesta es **SI**, indicar cuales

Si la respuesta es **NO**, establecer estos

3. Crear circuitos para continuidad de cuidados al alta del paciente con
personal de enfermería de Atención Primaria

H. El Proceso contempla este apartado:

SI **NO**

Si la respuesta es **SI**, indicar cómo

Si la respuesta es **NO**, establecer los mismos.



BIBLIOGRAFÍA

Aranaz J, Buil J: *Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales*. Med Clin (Barc) 1996;106(5):182-184

Camacho O, Llanes A, García E, Romero C. *Informe de Enfermería al alta: el resumen de la historia de enfermería hecho realidad*. Rol 1998; 235:17-20

Carbonell Riera, Guix J, Fernández JD. Opinión de los médicos de atención primaria acerca de su hospital de referencia. Todo Hospital, 1997,(140):7-12,7

Case Management Society of America: Standards of Practice for Case Management. 2002

Corral E, Sampedro R, Cañas MI. *Análisis de la repercusión del informe de Enfermería al alta de Atención Primaria*. Centro de Salud 1995; 3:197-199

Espejo F. *Relación atención Primaria- Atención Especializada*. Rol 1998(233):13-17

García Cañedo R: *¿Somos rentables las enfermeras en atención primaria?*. Metas 1998; 9: 38-42

García Recio F, Barón Carretero A, Belinchón Moya C et al.: *La continuidad de los cuidados: informe de valoración al alta de enfermería*. Index 1999;24-25:78

Gené Badía, J. *¿El Hospital debe competir, dominar o compartir con la atención primaria?*. Atención Primaria, 1998, 21 (4):186-187

Jiménez JM, Tesón JA: *Seguimiento del programa de coordinación Atención Primaria- Atención Especializada*. Index.1995;IV(11):72

Juvé Udina ME, Carbonell Ribalta MD, Dominguez Domínguez M et al.: *Alta de enfermería hospitalaria. Implantación y validación de un formato de alta*. Rol 1999;22(12):873-880

Llano Pedrajas A: *Coordinación de Enfermería entre atención Primaria y Atención Especializada*. Centro de Salud.1994(8):604-606

Martínez JI, López LA, March JC. Coordinación de niveles: *¿Comenzamos por los principios?*. Atención Primaria. 1993;12(8):528

Medrano Ortega, Moya A. *Sobre la coordinación atención primaria atención especializada*. Atención Primaria 2001 27(9):677-678

Merchán F et al: *Alta de Enfermería*. Enfermería Científica,1997 mar-abril; 180-181:28

Mira Solves, Build J, Vitaller JA, Aranaz J. *¿Es posible mejorar la coordinación en los niveles asistenciales?*. Med Clín (Barc)1997;109(11):439

Morales Asencio JM: *La reorientación de los servicios de Urgencia hacia el paciente*. Emergencias 2001; 13 (1):1

Ramos A, Bonillo J, Galdeano N, et al.: *Informe de enfermería al alta: una experiencia en la práctica asistencial*. Rol 1999 feb; 22(2):143-148

Riera JR: INTERRELACIÓN: Una necesidad entre A.P.y A.E. Metas1998; 2: 53-61

Rodeño A, Hernández MA. *Propuesta de coordinación entre niveles desde una unidad de hospitalización neonatal*. Enferm Cientif.1997 sep-oct;186-187:32-34

Rodríguez R, Castillo JM, Marco C. *Informe de Enfermería al alta: continuidad de cuidados y/o educación sanitaria*. Index. 1995;IV(11):72



**Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera
en el Servicio Andaluz de Salud**

Rubio MT, Escolar F, Expósito A, et al.: *Intercomunicación asistencial entre el centro de salud y el centro hospitalario de referencia*. Anales del sistema sanitario de Navarra. 199, 22 supl. 3: 49-53

Serrano Gallardo P: Características profesionales de la enfermera comunitaria. ¿Qué opina la población? Metas 1999; 16: 30-38

Suberviola Collados V: *Programas de cooperación entre internistas y médicos de familia: una necesidad*. Atención Primaria, 1999, 23 (2):57-59

Suñol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomes L: *Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidencia y sistema de gestión*. Med Clín (Barc) 1999,112: 97-105

Torres MM, Cazorla J, Fernández JC et al: *¿Qué opinan los enfermeros de atención primaria de los informes de enfermería al alta hospitalaria?*. Enf Científica. 2000,222-223:6-10

Torres MM: *Informe de alta de Enfermería*. Metas 2000 4(32): 32-37

Vidal C, Cifuentes E, Aranda C: *Informe de enfermería al alta hospitalaria*. Enfermería Clínica, 1999 mar-abr;9(2)49-54