



María José Ferreira Díaz.

## Enfermera gestora del proceso de planificación al alta hospitalaria

Ferreira Díaz MJ

Hospital Lucus Augusti. Escuela Universitaria de Enfermería. Lugo  
Dirección para correspondencia: Maria.Jose.Ferreira.Diaz@sergas.es

### Resumen

La falta de adherencia es un problema con repercusiones sanitarias y económicas importantes, por lo que debemos asumir la necesidad de su prevención y detección en la práctica clínica diaria. La inadecuada planificación de las altas hospitalarias es un hecho constatado que evidencia la falta de comunicación hacia el paciente y sus familiares. Atentamos contra la seguridad de nuestros pacientes cuando dejamos que abandonen el hospital sin el apoyo e información suficiente para poder afrontar su proceso de recuperación.

*Palabras clave:* Enfermera gestora; Autocuidado; Educación al paciente.

### Nurse manager of the planning process at hospital discharge

#### Abstract

Non-adherence is a problem with important health and economic implications and we must assume the need for prevention and detection in clinical practice. Inadequate planning of hospital discharges is a noted fact that demonstrates the lack of communication with the patient and family. We attempt against the safety of our patients when we leave the hospital without the support and enough to face the process of recovery information.

*Key words:* Nurse manager; Self-care; Patient education.

## Introducción

La planificación al alta es un proceso utilizado para decidir lo que un paciente necesita para pasar con suavidad de un nivel de cuidado a otro. En un estudio norteamericano de 2003, en el que entrevistaban a 400 pacientes tres semanas después de su alta hospitalaria, se demostró que cerca del 20% experimentaron al menos un evento adverso durante la transición del hospital a sus domicilios. De estos daños, el 33% era prevenible y podrían haber sido menos severos con una adecuada planificación al alta. La mayoría de estos eventos se debieron a la inadecuada comunicación del plan de seguimiento entre el personal responsable de la hospitalización y el paciente, sus familiares o los profesionales de atención extrahospitalaria.

*Quien ha cometido un error y no lo corrige comete otro error mayor.*

Confucio

La sombra del abandono del paciente y la discontinuidad en la atención suele estar presente en muchos casos especialmente difíciles. Muchos de los pacientes que son dados de alta tienen nuevas necesidades de control y nuevos fármacos en su tratamiento, por lo que las instrucciones del nuevo plan de seguimiento deben cumplirse con una adecuada comunicación que garantice su seguridad evitando los eventos adversos anteriormente citados.

Se necesita un compromiso multidisciplinario y una implicación más activa en el control y seguimiento de nuestros pacientes. Con la planificación al alta hospitalaria podremos asegurar una correcta educación, protección y disminución de riesgos, evitando miedos innecesarios e incertidumbres, siendo así más eficaces disminuyendo las visitas posteriores al hospital y

garantizando la continuidad de cuidados entre los distintos niveles de atención.

## Métodos

El profesional de la salud que debe liderar todo el proceso de planificación al alta es la enfermera, ya que es quien más cerca suele estar del paciente, conoce el nivel de cuidados que necesita detectando necesidades de apoyo emocional y educación sanitaria, haciendo así del ingreso una oportunidad de aprender a mejorar la vida de los pacientes, convirtiendo la enfermedad en un reto que le ayude a descubrir sus propios recursos para afrontar mejor su recuperación.

Esta estrategia permite dotar al profesional de enfermería de mayor responsabilidad asistencial, aumentando las competencias y el prestigio profesional, asumiendo nuevos retos profesionales como gestores principales dentro del proceso de la programación al alta, siendo el asesor referente para el paciente, manteniéndolo informado desde el primer momento y haciéndolo partícipe de su proceso, colaborando con él en la toma de decisiones.

## Resultados

Para poner en marcha este proyecto la enfermera gestora conocerá las posibles altas tras la sesión clínica de la mañana que a corto plazo están pendientes de generarse en la unidad de hospitalización; dado que el perfil de estos pacientes en general responde a pacientes polimedicados y de edad avanzada, identificará y priorizará su atención en los pacientes con mayor riesgo de descompensación y/o ingreso. A partir de aquí tendrá un primer contacto con el paciente para conocer la situación en su ámbito personal,

familiar, hábitos de vida, diagnósticos, tratamiento y otras consideraciones que puedan modificar la evolución tras el alta.

No todos necesitamos los mismos cuidados aunque tengamos la misma patología, la enfermería cuida de las personas y da un enfoque holístico: auxilia con la alimentación, el arreglo personal, trabaja con sentimientos de baja autoestima y se encarga de hacer "ajustes personales" que dificultan la recuperación, adecuando la vivienda, revisando problemas de conducta, factores sociales, familiares y médicos y detectando así en resumen necesidades no cubiertas que dificultan el cumplimiento del tratamiento y las instrucciones al alta.

*La enfermera debe adentrarse en el interior de cada paciente para saber no solo lo que este desea sino además lo que este necesita para mantenerse en vida o para recobrar la salud.*

Virginia Henderson

Teniendo claro que la planificación al alta es un proceso, no un evento aislado, donde el paciente es el principal protagonista, conseguiremos así, con su participación y la de su familia, asegurar un elemento clave en todo el proceso, su capacitación es el componente central de cualquier plan de alta, nuestro objetivo es que en el momento de abandonar el hospital cumplan con el tratamiento prescripto y con las instrucciones brindadas evitando eventos adversos y reingresos evitables.

La enfermera gestora con su labor apoyará el plan terapéutico médico colaborando con otros profesionales del equipo cuando sea necesario. El nivel de intervención de enfermería irá dirigido a facilitar al paciente y familia la información necesaria en el conocimiento

de su enfermedad, tratamiento y cuidados, identificando problemas potenciales o reales que puedan dificultar el alta domiciliaria. Todas sus intervenciones irán encaminadas a promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables, implicando siempre al cuidador y/o familia, fomentando la utilización de nuevos recursos como son las escuelas de pacientes y cuidadores, programa de paciente experto y todos los recursos que hay en la red para pacientes crónicos, las nuevas tecnologías son herramientas digitales que podrían facilitar también su calidad de vida.

La intervención de la enfermera gestora también irá dirigida a la detección de necesidades de ayuda complementaria, ya sea de carácter social, psicológico, emocional y/o espiritual. También realizará todas las actuaciones que sean requeridas para el cuidado de personas en situación de dependencia, mejorando la disponibilidad y accesibilidad a los sistemas sanitarios y sociales con el fin de optimizar los procesos de atención.

No debemos de permitir que el paciente abandone el hospital sin conocer la razón de su tratamiento, la importancia de su seguimiento, las interacciones farmacológicas y también con la dieta, hábitos sociales saludables y el uso racional de medicamentos. También tendrá claro qué actividades diarias puede retomar y cuáles no. Y por supuesto deberá instruírse en el manejo de situaciones imprevistas e identificación de signos de alarma, garantizando su tranquilidad y autonomía. Debemos tener en cuenta las rutinas del paciente e intentar adaptarnos en la mayor medida de lo posible a ellas, por ello considerar el ajuste de dosis, el cambio a otro medicamento o el cambio en la hora de la administración es un punto clave. No menos importante es preguntarle al paciente si el coste de la medicación

le supone algún problema considerando también si lo fuera algunas opciones para reducirlo.

Mantener una buena comunicación terapéutica con el paciente es la base de todo el proceso, nuestros pacientes necesitan sentir que mostramos interés por ellos, si conseguimos entender cómo se sienten podremos entonces establecer una relación de ayuda.

La enfermera hará que el paciente sea partícipe en la toma de decisiones basándose en los posibles riesgos y beneficios y aceptando el hecho de que el paciente puede valorar de forma diferente esos riesgos, beneficios y efectos adversos y que una vez informado tiene derecho a decidir no tomar los medicamentos. Debemos facilitar al paciente y/o cuidador una lista actualizada de la medicación que toma (incluyendo la de dispensación sin receta), así como de alergias y efectos adversos. También se facilitará a los pacientes polimedicados un dispensador de medicación personalizado con las pastillas necesarias para varios días tras el alta (en mi práctica diaria he constatado con varios enfermos dados de alta en fin de semana que no tomaban la medicación prescrita en esos días porque no disponían de medicación, les suponía un problema de desplazamiento ir a la farmacia de guardia) Es de vital importancia registrar en la historia clínica del paciente si este decide no tomar la medicación o dejar de tomarla detallando a continuación toda la información sobre riesgos y beneficios que le ha sido facilitada.

En el mismo día del alta hospitalaria la enfermera gestora contactará con el equipo de Atención Primaria, comunicando todos aquellos aspectos que se consideren importantes en el seguimiento tras el alta, planificando una consulta de seguimiento (telefónica o

presencial) en su centro de salud, mejorando la accesibilidad y comodidad del paciente en el control de su enfermedad tras su traslado a domicilio. El paciente tendrá claro el lugar, fecha y hora del próximo control de salud y el profesional responsable del mismo.

Esta enfermera gestora sería por tanto el profesional de enlace encargado de coordinar las actuaciones hospitalarias con los equipos de Atención Primaria, impulsando la integración asistencial a nivel estructural y organizativo, con el fin de garantizar intervenciones sanitarias efectivas y eficientes, evitando la duplicidad de intervenciones.

No podemos olvidar tampoco que la adherencia hay que reevaluarla periódicamente siendo más eficaces haciendo combinaciones de varias intervenciones (llamadas telefónicas, recordatorios, seguimiento estrecho, automonitorización supervisada, terapia familiar, etc.). Si un paciente presenta falta de adherencia debemos de indagar siempre si es intencionada o no, analizando las creencias y preocupaciones del paciente sobre su medicación y haciéndole, en resumen, partícipe en la monitorización de su enfermedad.

Además de investigar periódicamente el grado de cumplimiento debemos de recordar que es de vital importancia llamar a los pacientes que no acuden a revisión.

*Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él...*

Florence Nightingale

Nos ponemos así al servicio del paciente estableciendo una auténtica relación de ayuda centrada en dar respuesta a sus necesidades. El nuevo rol que nos define como proveedores de

cuidados será por tanto la confianza, la competencia, la comunicación terapéutica, la toma de decisiones compartida, la amabilidad y por supuesto la compasión.

## Discusión

Debemos conseguir que nuestros pacientes se sientan protegidos si queremos conseguir actitudes de salud más corresponsables, que les permitan gestionar su enfermedad previniendo futuras complicaciones.

Desechemos los modelos autoritarios y paternalistas que no aportan ningún valor, vayamos pues a lo seguro llevando a la práctica un modelo democrático cooperativo con una actitud facilitadora y de ayuda; es hora de dejar de sobreproteger a nuestros pacientes utilizando nuestros propios recursos, hagamos de una vez por todas que ellos busquen los suyos, consiguiendo su implicación y favoreciendo su autonomía.

En resumen, la visión organizativa interna de los equipos asistenciales iría entonces por tanto más encaminada hacia un abordaje integral e integrado en el proceso al alta hospitalaria, buscando resultados en salud como incrementar el bienestar y la estabilidad de nuestros pacientes, reducir el número de reingresos y la frecuentación al Servicio de Urgencias fomentando la evaluación económica coste-efectividad, coste-utilidad, coste-beneficio de las acciones emprendidas dentro del contexto del Abordaje de la Cronicidad en el SNS.

Cambieemos entonces los hábitos que nos impiden alcanzar objetivos: hay un porqué, hemos encontrado el cómo, visualizando el resultado ¿qué vamos a hacer a partir de ahora?

## Agradecimientos

A la enfermera, que me inspira, competencia adornada de un gran ramo de valores humanos: compasión, amabilidad, ternura, sosiego para la inquietud y generosa humanidad, una auténtica relación de ayuda centrada en el auxilio de las personas.

## Bibliografía

- Brown I, Renwick R, Raphael D. Frailty: constructing a common meaning, definition and conceptual framework. *Int J Rehabil Research*. 1995;18:93-102.
- Dudas V, Bookwalter T, Kerr KM, Pantilat SZ. The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization. *Am J Med*. 2001;111:26S-30S.
- May C, Montori V, Mair F. Necesitamos una medicina menos perturbadora. *Salud* 2000. 2010;126:12-15.
- Morales Asensio JM. Una nueva dimensión enfermera: los telecuidados. II encuentro ASANEC. EASP. Granada; 2001.
- Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2005;29:40-8.