La continuidad de cuidados en enfermería: un instrumento de mejora en la coordinación entre niveles asistenciales

Alonso Díaz M*, Aparicio Parrado C**, Arroyo López C***, Carrión García L***, Chico Padrón RM*, de Armas Felipe JM**, Pérez Hernández J*, Rubiralta Juanola C****, Izquierdo Mora MD****

**Consorcio Sanitario de Tenerife.*

***Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.*

****Consorcio Sanitario de Tenerife. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna.*

*****Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.*

e-mail:mizqmor@gobiernodecanarias.org

Resumen

*Objetivo: m*ejorar la continuidad de cuidados en la atención a los usuarios en los dos niveles y calidad percibida en los receptores del Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE).

*Material y métodos: d*iseño, desarrollo y evaluación de un servicio a través de:

a) Revisión bibliográfica de experiencias de coordinación entre niveles, mediadas por enfermeras.

b) Elaboración del primer documento.

c) Pilotaje de documentos.

d) Formación de responsables y profesionales (metodología enfermera, entrevista clínica, valoración).

e) Evaluación semestral de indicadores de cobertura y calidad de registros.

f) Revisión y edición de la guía del servicio.

g) Evaluación de la calidad percibida por las enfermeras.

h) Creación de grupos de trabajo para la continuidad de cuidados sobre problemas específicos.

Resultados: se han emitido 3.442 informes que cumplen en más del 88% los criterios de calidad establecidos: registro de antecedentes, descripción de necesidades de cuidados, resumen de su estancia y recomendaciones. Un 90% de las enfermeras creen que el servicio beneficia tanto al usuario como a los profesionales y están satisfechas con su participación en el servicio.

Conclusiones: el ICCE es un instrumento de coordinación entre niveles, fomenta la colaboración y participación de las enfermeras, favorece la comunicación a través del lenguaje enfermero y permite dar una visión global del usuario, familia y entorno.

La continuidad de cuidados a través de la creación de grupos de trabajo estables y el consenso contribuye al ahorro de recursos.

Palabras claves: Continuidad cuidados, Enfermera, Calidad percibida, Coordinación.

The continuity in nursing cares: an instrument to improve the coordination between assistance levels

Abstract

Objectives: to improve the continuity in providing nursing cares in the attention of users in both levels and to increase the quality perceived by people who receive the report of the continuity in nursing cares (RCNC).

Materials and methods: design, development and evaluation of a service throughout:

a) Review of bibliography about experiences (intermediated by nurses) on coordination between both levels.

b) Elaboration of the first document.

c) Testing of documents.

d) Training of responsible and professional people in the nursing methodology, clinic interview, and assessment.

e) Evaluation every six months of the coverage indexes and the quality of registers.

f) Review and edition of the service guide.

g) Evaluation of the quality perceived by nurses.

h) Creation of working groups for the continuity in providing nursing cares for specific problems.

Results: it has been issued 3.442 reports that, in more than 88%, accomplish the quality criteria established: background registers, description of caring needs, summary of the stay and recommendations. Around the 90% of the nurses believe that the service is advantageous for users as much as for professionals. Moreover, these nurses are satisfied with their participation in this service.

Conclusions: the RCNC is an instrument of coordination between both levels that promotes the cooperation and participation of the nurses. By means of the nursing language, it makes communication easier and allows providing a general view of the user, his/her family and his/her environment.

The continuity in providing cares contributes to save resources with the formation of stable working groups and the consensus obtained.

Key words: Continuity, Nursing, Cares, Quality perceived, Coordination.

Introducción

Algunos condicionantes, tales como el envejecimiento de la población, la aparición de nuevas patologías y la cronificación de procesos, la necesidad de atención domiciliaria, los cambios en los perfiles familiares –que disminuyen la disponibilidad de cuidadores informales–, las nuevas demandas sociales, los avances científicos y tecnológicos,... producen modificaciones en el ciclo vital y aumentan los requerimientos de los ciudadanos a los sistemas sanitarios, de los que esperan *coordinación y continuidad* en la provisión de servicios.

En el ámbito anglosajón existen cada vez más evidencias disponibles sobre los beneficios de iniciativas conjuntas entre atención primaria y especializada mediadas por enfermeras, que consiguen reducir el riesgo de institucionalización, el número de reingresos, los costes sanitarios, o mejorar la adherencia terapéutica, la calidad de vida y la satisfacción de los usuarios[1-4].

En nuestro país los marcos legales establecen diferentes aspectos de la coordinación entre niveles asistenciales. Por un lado la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud[5] regula que la atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral del paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel. Asimismo, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias[6] recoge que el ejercicio de las profesiones ha de realizarse de acuerdo a diferentes principios, entre los que se incluye "la *continuidad asistencial* de los pacientes".

La Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias[7] plantea que son funciones de la Asistencia Sanitaria: a) Atención Primaria integral de salud en colaboración con los servicios sociales de su ámbito, así como la *atención continuada* propia de dicho nivel asistencial y b) Atención Especializada en régimen domiciliario, ambulatorio y hospitalario, así como la atención continuada propia

de dicho nivel asistencial y la rehabilitación.

Por último, el Plan de Salud de Canarias[8] recoge la obligación de garantizar la continuidad de los procesos asistenciales y las líneas de actuación estratégica de la Consejería de Sanidad 2003-2007, de forma específica la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles, a través de los informes al ingreso y al alta hospitalaria, otorgando especial dedicación a las personas y grupos sociales más desfavorecidos, tanto en sus niveles de salud como socioeconómicos, cuidando siempre de ofrecer la máxima seguridad y confianza, prontitud y calidad, junto con un uso de recursos responsable.

En consonancia con lo anterior en el Servicio Canario de Salud (SCS), se comienzan en el año 2000 a desarrollar y evaluar experiencias de sistemas de información para la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales en diferentes áreas de salud, y de forma concreta en el 2003 se pone en marcha un proceso para el desarrollo del *servicio de continuidad de cuidados de enfermería* entre niveles asistenciales entre el Consorcio Sanitario de Tenerife (CST) y la Gerencia de Atención Primaria, entendiendo este servicio como un instrumento para la mejora de la coordinación.

La información que las enfermeras pueden aportar con relación a sus pacientes, tanto al ingreso como al alta en los hospitales, puede contribuir a reducir los días de hospitalización, aumentando con ello la permanencia del paciente el mayor tiempo posible en su domicilio y entorno habitual, a mejorar la organización de los recursos sociosanitarios para el apoyo en los cuidados domiciliarios, a personalizar la atención pre-ingreso y post-alta, a disminuir la ansiedad y a favorecer la comunicación y confianza de los pacientes con las enfermeras.

Una correcta planificación de los cuidados de enfermería en relación con las necesidades y problemas del paciente repercute en la mejora de la calidad de los servicios y contribuye a la resolución de los problemas de los ciudadanos.

En el *sistema sanitario* la coordinación entre niveles asistenciales es una condición indispensable para la mejora de la calidad y el uso eficiente de los recursos. El reto de la gestión sanitaria en la actualidad es el de conducir los esfuerzos de la organización en la consecución de mejorar la calidad, al tiempo que se reducen los costes en la producción de salud, ya sea en el hospital o en cualquier otro ámbito. En lo que a la *Atención Especializada* (AE) se refiere, una de las estrategias para reducir el coste hospitalario consiste en disminuir la estancia media. Así, Ricardo Herranz afirma que “cada décima de reducción de la estancia media hospitalaria supone una disminución media del 1% en los costes hospitalarios”, por tanto, piensa que los gestores responsables de centros hospitalarios, para mejorar su administración, asumen la necesidad de reducir costes, aumentando la actividad al tiempo que se mantiene la complejidad.

En los últimos años se ha hecho un esfuerzo por acortar la estancia media hospitalaria, no siendo motivos sólo de índole económica y administrativa los que han influido en esta tendencia, sino afectando a otros indirectamente, como son la disminución de las infecciones nosocomiales y la reducción en la demora quirúrgica, ya que se acorta el tiempo de permanencia en las listas de espera.

Diferentes estudios han identificado factores de riesgo independientes, destacando una estancia prolongada, la ventilación mecánica y el uso de accesos vasculares terapéuticos, además de las condiciones del paciente, como pueden ser estado inmunológico, edad, etc. Por tanto, conociendo estos factores de riesgo, la primera medida sería realizar intervenciones que disminuyeran la estancia de los pacientes, ya que, si el paciente se infecta, implicará un aumento de la estancia hospitalaria con el coste que esto supone.

En lo que a la *Atención Primaria* (AP) de salud se refiere, la continuidad de cuidados de enfermería repercutirá en la mejora de la atención domiciliaria, haciendo prever una disminución en las consultas urgentes, facilitando la captación en los programas de salud de las personas mayores o con patologías crónicas, en los programas de atención infantil, etc., contribuyendo también a disponer de criterios objetivables para priorizar la atención. Asimismo, es de esperar un aumento en la necesidad de recursos de soporte a la atención domiciliaria, tales como material de cuidados, material ortoprotésico, etc.

Merece una referencia especial el tema de los cuidadores familiares, ya que por una parte será previsible un aumento del coste de los cuidados formales e informales de los pacientes con altas precoces, al tiempo que la planificación de altas e ingresos en cuidadores familiares permitirá un ahorro en los cuidados formales.

Para *ambos niveles asistenciales* disponer de sistemas de valoración y de intervención unificados repercutirá en la mejora de la gestión de servicios.

Para las enfermeras la continuidad de los cuidados es una oportunidad para, entre otras cuestiones, mejorar la comunicación entre niveles, usar un lenguaje común, unificar las intervenciones/cuidados, compartir espacios de formación, disponer de asesoramiento en cuidados especializados, realizar sesiones clínicas sobre pacientes compartidos. Todo ello tendrá una repercusión en el reconocimiento profesional de las enfermeras y en el desarrollo de su papel como gestoras de cuidados.

Objetivos

Diseñar, implantar y evaluar un modelo para la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales. De forma específica se plantean los siguientes objetivos:

1. Poner en marcha un sistema de comunicación entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales para el intercambio de la *información relevante* en el cuidado del paciente, tanto en el momento del ingreso como en el alta hospitalaria.

2. Elaborar *guías* de práctica asistencial consensuadas para el seguimiento de los cuidados de los pacientes con determinado perfil de necesidades (pacientes post-quirúrgicos, ostomizados y diabéticos).

3. Realizar programas de *formación continuada e interconsultas* entre ambos niveles.

4. Instaurar un *servicio de asesoramiento* para la planificación de altas/ingresos de personas con necesidad de continuidad de cuidados de enfermería.

Metodología

La metodología empleada ha sido la formación de un grupo coordinador,

integrado por las Direcciones de Enfermería y varios grupos de trabajo con profesionales de ambos niveles asistenciales, con la función de planificar, implantar y realizar el seguimiento y evaluación consensuado del servicio.

El grupo coordinador constituido por ochos enfermeras, cuatro del Consorcio Sanitario de Tenerife, dos de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife y dos de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud se reunió por primera vez en febrero de 2003. En reuniones sucesivas se elaboró un primer borrador del servicio de continuidad de cuidados y se forma un grupo de trabajo, con enfermeras asistenciales de AE y AP para acercar este proyecto a la realidad existente. El objetivo del grupo era determinar la estructura del informe de continuidad de cuidados y los contenidos mínimos a incluir en los mismos. Se comenzó con una revisión bibliográfica, estudiando las diferentes experiencias existentes, lo que nos sirvió para elaborar nuestra propuesta sobre cómo debe ser el modelo ideal del informe de enfermería. Una vez definido el modelo de informe de continuidad de cuidados al ingreso y al alta hospitalaria y el contenido mínimo, se vio la necesidad de facilitarles a las enfermeras una herramienta que permitiera, en la práctica diaria, recoger la información necesaria para la realización del ICCE de forma eficaz. De esta manera se decide realizar un modelo de entrevista semiestructurada para uso común de las enfermeras de ambos niveles, utilizando para ello la valoración de enfermería por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon[9].

Con esta información se cierra el primer protocolo del servicio en abril de 2003 y se decide comenzar a pilotar la implantación del ICCE en junio. Se estableció una base de datos en Microsoft Access para la evaluación de los indicadores del proyecto.

Durante el mes de mayo se presenta el servicio a los directores, subdirectores y mandos intermedios de ambas instituciones, resaltando el importante papel que pueden ejercer en el *marketing* del proyecto y en la capacidad para motivar a las enfermeras en la utilización del ICCE. Posteriormente se realizaron actividades de difusión e información al resto de las enfermeras.

En julio de 2003 se firma un acuerdo entre las instituciones que adquieren el compromiso de implantar el servicio, y se presenta la iniciativa a los medios de comunicación.

Iniciamos la fase de pilotaje con la implantación del ICCE al alta, en soporte informático, en todas las unidades de enfermería del CST, y se seleccionaron siete centros de salud para la realización de ICCE al ingreso.

Una vez comenzado el proceso, las enfermeras iban detectando dificultades y se establecieron medidas correctoras. Se constituyeron dos nuevos grupos de trabajo, uno para la elaboración de una valoración de enfermería estructurada por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon[9] para la población infantil y otro, que trabajó en dos anexos al ICCE, que son los de educación diabetológica y de nutrición. Ambos trabajos se anexaron al protocolo inicial.

En el primer trimestre del 2004, una vez concluida la fase de pilotaje, se miden los indicadores de evaluación y se comienza a reestructurar el nuevo

documento del servicio, que se aprueba en el mes de junio.

En relación con la evaluación del servicio en 2003 se midieron los indicadores de cobertura y proceso cada dos meses. En 2004 la evaluación se realiza semestralmente y se planifica la evaluación de resultados en calidad y satisfacción percibida por los pacientes y profesionales para el segundo semestre. A partir de 2005, se comenzarán a monitorizar algunos de estos indicadores de resultados, tales como estancias medias hospitalarias, tasas de infecciones nosocomiales, tasas de reingreso, inclusión en programas de salud, captación de cuidadores familiares, consultas de enfermería en domicilio y urgentes, etc.

Paralelamente a este proceso de información, difusión e implantación se ha establecido un programa de formación sobre proceso enfermero, para los profesionales que realizan ICCE, en el que se trabaja con la valoración, consensuada por ambos niveles, estructurada por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon[9] y en la actualización de Taxonomía NANDA[10], NIC[11] y NOC[12]. Este programa va dirigido, en un primer momento, a las enfermeras con cargo de responsabilidad para pasar posteriormente al resto de las enfermeras. Para ello se han realizado doce cursos de 15-20 horas de duración y han recibido formación unas 300 enfermeras.

Por otro lado, a lo largo de 2004 se han realizado sesiones semestrales conjuntas con enfermeras de AE y AP, donde se realiza el seguimiento, a través de casos prácticos, de los circuitos, metodología, contenidos y formatos de los informes, lo que nos ha permitido mejorar la calidad de los mismos, así como los circuitos.

Resultados

Este servicio se oferta para toda el área de influencia del Consorcio Sanitario de Tenerife –conformado por el Hospital Universitario de Canarias y el área externa de psiquiatría–. Las zonas de referencia para el Consorcio Sanitario de Tenerife son las correspondientes al área norte de Tenerife (324.788 personas adscritas y 16 Centros de Salud) y el área de salud de la Palma (85.631 personas adscritas y 9 centros de salud). No obstante se ha de aclarar que en el CST, por su condición de hospital de tercer nivel, ingresan pacientes de zonas y áreas de salud distintas a las referenciadas, a los que también se les incluye en el servicio.

Productos

1. Producto final.

Informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta y al ingreso hospitalario consensuado por ambos niveles (Ejemplo en *Anexo 1*).

2. Productos intermedios.

– Un modelo común de valoración para los pacientes incluidos en el servicio, consensuado para su uso tanto por las enfermeras de AP como de AE, siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon[9]. En concreto tres tipos de valoración: para personas adultas, para niños menores de dos años y para niños mayores de dos años.

– Una batería de tests y cuestionarios a utilizar para la valoración de los pacientes.

– Modelo de informes para la continuidad de cuidados en pacientes con educación diabetológica y pacientes con educación nutricional.

Anexo 1. *Ejemplo de informe de continuidad de cuidados*

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CONSORCIO SANITARIO DE TENERIFE

ETIQUETA DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del enfermero/a:

Tfno. del enfermero/a:

Fecha del informe:

La niña....., de 9 meses de edad, ingresa en la Unidad de UCI Pediátrica, trasladada de la UCI neonatal a los 2 meses de vida, donde ingresó al nacer.

Con los siguientes signos y síntomas: insuficiencia respiratoria, hipotonía de tronco y extremidades.
Calendario vacunal: falta una dosis de Prevenar. Se puso una dosis extra de Meningitec porque la vacuna que se puso contra la meningitis C fue Mencevax. (Ver calendario vacunal).

Antecedentes personales/familiares: no refiere.

Hábitos tóxicos del entorno del paciente: no conocidos.

Alergias: no conocidas.

Situaciones estresantes: todas las relacionadas con el ingreso: traqueostomía, gastrostomía, intubaciones orotraqueales repetidas, venoclisis…

Porta informe al ingreso: no

Al ingreso, presenta los siguientes problemas de enfermería:

1. Deterioro del intercambio gaseoso.
2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
3. Patrón respiratorio ineficaz.
4. Deterioro de la respiración espontánea.
5. Riesgo de asfixia.
6. Riesgo de aspiración.
7. Deterioro de la deglución.
8. Riesgo de infección r/c hospitalización.

Durante su estancia, a la llegada a la UCI neonatal se conecta a la ventilación mecánica; durante la estancia en la misma se realizan varios intentos de extubación, los cuales han sido fallidos. Posteriormente, después de una leve mejoría en cuanto a la parálisis del diafragma que presenta se pudo pasar a ventilación no invasiva. En cuanto a la hipotonía que presenta, también hay mejoría después del tratamiento médico prescrito de acuerdo con síndrome miasténico congénito. Después de varios meses en la UCI neonatal, se traslada a la UCI pediátrica, se realizan varias intubaciones por empeoramiento de su cuadro respiratorio debido a atelectasias, aspiraciones de contenido gástrico… Tras las sucesivas intubaciones de la niña, se decide realizar traqueostomía mejorando notablemente su cuadro respiratorio, aunque sin dejar de usar los broncodilatadores por broncoespasmos de repetición.

Anexo 1. *(Continuación)*

Realización de gastrostomía, por las persistentes regurgitaciones y vómitos que continúan a pesar de la realización de la misma y tratamiento antirreflujo que empeoraba el manejo respiratorio. Introducción de su dieta de alimentación complementaria de acuerdo a su edad.

Durante su estancia en la UCIP, se ha enseñado a sus padres el manejo, cuidado y cambios de la traqueostomía, además de la técnica de aspiración, fisioterapia respiratoria, alimentación por gastrostomía y reanimación cardiopulmonar básica con mascarilla y bolsa autoinflable. También se les ha enseñado el funcionamiento y manejo del respirador que la niña tiene conectado de forma continua.

La niña es trasladada a la planta de Pediatría para que los padres le realicen todos los cuidados aprendidos y después darle el alta. Ante la imposibilidad de dar el alta médica desde la planta de hospitalización vuelve a ingresar en la UCI pediátrica.

Al alta, presenta los siguientes problemas no resueltos:

1. Riesgo de infección r/c traqueostomía y gastrostomía.
2. Deterioro del intercambio gaseoso.
3. Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
4. Patrón respiratorio ineficaz.
5. Deterioro de la deglución.
6. Riesgo de asfixia.
7. Riesgo de aspiración.
8. Riesgo del síndrome de estrés de traslado.

Cuidados actuales/recomendaciones para el alta/otra información de interés:

A la enfermera del centro de salud:

1. Cuidados de traqueostomía y de gastrostomía habituales (la madre está informada y aleccionada de cómo realizarlos correctamente).
2. Manejo y vigilancia del respirador domiciliario.
3. Control ventilatorio del niño.
4. Control nutricional.

A la madre:

1. Acudir a su enfermera del centro de salud para las revisiones recomendadas y cuando tenga dudas sobre cualquier problema de la niña.
2. Cuidados de traqueostomía y gastrostomía según pauta dada.
3. Manejo y vigilancia del respirador domiciliario.
4. Control del estado respiratorio de la niña: vigilar coloración, frecuencia respiratoria, movilidad del tórax y cualquier signo que pueda indicar dificultad respiratoria.
5. Control y manejo de la dieta prescrita.

Se le ha entregado por escrito información a..... (parentesco: .....), con teléfono de contacto: ..... y dirección: .....

Fdo.....	Fdo.....
Enfermera	Supervisora
N.º Colegiado	N.º Colegiado

– Un circuito de transmisión de información entre niveles.

– Una guía del servicio de continuidad de cuidados que recoge la población diana, los objetivos y metas a conseguir, las actividades a realizar por las enfermeras de ambos niveles, el circuito establecido para la solicitud/remisión de la información, materiales, los indicadores de evaluación y una batería de anexos con toda la información adicional y recursos del servicio.

– Un sistema de registro informático en una base de datos en Access para la obtención y explotación de la información necesaria para los indicadores de evaluación de cobertura y proceso.

– Un programa de formación sobre proceso enfermero, para las enfermeras que realizan ICCE.

3. Productos en fase de elaboración.

Como continuación de los procesos abiertos, los grupos de trabajo interniveles están elaborando las guías de actuación consensuadas para los cuidados al paciente diabético, al paciente ostomizado, para la promoción de la lactancia materna y en salud mental.

Estamos desarrollando un sistema informático de transmisión de datos vía intranet para la comunicación entre profesionales de ambos niveles, lo que nos permitirá disminuir los tiempos de comunicación y asegurar la recepción de los informes.

En el mes de diciembre de este año se realizará una encuesta telefónica sobre la satisfacción con el servicio de pacientes que han recibido informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta.

Resultados de cobertura y proceso

En el último corte de evaluación realizado del 1 de enero al 31 de octubre de 2004, el 17,74% de las altas hospitalarias se van con un informe de continuidad de cuidados de enfermería –un total de 3.442 informes emitidos–, y de

Figura 1. *Denominación de las necesidades de cuidados*

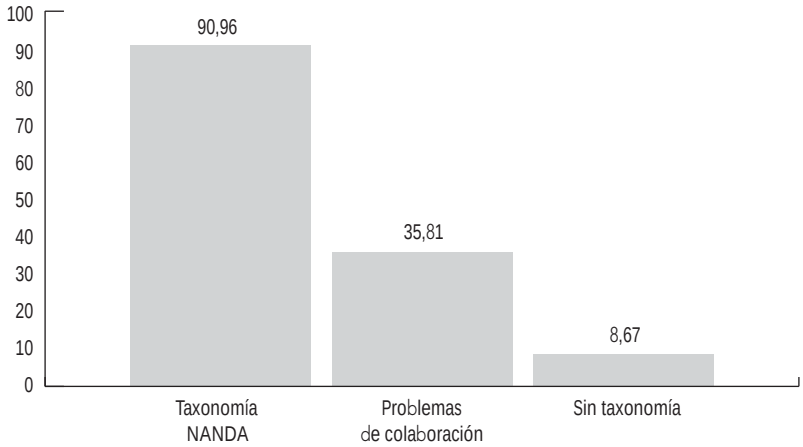
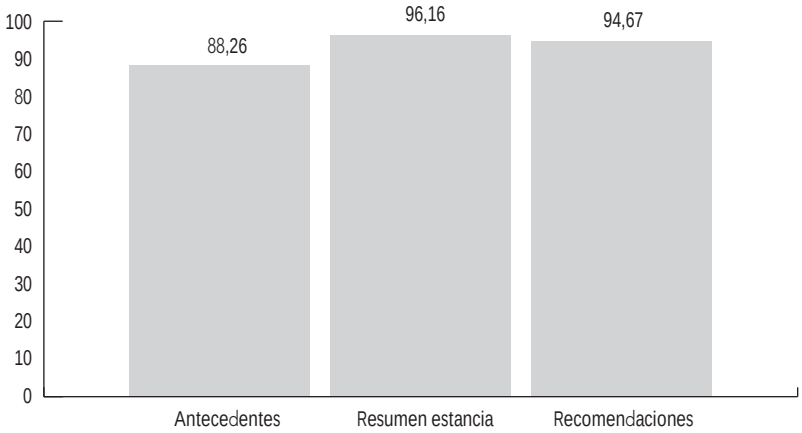


Figura 2. *Contenido del ICCE*



éstos tenemos constancia de que son recibidos en APS el 81% de los mismos.

De los indicadores de proceso resaltar que el número de informes que registran el apartado de antecedentes –el diagnóstico médico/problemas de salud, hábitos tóxicos, alergias y situaciones especiales/estresantes en los últimos meses– es el 88,26%.

En cuanto a cómo se recogen las necesidades de cuidados en los informes (*Figura 1*), en el 90,96% se utilizan los diagnósticos de enfermería de la Taxonomía NANDA[10], en el 35,81% se recogen los problemas de colaboración y en el 8,67% se utiliza un lenguaje que no es la taxonomía NANDA[10].

Por último, en el 96,16% de los informes se hace un resumen de las intervenciones de enfermería realizadas durante la estancia en el hospital, en el 94,67% se recogen recomendaciones dirigidas al profesional de AP y al paciente (*Figura 2*).

Resultados de calidad percibida por las enfermeras

Para explorar la calidad percibida con el servicio por las enfermeras de ambos niveles se elaboró una encuesta con las siguientes dimensiones: el conocimiento del servicio, beneficios percibidos sobre los usuarios y las enfermeras, el ICCE –población diana, estructura, contenido, lenguaje y dificultades para su realización–, satisfacción global y propuestas de mejora.

De los resultados obtenidos merece la pena destacar lo siguiente: el total de la muestra fue de 153 enfermeras en CST y de 259 en AP. El 6% tenía cargos de responsabilidad y el resto eran enfermeras asistenciales, de éstas casi la mitad tenían una experiencia laboral mayor a 10 años. El 80% habían recibido o emitido un ICCE. Asimismo se indagó sobre el beneficio del ICCE para los usuarios, la importancia de recibir un informe desde el otro nivel asistencial como ayuda para planificar los cuidados del usuario (*Figura 3*).

En relación con la población diana del servicio, las enfermeras del CST opinan en mayor medida que las enfermeras de AP que el ICCE debe realizarse a todos los pacientes (*Figura 4*).

Y, por último, casi la totalidad de las enfermeras, el 96% en AE y el 77% en AP, afirman que es importante el uso del lenguaje enfermero.

Sobre las dificultades para elaborar el ICCE, las enfermeras destacan: la falta de tiempo, la carga asistencial existente, el elevado número de altas diarias, la población dispersa en AP y altas o

Figura 3. *Beneficios del ICCE*

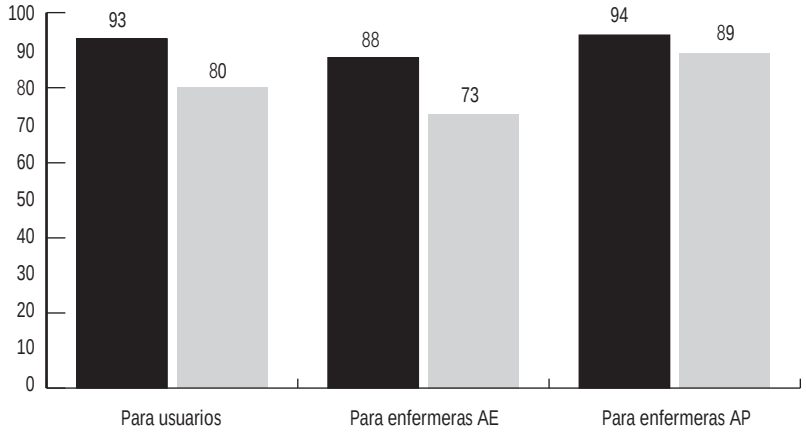
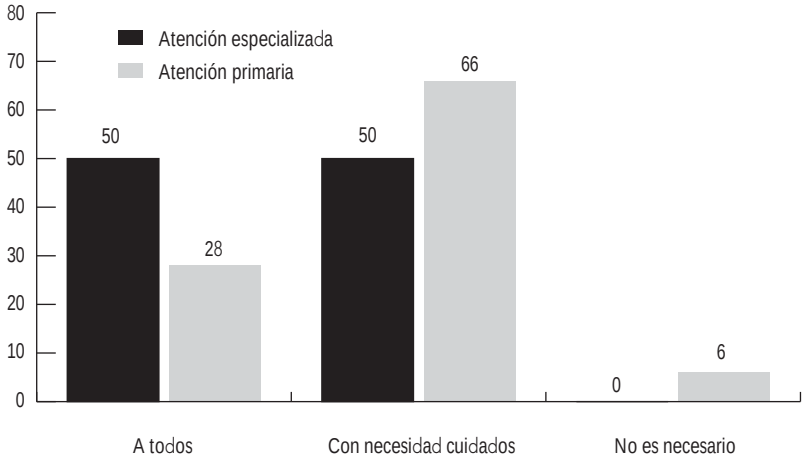


Figura 4. *Pacientes a los que se ha de realizar el ICCE*



ingresos no programados, el desconocimiento del uso del ordenador y del lenguaje enfermero.

Las propuestas para mejorar el servicio giran en torno a actividades conjuntas que fomenten las relaciones entre los dos niveles –reuniones, sesiones, formación, grupos de trabajo para el diseño de guías comunes de cuidados…– y actividades de *feed-back* sobre la evaluación del servicio (*Tabla 1*).

Estas propuestas van en consonancia con lo planteado en la última jornada entre niveles realizadas en el mes de noviembre. En ésta participaron 120 enfermeras de ambos niveles y se establecieron doce grupos de trabajo mixtos. La finalidad del encuentro fue analizar el ICCE, determinando la población diana en diferentes perfiles de pacientes, la información relevante en el contenido de los mismos, necesidades formativas y proyectos futuros.

Los grupos establecieron los criterios de priorización en la población diana para el paciente con educación diabetológica y nutricional, la población infantil, el paciente cardiológico, oncológico, pluripatológico adulto y mayor, postquirúrgico y salud mental. Entre las necesidades formativas priorizan la formación sobre el proceso enfermero, la informática y la metodología docente. En los proyectos futuros destacan la formación conjunta, la formación de grupos de trabajo estable con enfermeras de ambos niveles, reuniones periódicas de coordinación, realizar sesiones clínicas conjuntas de casos concretos con pacientes comunes, la elaboración de guías de cuidados consensuadas y la historia única informatizada.

Conclusiones

El proceso de planificación y desarrollo del servicio de continuidad de cuidados ha mejorado la coordinación entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales, desencadenando nuevas necesidades formativas y de proyectos comunes.

El intercambio de información relevante entre los profesionales a través del ICCE ha tenido como consecuencia que las enfermeras mejoren los registros de las intervenciones realizadas, lo que, unido a la estrategia de formación realizada, ha generado de forma natural el uso del lenguaje enfermero optimizando el entendimiento entre las enfermeras.

Tabla 1. *Dificultades en el uso del Informe de continuidad de cuidados y propuesta de mejora*

DIFICULTADES	PROPUESTAS DE MEJORA
Falta de conocimientos en metodología enfermera: NANDA, NIC, NOC	Formación
Falta de habilidades en el manejo de la informática	
Falta de tiempo	Informatización del proceso enfermero en la historia clínica/salud y disponibilidad de ordenadores.
Escasez de registros	
Para realizar el ICCE en AP para los ingresos no programados	Solicitud del ICCE desde el CST
Altas no programadas	Mecanismos de coordinación con las divisiones médicas
Falta de conocimiento de los servicios/intervenciones que se ofertan en cada nivel asistencial	Rotaciones formativas programadas/reciclaje por servicios específicos de Atención Especializada y centros de salud
Variabilidad en la práctica enfermera	Estandarización de los cuidados
Barreras para la comunicación directa bidireccional	Sistemas de comunicación *on-line*

La informatización de la historia clínica se plantea como un elemento básico para la consolidación del servicio que además permitirá agilizar el intercambio de la información.

A medida que las enfermeras han ido habituándose en el uso de la valoración y de los informes, se ha ido incrementando el número de ICCE y la calidad de los mismos.

Las enfermeras están satisfechas de su participación en el servicio, manifiestan que el ICCE es útil para la planificación de los cuidados, para tener una visión global del usuario, la familia y el entorno, planteando la necesidad de proyectos futuros para consensuar los cuidados a prestar a los usuarios en los dos niveles, lo que contribuye al uso más racional de los recursos.

Las enfermeras demandan más espacios y momentos de encuentros de ambos niveles que permitan la formación conjunta, el seguimiento de casos compartidos, el conocimiento de los servicios y de las personas que realizan los informes.

La consolidación del servicio exige continuar utilizando estrategias formativas similares a las establecidas, adaptándolas a las nuevas demandas que se generan en las enfermeras asistenciales.

Agradecimientos

Agradecemos el empeño y apoyo de las direcciones de enfermería cuyo liderazgo activo ha sido el eficaz motor para la puesta en marcha del servicio. A los mandos de enfermería del CST y a los responsables del servicio en AP que trabajan con las enfermeras para mejorar la práctica diaria y la consecución de los objetivos, y de forma especial a todas las enfermeras, porque sabemos del esfuerzo que realizan para incluir en su trabajo diario el informe de continuidad de cuidados, porque son ellas las que ponen la cara y la voz haciendo realidad la continuidad de cuidados.

Bibliografía

1. Dalal HM, Evans PH. Achieving national service frame work standards for cardiac rehabilitation and secondary prevention. BMJ. 2003;326:481-484.

2. Laramee AS, Levinsky SK, Sargent J, Ross R, Callas P. Case management in a heterogeneous congestive heart failure population: a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2003;163(7):809-817.

3. Foster A, FRCPC, Murff H, Peterson J, Ganchi T, Bates D. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. Ann Intern Med. 2003;138:161-167.

4. Naylor MD, Broten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalised elders: a randomized clinical trial. JAMA. 1999;281: 613-620.

5. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS. BOE n.º 128 de 29 de mayo de 2003.

6. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE n.º 280 de 22 de noviembre de 2003 (art. 13/1).

7. Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. BOC n.º 96 de 5 agosto de1994.

8. Plan de Salud de Canarias. Decreto 3/1997 de 21 de enero. BOC n.º 41 de 31 de marzo de 1997.

9. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3.ª Ed. Madrid: Mosby; 1996.

10. North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación.1997-1998. Madrid: Harcourt; 1997.

11. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). Madrid: Harcourt, Mosby; 2001.

12. McCloskey JC, y cols. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 3.ª Ed. Harcourt; 2003.