

La enfermera de AP como garante de la continuidad de cuidados: Intervención proactiva tras el alta hospitalaria

MJ Calvo Mayordomo¹, JA Infantes Rodríguez², C Solano Villarrubia², E Rebollo López², JL Martín Maldonado²

Resumen: La continuidad asistencial, y dentro de ella la continuidad de cuidados, es un elemento clave para garantizar la calidad de los servicios sanitarios que reciben nuestros ciudadanos y para que estos sean percibidos como unos servicios de calidad. En la actualidad se produce una “brecha asistencial” en los pacientes que son dados de alta tras un ingreso hospitalario y, además, puede haber dificultades para garantizar el correcto cumplimiento de las indicaciones dadas al alta. Para reducir estas dificultades, en la Dirección Asistencial Sureste de Atención Primaria de Madrid, se pone en marcha una línea de trabajo por la que las enfermeras familiares y comunitarias realizan seguimiento telefónico a los pacientes en las primeras 24-48 tras ser dados de alta.

Palabras clave: Atención Primaria, Enfermería, Continuidad de la atención al paciente, Alta hospitalaria

Introducción

En la actualidad es ampliamente reconocida la importancia que tiene la continuidad asistencial para la correcta atención a los problemas de salud de la población y para contribuir a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios^{1,2}. Los sistemas sanitarios deben organizarse, por tanto, para facilitar esta continuidad de la atención al paciente. Sus intervenciones han de estar centradas en el ciudadano hasta el punto de que satisfacer sus necesidades y

anticiparse a la posible aparición de problemas debería ser uno de sus objetivos principales.

Un ciudadano que ha permanecido ingresado en una unidad hospitalaria tiene, durante ese período, respuesta a sus necesidades de cuidados durante las 24 horas del día y, por tanto, una alta percepción de seguridad. Sin embargo, esta situación se invierte al producirse el alta hospitalaria. Al volver a su entorno domiciliario habitual, puede producirse una situación en la que el ciudadano encuentre dificultades para llevar correctamente a cabo el plan terapéutico propuesto en el hospital o le surjan nuevas necesidades que requieran de una orientación profesional para su resolución. Tal como está ahora organizada la prestación del servicio sanitario, lo habitual es que sea el propio ciudadano quien deba determinar si precisa algo del mismo y acudir a él para resolverlo. Por este

¹ Directora Asistencial Enfermera de la Dirección Asistencial Sureste. Gerencia de Atención Primaria de Madrid

² Enfermeros de la Dirección Asistencial Sureste. Gerencia de Atención Primaria de Madrid

Correspondencia: mcmayordomo@salud.madrid.org

motivo, cabe la posibilidad de que necesidades reales de cuidados queden sin ser resueltas si el ciudadano no toma la iniciativa de demandar atención.

Algunas de las consecuencias de que se produzca una “brecha asistencial” entre el hospital y la Atención Primaria (AP), pueden ser la duplicidad de intervenciones en ambos niveles asistenciales, que los pacientes no tomen correctamente su medicación³, que no reciban los cuidados que precisan^{1,2}, o el riesgo de agravamiento del proceso y, en consecuencia, de un reingreso hospitalario que podría haber sido evitado. Estas situaciones pueden producir, además, incertidumbres e insatisfacción tanto en los pacientes como en sus familiares o cuidadores.

En un momento como el actual, en el que la atención a las personas con enfermedades crónicas, comienza a ponerse en el centro de atención de todos los sistemas sanitarios^{4,5}, resulta necesario adoptar medidas que faciliten el tránsito entre niveles asistenciales y que minimicen las consecuencias negativas de la falta de continuidad asistencial.

Algunos estudios recientes concluyen que el 75% de los re-ingresos hospitalarios son evitables⁶ (dentro de los 30 días siguientes al alta). Esto supone un 13% de los ingresos de un hospital actual, siendo muchos de ellos, pacientes con enfermedad crónica que reingresan continuamente.

Para corregir esta situación R. Bengoa⁷ propone una serie de mejoras:

- Disminuir las complicaciones durante la estancia hospitalaria
- Mejorar la comunicación en el proceso de alta hospitalaria
- Promover una monitorización estrecha con el paciente
- Ejercer una participación activa por los pacientes
- Mejorar la comunicación y colaboración con la atención primaria después del alta

Así pues la comunicación en el proceso de alta y la colaboración con AP tras el alta, se presentan como elementos a mejorar. Paralelamente a estas hay otras intervenciones que han evidenciado un resultado positivo, como son la visita domiciliaria y el apoyo telefónico proactivo⁸ (Tabla 1).

Intervention	Evidence quality	Effect	Priority
Proactive nurse telephone support	High	Positive	H
Home visits	High	Positive	H
Support self management		Positive	H
Self monitoring	Medium	Positive	M
Telemonitoring	Medium	Positive	M
Provide care based on levels of need	Medium	Positive	M
Service users as care providers	Low	Positive	M
Use telephone calls instead of some clinic visits	Low	Positive	M
Have specialist nurses within community teams	Low	Positive	M
Partnerships with community groups	Low	Positive	M
Integrating health and social care	Low	Positive	M
Training to support staff in new roles	Low	Positive	M
GPs with special interests	Low	Mixed	L
Internet support	Low	Mixed	L
Written plans	Medium	Mixed	L
Patient held records	Medium	Mixed	L

Tabla 1

Se ha encontrado que el apoyo telefónico mejora los resultados clínicos o reduce síntomas en personas con depresión, enfermedad cardíaca, diabetes, asma y los ancianos frágiles, entre otros. También hay evidencia de que la información y el seguimiento telefónico pueden reducir el uso de los servicios sanitarios. Por ejemplo, las llamadas telefónicas regulares de enfermeras han reducido hospitalizaciones o han retrasado la necesidad de asistencia médica en personas con enfermedad cardíaca, asma y diabetes^{9, 10, 11, 12, 13, 14}.

Para dar respuesta a esta situación y minimizar el impacto de la transición entre niveles asistenciales se hace necesario establecer mecanismos que garanticen que los profesionales sanitarios de referencia de cada ciudadano en Atención Primaria son conocedores del momento en que se produce el alta hospitalaria y, de forma proactiva, contacten con él para valorar, desde una perspectiva profesional, la necesidad de recibir cuidados y ofrecer las intervenciones adecuadas a cada situación. Para ello contamos con algunos puntos fuertes, como son la amplia red de centros de salud, que acerca los servicios de AP al ciudadano, el hecho de que cada ciudadano tenga asignados profesionales de referencia en AP, que garantiza la personalización de la atención, y la informatización de los sistemas de información tanto en los hospitales como en AP, que facilita el intercambio de información clínica entre niveles asistenciales.

Dado que estamos hablando de detectar necesidades de continuidad de cuidados y de anticiparse a las que pueda

tener el paciente tras haber estado ingresado, son las enfermeras de Atención Primaria quienes deben intervenir en primera instancia pues está dentro de su campo profesional la valoración integral del paciente con un enfoque humanista, no biologicista y teniendo en cuenta el entorno y los recursos de los pacientes, tanto personales, como económicos o sociales¹⁵, para resolver sus necesidades.

Para ello el equipo directivo de la Dirección Asistencial Sureste de Madrid diseña la línea de trabajo “Continuidad de cuidados tras un alta hospitalaria”, con los siguientes objetivos.

Objetivo General

Garantizar la continuidad de cuidados tras una estancia hospitalaria

Objetivos Específicos

- Garantizar que en las primeras horas tras el alta, los pacientes son valorados por una enfermera para la detección de sus necesidades de cuidados y la mejora de la adherencia al plan terapéutico.
- Mejorar la percepción que tienen los ciudadanos de la coordinación entre niveles asistenciales.

Metodología

La Dirección Asistencial Sureste (DASE) está formada por 39 centros de salud y 19 consultorios locales que, a su vez, se coordinan con 4 hospitales. Esto hace necesario crear una estructura que propicie la continuidad asistencial y la coordinación entre los centros salud y su hospital de referencia. A propuesta de la DASE se llevan a cabo diversas reuniones en las que participan la directora asistencial enfermera de Atención Primaria (AP) y las Direcciones de Enfermería y Continuidad Asistencial de cada hospital con el fin de decidir las acciones a realizar en cada nivel asistencial para desarrollar este proyecto:

Desde el hospital:

- Dar permisos a las enfermeras de AP para el acceso a los informes de la historia clínica informatizada del hospital.

- Comunicar a los centros de salud el listado de pacientes de alta hospitalaria. Hay dos procedimientos diferentes según el hospital de referencia:

- Dar acceso a los miembros de la unidad administrativa de los centros de salud, a través de un visor, a los listados diarios de altas hospitalarias. Los pacientes, en estos listados, están organizados por centro de salud.
- Enviar diariamente al correo institucional de cada centro de salud el listado con los pacientes dados de alta

Desde atención primaria:

- Facilitar el acceso telefónico al exterior en las consultas de enfermería de AP.
- Unificar un procedimiento para todos los centros de salud con las siguientes acciones:
 - Definir un mismo acto para la cita en las agendas de las enfermeras en las siguientes 24h tras el alta. Se denomina “AHOS”.
 - Definir el procedimiento en el centro de salud. Cada día desde la unidad administrativa se accede al listado de pacientes dados de alta, y se les da una cita en el mismo día con su enfermera o con otra enfermera en caso de ausencia. El tipo de cita se define como consulta a demanda telefónica. En caso de no haber huecos libres se fuerza una cita. Se recomienda de forma explícita que la enfermera consulte la historia clínica del hospital antes de la llamada. Se excluyen de este circuito los pacientes trasladados a hospitales de media estancia o a residencia sociosanitaria y los éxitus, que se comunican a los profesionales de referencia fuera del mismo.
 - Definir un protocolo de registro en la historia clínica informatizada, denominado “ALTA HOSPITALARIA” con el que poder medir distintos aspectos de esta intervención. Este protocolo mide el tiempo de demora de la llamada tras el alta, el tipo de atención posterior por la enfermera (en consulta o en domicilio), el motivo de la consulta, la presencia de informe de cuida-

dos al alta visible en la historia clínica del hospital y si ha requerido atención por otros profesionales, en cuyo caso la enfermera facilita la derivación.

- Elaborar 3 guiones diferentes de ayuda a la entrevista telefónica: “para un paciente crónico”, “para un paciente de un proceso agudo” y “para un familiar en caso de exitus de un paciente conocido”.

Resultados

La implantación de este procedimiento en todos los centros de salud de la DASE ha sido paulatina, ya que con cada hospital de referencia ha habido que establecer distintos mecanismos para garantizar la comunicación inmediata de las altas hospitalarias. Aunque en este momento todos los centros de salud están incorporados a esta línea de trabajo, se presentan en este artículo los datos de los hospitales del Henares, Sureste e Infanta Leonor con domicilio y enfermera de atención primaria asignada en los centros de salud de la Dirección Asistencial Sureste para los que es referente el hospital, dado que el Hospital General Universitario Gregorio Marañón se incorporó a esta iniciativa a mediados de 2014.

Las fuentes de datos son:

- de las altas hospitalarias: el programa de historia clínica (SELENE) de cada hospital
- de las citas y el protocolo de seguimiento: el programa de historia clínica de Atención Primaria (AP-MADRID)

El número total de pacientes de centros de salud de la DASE dados de alta en estos hospitales en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de septiembre de 2014 ha sido de 21.830. El seguimiento telefónico solo se realiza en las altas codificadas como “alta clínica h”, siendo estas 20.386; las altas por otros motivos (exitus, traslado a otros dispositivos sanitarios, etc) no son susceptibles de seguimiento en AP por este procedimiento (Gráfico 1). Del total de las altas clínicas efectuadas en el periodo de estudio, se citó en la agenda de la enfermera del paciente para realizar el seguimiento tras el alta el 86% de ellas (Gráfico 2).

Dado que esta intervención se enmarca en el ámbito de la continuidad de cuidados y que, para conseguir el objetivo deseado es determinante que el contacto se produzca de la manera más precoz posible tras la llegada del paciente a su domicilio, se ha considerado el tiempo desde el alta hasta el contacto telefónico como variable relevante. El resultado del presente estudio muestra que el 73% de los pacientes recibieron una llamada de su enfermera antes de las primeras 48 horas tras el alta, el 8 % más allá de las 48 horas y en un 19% no fue posible contactar telefónicamente (Gráfico 3).

El siguiente dato analizado ha sido el seguimiento realizado tras el contacto telefónico. Se han tenido en cuenta dos aspectos: el profesional que realiza el seguimiento y el tipo de intervención realizada, en el caso de que la consulta de seguimiento sea realizada por la enfermera. La distribución de estas citas de seguimiento, según el profesional que la atiende, es la siguiente: seguimientos realizados por la enfermera 44,22%. Seguimientos realizados por el médico de familia: 46,13%. Seguimientos realizados por otros profesionales 8,45%. De los seguimientos realizados por las enfermeras cabe destacar que el 7,68% se hace a domicilio y que el 2,93% (cuando el motivo del alta ha sido un parto) lo realiza la matrona (Gráfico 4).

Respecto al motivo de las citas de seguimiento, cuando este es realizado por enfermeras, el motivo más frecuente son “valoración y seguimiento de proceso crónico” con un 23% de los casos y “cuidado de lesiones” con un 17%. Con un 13% aparecen “aplicación de tratamientos”, “atención a recién nacido y/o puérpera” y “valoración de situación de riesgo”. El motivo “prevención y promoción de la salud” aparece en un 11% y “otros motivos” en el 11% restante de casos (Gráfico 5)

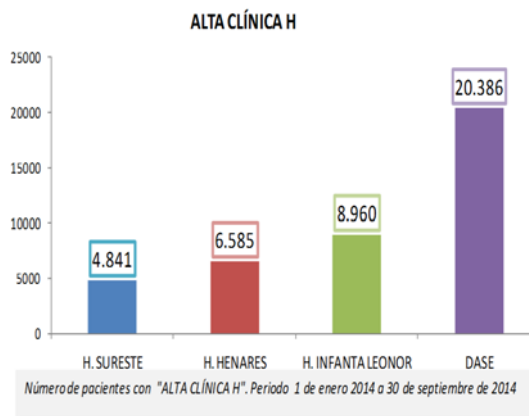


Gráfico 1

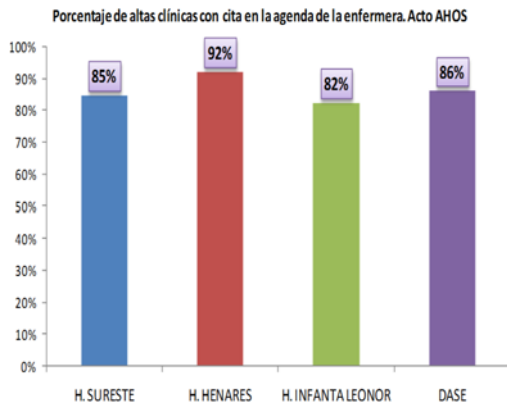


Gráfico 2

Contacto telefónico tras el alta hospitalaria
Dirección Asistencial Sureste

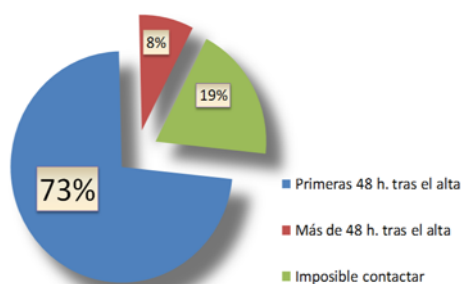


Gráfico 3

Tipo de seguimiento.
Dirección Asistencial Sureste 2014

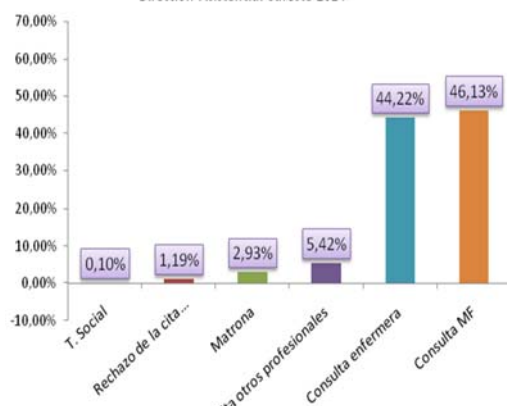


Gráfico 4

Motivo de la cita de seguimiento

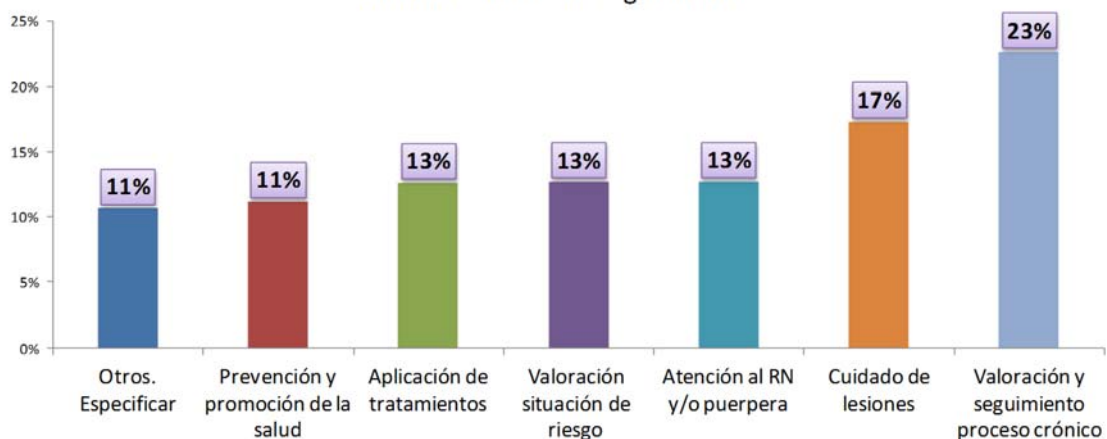


Gráfico 5

Discusión

Del análisis de estos datos cabe destacar que se está produciendo un contacto telefónico entre la enfermera de atención primaria y los pacientes, en las primeras horas tras ser dados de alta, en un porcentaje muy alto de los casos. Este contacto, que no se producía con anterioridad, ha permitido detectar problemas susceptibles de ser tratados por la enfermera de forma independiente en un 44,22% de los casos. Sorprende el alto porcentaje de casos en que el seguimiento se ha realizado en la consulta del médico de familia. Para intentar interpretar este dato, se ha realizado una primera aproximación cualitativa mediante entrevistas a las responsables de enfermería de cada centro de salud participante de este proyecto, apareciendo como hecho relevante que, en numerosas ocasiones, los pacientes, antes de ser llamados por su enfermera, ya estaban citados en las consultas de su médico de familia, bien para la realización de un trámite administrativo (bajas laborales), para solicitud de recetas y, obviamente, también para realizar una consulta sobre su proceso.

Respecto a los casos en que el seguimiento lo realiza la enfermera, podemos interpretar que, aquellos cuyo motivo de seguimiento ha sido valoración de proceso crónico, cuidado de lesiones, aplicación de tratamientos y atención al recién nacido y/o puerpera habrían sido atendidos antes o después en la consulta de la enfermera. En este caso la aportación de la llamada telefónica es la inmediatez en la detección de la necesidad de cuidados y la oferta proactiva de la enfermera, sin que sea precisa iniciativa alguna por parte del paciente. Por el contrario, en los motivos clasificados

como valoración del riesgo o prevención y promoción de la salud (que suponen un 24%), podemos deducir que esta llamada ha sido determinante a la hora de iniciar una intervención enfermera que, de otra forma, no se habría producido.

Respecto a la percepción que los ciudadanos tienen sobre si esta iniciativa mejora la continuidad asistencial, este aspecto está aún sin evaluar. Se ha diseñado una encuesta telefónica mediante la que se entrevistará a una muestra significativa de pacientes y con la que poder medir tanto el grado de utilidad como de satisfacción percibida por los pacientes que han recibido esta llamada telefónica. Este análisis será realizado antes de finalizar el primer semestre de 2015.

Conclusiones

Los sistemas sanitarios disponen de recursos limitados para atender las necesidades de la población. Para optimizar la utilización de estos recursos deben priorizarse aquellas intervenciones eficientes y de las que se disponga de evidencia de su impacto en salud. La propuesta expuesta en este artículo es factible y económicamente asumible. Incorporar a la actividad asistencial de las enfermeras la llamada proactiva a sus pacientes tras un ingreso hospitalario facilita la detección temprana de necesidades de cuidados y abre nuevas perspectivas de intervención de problemas que, de otra forma, podrían haber quedado sin identificar. De forma paralela, y contando con la colaboración de los profesionales, se ha introducido en poco tiempo un cambio en la gestión, que supone un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles y que puede tener un impacto positivo en la salud de la población, así como contribuir a mejorar la visibilidad de la enfermera de Atención Primaria.

En el actual estudio se han medido datos de proceso tras la puesta en marcha de esta novedosa iniciativa. En sucesivos estudios será pertinente incorporar datos de planes de cuidados abiertos en los seguimientos de estos pacientes, de las intervenciones realizadas por las enfermeras y de la evolución de los criterios de resultados de dichos planes, acercándose así a la medición de impacto en salud fruto de esta iniciativa.

El alto porcentaje de pacientes que han sido llamados por su enfermera permite afirmar que esta iniciativa está contribuyendo al cambio de cultura que precisan

las organizaciones sanitarias, por el que los profesionales han de adoptar una actitud proactiva para intentar anticiparse a las necesidades de sus pacientes. Esta iniciativa ya es una realidad en la Dirección Asistencial Sureste de Madrid, y está desarrollándose en el conjunto de la Comunidad de Madrid.

1. MeyerJ, Smith B. Chronic Disease Management: Evidence of Predictable Savings. Washington, DC: Health Management Associates; 2008.
2. Dennis SM, Zwar N, Griffiths R, Roland M, Hasan I, Davis GP et al. Chronic Disease Management in Primary Care: from evidence to policy. Evidence into Policy in Australian Primary Health Care. MJA. 2008; 188: S53-S56.
3. Dunbar-Jacob J Schlenk E 2001: Patient adherence to treatment regimens. *Pharmaceutical Journal* Vol. 267. Nov.24. 2001
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
5. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013
6. Kings Fund. UK and Medicare Paymet Advisory Commission study. USA 2007
7. Bengoa, Rafael (2008) "Empantanados," *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*: Vol. 1: Iss. 1, Article 8
8. Health Services Management Centre (HSMC). Evidence for transforming community services. Review: Services for long term conditions. Birmingham: University of Birmingham; 2009.
9. GESICA Investigators. Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. *BMJ* 2005; 331(7514): 425.
10. Riegel B, Carlson B, Kopp Z et al. Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. *Arch Intern Med* 2002; 162(6): 705-12.
11. van den Bussche H, Steinberg B, von Brandis S et al. Effectiveness of an outpatient disease management programme for chronic heart insufficiency patients. *Gesundheitswesen* 2004; 66(10): 656-60.
12. Dunagan WC, Littenberg B, Ewald GA et al. Randomized trial of a nurse-administered, telephone-based

- disease management program for patients with heart failure. *J Card Fail* 2005; 11(5): 358-65.
13. Kokubu F, Nakajima S, Ito K et al. Hospitalization reduction by an asthma tele-medicine system. *Aerugi* 2000; 49(1): 19-31.
 14. Chumbler NR, Neugaard B, Kobb R et al. Evaluation of a care coordination/home-telehealth program for veterans with diabetes: health services utilization and health-related quality of life. *Eval Health Prof* 2005; 28(4): 464-78.
 15. Orem D. *Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson; 2003