

Actividades de las enfermeras de enlace en el alta hospitalaria: una estrategia para la continuidad del cuidado*

Gisele Knop Aued^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-5914-1105>

Elizabeth Bernardino³

 <https://orcid.org/0000-0003-1321-8562>

Judith Lapierre⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-3863-9080>

Clémence Dallaire⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-3170-5671>

Objetivo: describir las actividades desarrolladas por las enfermeras de enlace para la continuidad del cuidado después del alta hospitalaria. Método: estudio descriptivo, cualitativo, pautado en el referencial teórico Cuidado Basado en las Fuerzas. La muestra comprendió 23 enfermeras de enlace. Los datos fueron recolectados por medio de un cuestionario semiestructurado vía plataforma electrónica *Survey Monkey* y analizados por medio de la técnica de Análisis de Contenido, con categorías predefinidas. Resultados: entre las enfermeras de enlace, nueve (39,14%), tenían 35 a 44 años de edad; 17 (73,91%), eran del sexo femenino; 15 (65,22%), trabajaban hace once o más años como enfermera y 11 (47,82%), actuaban de seis a diez años como enfermera de enlace. Las profesionales participan de la identificación de los pacientes que necesitan cuidados post-alta hospitalaria, coordinan la planificación del alta hospitalaria y transfieren las informaciones del paciente para un servicio extrahospitalario. Conclusión: las actividades desarrolladas por las enfermeras de enlace se centran en las necesidades del paciente y en la articulación con los servicios extrahospitalarios, y pueden ser adaptadas al contexto brasileño como una estrategia para minimizar la discontinuidad del cuidado con ocasión del alta hospitalaria.

Descriptor: Enfermería; Continuidad de la Atención al Paciente; Alta del Paciente; Cuidado de Transición; Práctica Profesional; Administración de los Servicios de Salud.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Práticas da enfermeira de ligação para a continuidade do cuidado", presentada en la Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 406058/2016-4 y del Programa Affaires Mondiales Canada 2016/2017, con el apoyo del gobierno canadiense.

¹ Faculdade de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil, y del Programme des bourses des futurs leaders dans les Amériques 2016/2017, Canadá.

³ Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

⁴ Université Laval, Faculté des Sciences Infirmières, Québec, QC, Canadá.

Cómo citar este artículo

Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3162. [Access   ]; Available in:  .
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069-3162>. URL

Introducción

La continuidad del cuidado es fundamental para la calidad de los cuidados de la salud, y se relaciona con la mejora de la satisfacción entre los pacientes, la reducción de los costos y la disminución de las internaciones hospitalarias evitables⁽¹⁻³⁾. La continuidad del cuidado es un concepto complejo y multifacético^(2,4). En este estudio, se define como el grado en que una serie de eventos es experimentada por el paciente como coherente, conectada y de acuerdo a sus necesidades⁽⁵⁾.

La combinación de diferentes elementos resulta en la continuidad del cuidado, siendo ellos: acceso a los servicios de salud; buenas habilidades interpersonales; fluidas informaciones entre los profesionales; apropiada coordinación de los cuidados; integración de los servicios⁽⁵⁾ y, sobre todo, de prácticas profesionales centradas en la persona, en sus necesidades y en los recursos disponibles, sean esos recursos de la persona o del sistema de salud.

En América Latina, la continuidad del cuidado ha sido un desafío para los sistemas de salud, porque hay deficiencia en la coordinación entre los diferentes niveles de atención, lo que resulta en dificultades en el acceso a los servicios de salud, duplicidad de pruebas diagnósticas⁽⁶⁾, fragilidad en cuanto a la articulación entre el hospital y la Atención Primaria en Salud (APS), en el momento del alta hospitalaria, ineficiencia o ausencia de la contrarreferencia para pacientes con diferentes problemas de salud, incipiente e ineficaz planificación del alta hospitalaria⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Con el fin de buscar, en el campo de la Enfermería, prácticas exitosas, que contribuyan efectivamente a la continuidad de la atención en el contexto brasileño, se desarrolló un proyecto multicéntrico, en Canadá, España y Portugal, centrado en las prácticas de las enfermeras de enlace en el alta hospitalaria. Se optó por estos países porque trabajan con la enfermera de enlace, la cual tiene un importante papel en la mejora de la comunicación y de la coordinación de los cuidados⁽¹¹⁾. Este estudio contempla los resultados del contexto canadiense.

Una persona de enlace es un profesional de la salud designado para coordinar el alta hospitalaria del paciente, acompañar el cuidado prestado y transferir las informaciones del hospital a los profesionales de la atención primaria⁽¹²⁾. Las enfermeras de enlace son extremadamente importantes en el alta hospitalaria para asegurar que los pacientes reciban los cuidados planificados, según sus necesidades, independientemente del lugar donde pasarán a ser atendidos o de los profesionales que los asistirán y, además, para que los servicios de diferentes niveles de atención a la salud puedan operar como una red, de forma articulada y coherente.

El estudio sobre el papel general de enfermeras de enlace, independientemente del área de actuación,

delineó seis dominios de la práctica de esas profesionales, siendo ellos: coordinadora de los cuidados; educadora; comunicadora; orientadora; abogada de los pacientes; agente de cambios; colaboradora; negociadora; miembro del equipo y clínica, que se refiere a la enfermera que asiste al paciente basada en un enfoque centrado en la persona⁽¹¹⁾.

Siendo el enfoque, centrado en la persona, un aspecto relevante de la práctica de las enfermeras de enlace, este estudio fue anclado en el referencial teórico del Cuidado Basado en las Fuerzas, el cual defiende que las enfermeras necesitan aprender nuevos caminos para conectarse, comprometerse e iniciar un movimiento que coloque el paciente en el centro del cuidado, con foco en su singularidad y en sus fuerzas⁽¹³⁾.

Las fuerzas son las capacidades que la persona y la familia tienen para enfrentar los desafíos de la vida, facilitar su recuperación, curación y colaborar para su bienestar. Las fuerzas abarcan las actitudes, los atributos, las competencias, los recursos y las habilidades de una persona⁽¹³⁾. Además, son importantes agentes sociales para unir al equipo de Enfermería en favor del cuidado⁽¹⁴⁾.

Se sostiene que el conocimiento de las actividades desarrolladas por las enfermeras de enlace, en el alta hospitalaria, puede ser útil para delinear estrategias de enfrentamiento de la discontinuidad del cuidado en el contexto brasileño. De ese modo, se cuestiona: ¿cuáles son las actividades desarrolladas por las enfermeras de enlace para la continuidad del cuidado? El objetivo de este estudio fue describir las actividades desarrolladas por las enfermeras de enlace para la continuidad del cuidado después del alta hospitalaria.

Método

Estudio descriptivo, cualitativo, desarrollado en los siguientes complejos hospitalarios en la provincia de Quebec: Centro Hospitalario Universitario de Montreal (CHUM) y Centro Hospitalario Universitario de Quebec (CHU). Los participantes fueron las enfermeras de enlace que actuaban en estos complejos hospitalarios. No se han establecido criterios de inclusión y exclusión.

El reclutamiento de los participantes tuvo lugar con la autorización expresa del CHUM y del CHU y fue facilitado por medio del apoyo de dos investigadoras asociadas de Canadá. Las enfermeras de enlace tomaron conocimiento de la investigación y de los objetivos de ésta por medio de una reunión informativa realizada en su ambiente de trabajo. En consecuencia, los jefes de las enfermeras de enlace enviaron, a una de las investigadoras, el email institucional de las 36 enfermeras de enlace. Posteriormente, se les envió la invitación para participar de la investigación vía plataforma electrónica *Survey Monkey*[®].

En la invitación, las enfermeras de enlace tenían la opción de acordar en participar de la investigación

o no. Al estar de acuerdo en participar, la enfermera era dirigida a la plataforma *Survey Monkey* con la apertura inmediata del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE). Después de leer el TCLE y concordar con tal documento, haciendo clic en la opción sí, la participante tenía acceso al cuestionario de la investigación. Si no está de acuerdo, haciendo clic en la opción no, automáticamente, la plataforma se cerraba.

La recolección de datos fue realizada de marzo a julio de 2016, por medio de un cuestionario semiestructurado y respondido, preferentemente, vía plataforma electrónica *Survey Monkey*[®] o impreso en papel, si la participante prefiriera. El cuestionario impreso en papel fue una exigencia del Comité de Ética en Investigación (CEP) de las instituciones coparticipantes a fin de respetar a las enfermeras que no se sintieran a gusto en utilizar el *Survey Monkey*[®]. Para la enfermera de enlace que deseara responder al cuestionario en el papel, fue enviada una copia del cuestionario vía email, para que ella pudiera imprimir, responder y posteriormente encaminar a unas de las investigadoras por el email, que fue creado específicamente para esta investigación.

Después de la recepción de la invitación, se estableció el plazo de 15 días para que los participantes completar y enviar el cuestionario. Para los participantes que no respondieron en este plazo, fue enviado nuevamente un recordatorio electrónico hasta el tercer intento, con intervalo de 15 días. De las 36 invitaciones enviadas, 24 fueron recibidas dentro del período establecido, siendo 23 respondidas vía plataforma *Survey Monkey*[®] y un, vía email, porque fue respondido en el papel. De los 24, uno fue excluido, pues estaba incompleto. Después de exhaustivas lecturas de los 23 cuestionarios, se percibió la saturación de los datos. Así, la población fue de 36 y la muestra totalizó 23.

El cuestionario semiestructurado fue construido con base en los objetivos de la investigación y en la literatura sobre el tema. Las cuestiones buscaron explicitar la caracterización de los participantes de la investigación, la identificación del paciente que necesita del servicio de enlace, la planificación del alta hospitalaria y sus principales elementos y la transferencia de las informaciones del paciente. El instrumento fue traducido del portugués al francés por dos personas que se encuadraban en los siguientes criterios: ser una enfermera; tener conocimiento en el tema de la investigación y tener fluidez en portugués y francés. Posteriormente, se realizó la prueba piloto del instrumento vía email con dos enfermeras de enlace canadienses que no formaron parte de la muestra de la investigación. Después de los debidos ajustes, el instrumento fue enviado a una tercera enfermera para una última prueba piloto.

Antes de iniciar el análisis, los datos fueron traducidos del francés al portugués por dos personas que dominan el portugués y el francés, uno de los cuales es una enfermera

e investigadora. El análisis de los datos fue orientado por medio de una matriz con categoría de análisis predefinida. Las categorías de análisis predefinidas fueron: identificación del paciente, que necesita del servicio de enlace; planificación del alta hospitalaria; transferencia de las informaciones entre el hospital y los demás servicios.

La metodología empleada para el análisis de los datos fue el Análisis de Contenido, que consiste en el conjunto de técnicas del análisis de las comunicaciones y abarca tres etapas: pre-análisis; exploración del material; tratamiento de datos e interpretación. En el pre-análisis, los datos fueron reunidos en archivo de *Microsoft Word*[®] y realizadas las lecturas flotantes para conocer el texto y dejarse invadir por las impresiones y orientaciones. En la exploración del material, se realizaron la codificación y la condensación de las unidades de registro de acuerdo con las categorías predefinidas. Por último, los datos fueron interpretados⁽¹⁵⁾ por medio del referencial teórico Cuidado Basado en las Fuerzas⁽¹³⁾.

En Brasil, el proyecto de investigación fue aprobado por el CEP de la Universidad Federal de Paraná bajo el dictamen nº 1.426.575 y tuvo como Certificado de Presentación para la Apreciación Ética (CAAE) el nº 36975914.5.0000.0102. En Canadá, fue aprobado por el CEP de las instituciones coparticipantes: en el CHUM, bajo el nº 888. 681, y, en el CHU, bajo el nº 2015-2016-9012. La recolección de datos ocurrió después de la aprobación de los CEPs y de la aceptación de los participantes. Para garantizar el anonimato, las enfermeras de enlace fueron identificadas por las letras EL del alfabeto seguidas de un número cardinal en orden creciente, conforme la secuencia en que los cuestionarios fueron recibidos.

Resultados

Entre las enfermeras de enlace, nueve (39,14%) poseían de 35 a 44 años de edad, 17 (73,91 %) eran del sexo femenino, 15 (65,22%) trabajaban once o más años como enfermera y 11 (47,82%) actuaban de seis a diez años como enfermera de enlace. A continuación, se presentan los resultados de la investigación según las tres categorías predefinidas.

Categoría 1: Identificación del paciente que necesita el servicio de enlace

La identificación del paciente que necesita el servicio de enlace puede ser realizada por la enfermera de enlace, por los demás profesionales del equipo asistencial, y, aún, puede ser intermediada por algún miembro de la familia del paciente.

Cuando la enfermera de enlace identifica al paciente, ella se utiliza de la búsqueda activa, tanto individualmente como en asociación con enfermeras que ocupan otros cargos en el hospital. Las enfermeras de enlace también

identifican a los pacientes durante los encuentros programados con el equipo multiprofesional. *Se me ocurre hacer una búsqueda activa para ciertos casos, ejemplo, tan pronto como realice las listas de los usuarios hospitalizados, cada mañana, compruebo si ellos son conocidos o no [...] (EL14). Búsqueda activa con la asistente de la enfermera jefe o con la enfermera responsable del cuidado al paciente (EL3). [...] también identificamos a muchos pacientes en las reuniones multidisciplinarias (EL15).*

Cuando la identificación es realizada por un profesional diferente de la enfermera de enlace, éste informa el servicio de enlace mediante el envío de una solicitud de referencia vía fax. *Médico, enfermera asistencial, asistente de la enfermera jefe [...] fisioterapeuta, [...] asistente social, nutricionista pueden identificar y referir al paciente a la enfermera de enlace (EL7). [...] las enfermeras nos envían una solicitud vía fax (EL19).*

Además de los profesionales del equipo de salud de los hospitales, los familiares también pueden involucrarse en el proceso de identificación de los pacientes que necesitan el servicio de enlace. *La familia también puede hacer la solicitud (EL4).*

Categoría 2: Planificación del alta hospitalaria

Las enfermeras de enlace inician la planificación del alta hospitalaria, después de identificar al paciente que necesita de sus servicios o después de recibir la solicitud de referencia, lo que puede ocurrir en diferentes momentos de la internación y sufre interferencias de otras variables tales como: condición clínica del paciente; el llenado de los documentos por el equipo de salud; día del alta hospitalaria, no teniendo un día específico para iniciar la planificación del alta hospitalaria. *Depende del caso, siempre que el paciente esté estable clínicamente o desde que conocemos la fecha de la salida (EL11). Desde que las prescripciones médicas estén en el prontuario o la readaptación según el fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional (EL20). Muy frecuente, desafortunadamente, en el día de la salida (EL21).*

Sin embargo, se verifica que, para las enfermeras de enlace, lo ideal es iniciar la planificación del alta hospitalaria en la admisión del paciente. *Idealmente, desde su llegada (EL22).*

Para la organización de la planificación del alta hospitalaria, las enfermeras de enlace realizan una entrevista con el paciente y, si es necesario, incluyen algún familiar. Durante esta entrevista, las profesionales evalúan la dirección y el historial del paciente. *Verificación de la dirección [...] otras informaciones habitualmente encontradas en el historial (médico de familia, antecedentes, lista de medicamentos, alergias, motivos de admisión) (EL17).*

Por medio de la entrevista, las enfermeras de enlace buscan obtener informaciones sobre la vivienda del paciente,

con la intención de verificar si después del alta hospitalaria, el paciente podrá o no regresar a su domicilio o si será necesario realizar algún tipo de adaptación. *Medio de vida (residencia para ancianos frente a casa / apartamento) (EL20). Barreras arquitectónicas, adaptaciones (EL23).*

La necesidad y la disponibilidad de una persona que pueda cuidar del paciente y / o ayudarlo en sus actividades de la vida diaria también son evaluadas por las enfermeras de enlace. Esta persona puede ser un cuidador formal, una persona de la familia o un amigo. *Evaluamos [...] personas de referencia que pueden ayudar (EL19).*

Un relevamiento de los recursos extrahospitalarios es realizado por las enfermeras de enlace, pues ellas necesitan certificarse de que, después del alta hospitalaria, los pacientes recibirán los cuidados de acuerdo a sus necesidades. Los recursos aquí se refieren a la presencia de una unidad de atención primaria, a un médico de familia, a una enfermera que podrá dar continuidad a los cuidados recibidos en el hospital, a la disponibilidad de equipos, medicamentos necesarios para el tratamiento del paciente, entre otros. *Presencia de equipos, recursos, Centro Local de Servicios de Salud (CLSC), médico de familia, enfermera de monitoreo (EL4).*

Al planear el alta hospitalaria, las enfermeras de enlace evalúan si el paciente y / o el cuidador comprendieron las orientaciones proporcionadas para dar continuidad al tratamiento. Además, refuerzan los cuidados que deben ser realizados y los servicios disponibles. *Verificación de la enseñanza recibida para diferentes cuidados (EL11). [...] La gestión de la enfermedad, gestión de Rayo X, de la glucemia, etc. (EL4). Conocimiento actual sobre los cuidados a hacer (EL8). Explicación sobre los cuidados y servicios del Centro Local de Servicios de Salud (EL15).*

Para garantizar una planificación de alta según las necesidades del paciente, las enfermeras de enlace realizan un conciso examen físico, cuando es necesario, y una evaluación psíquica del paciente frente al alta hospitalaria *[...] en la entrevista puede ocurrir [...] de hacer una evaluación física sumaria, por ejemplo, una prueba de marcha a corta distancia para validar la seguridad de los desplazamientos (EL14). Evaluación de heridas y drenajes restantes u otros cuidados (EL21). Su actitud frente al retorno al domicilio, ansiedad versus confianza y sus medios (EL18).*

La familia del paciente se incluye en la planificación del alta hospitalaria cuando éste necesita de una persona para realizar los cuidados o necesita alguna adaptación en su domicilio, así como la solicitud del paciente o cuando algún familiar demuestra interés en participar. *En la medida en que la persona está perdiendo autonomía y que ella necesita el apoyo de sus próximos (EL2). Si es necesario adaptarse al domicilio [...] (EL7). [...] cuando la familia manifestó el deseo de estar junto a este proceso (EL1). Solicitado por el paciente. (EL5).*

Los principales elementos incluidos en la planificación del alta y transferidos a los servicios extrahospitalarios dependen de la situación de cada paciente e incluyen datos socioeconómicos, historial de salud, condiciones de salud y necesidades de cuidados después del alta hospitalaria. *Dirección [...] (EL19). Los antecedentes (EL23). Diagnósticos principales (EL1). Los cuidados realizados en el hospital (EL1). Últimos resultados de laboratorio (EL2). Autonomía anterior y actual (EL2). Medicamentos en uso (EL1). Los cuidados a ser prestados al paciente [...] (EL6). El medio de vida. Los ayudantes principales (EL11).*

Categoría 3: Transferencia de las informaciones entre el hospital y los demás servicios

Los servicios de enlace de los complejos hospitalarios cuentan con un sistema informático en el que comparten las informaciones del paciente con un servicio extrahospitalario que, posteriormente, realiza los debidos encaminamientos. Así, la transferencia de las informaciones sobre el paciente es realizada por la enfermera de enlace, mayoritariamente, por medio del envío electrónico del formulario de contrarreferencia a un servicio extrahospitalario. *Tenemos un sistema informático [...] él a veces es directo o a veces enviamos vía fax (EL6).*

La transferencia de información entre el hospital y el servicio extrahospitalario ocurre en diferentes tiempos. Para los pacientes, que demandan cuidados complejos, la transferencia de las informaciones ocurre de 24 a 48 horas antes del alta hospitalaria. Ya para pacientes con necesidad de cuidados menos complejos, la transferencia de las informaciones ocurre el mismo día del alta hospitalaria. Hay casos en que la transferencia de las informaciones ocurre después del alta del paciente. *Si la alta es compleja [...] 24 o 48 horas antes del alta. Si el pedido es simple, frecuentemente, en el mismo día (EL4). [...] en ciertos pisos se hacen cuando el paciente ya salió (EL8).*

La transferencia de las informaciones del paciente es reforzada por la entrega de algunos documentos a los pacientes en el alta hospitalaria, como las prescripciones del alta, resumen del alta, folletos informativos, entre otros, los cuales pueden ser entregados a los profesionales de la atención primaria o a otros servicios para que estos sepan lo que ocurrió durante la internación hospitalaria y cómo pueden dar continuidad al tratamiento del paciente. *Prescripciones, consultas marcadas, resumen de la internación (EL2). Folletos de información sobre su cirugía, qué hacer [...] (EL6).*

Discusión

Las enfermeras de enlace participan activamente en el proceso de identificación de los pacientes que necesitan cuidados después del alta hospitalaria. En este proceso, es fundamental que las enfermeras estén abiertas para

dialogar con el paciente, sin juicios, pues los pacientes y la familia están predispuestos a colaborar cuando se sienten valorados, comprendidos, respetados y seguros⁽¹³⁾. Los demás profesionales del equipo de salud también identifican a los pacientes y los referencian a las enfermeras de enlace, lo que demuestra que todos los miembros del equipo de salud tienen papeles y responsabilidades en el proceso del alta hospitalaria del paciente⁽¹⁶⁾ y, consecuentemente, para con la continuidad del cuidado.

Entre las formas de identificación de los pacientes por las enfermeras de enlace, se verifica que éstas se destacan por su papel de coordinadoras del proceso del alta hospitalaria, una vez que las enfermeras de enlace son los puntos de convergencia entre los diferentes miembros del equipo y entre los diferentes equipos de salud. En este contexto, la comunicación es primordial para que la enfermera de enlace desempeñe su papel de colaboradora entre los equipos, lo que es fundamental para mantener el cuidado centrado en el paciente⁽¹¹⁾.

Se destaca que la búsqueda activa realizada por las enfermeras de enlace junto a las enfermeras que actúan en la asistencia, es una importante estrategia, pues las enfermeras asistenciales están en contacto directo con los pacientes, lo que les permite realizar importantes observaciones sobre cómo los pacientes están respondiendo a sus desafíos en salud⁽¹³⁾ e identificar a los pacientes que realmente necesitan atención después del alta hospitalaria.

La planificación del alta hospitalaria es un proceso que debe iniciarse inmediatamente después de la internación del paciente, específicamente, dentro de las primeras 24 horas. De esta forma, se logra identificar los obstáculos para el alta e implementar acciones correctivas⁽¹⁷⁾. La planificación del alta, siendo un proceso, se caracteriza por distintos momentos: en la admisión, pueden ser recolectados datos relacionados al estado cognitivo, sistemas de apoyo y ambiente doméstico; factores de riesgo como, por ejemplo, la necesidad de aprendizaje, pueden ser evaluados cerca del alta del paciente⁽¹⁶⁾.

La planificación de la alta no ayuda solamente a los diferentes profesionales de la salud a coordinar sus servicios de manera complementaria, sino, también, a delinear una trayectoria de cuidados esperada para cada paciente, lo que promueve una sensación de seguridad a éstos y una base para la toma de decisión compartida⁽¹⁸⁾. En general, todos los pacientes hospitalizados demandan una planificación de alta, que puede ser más o menos específica⁽¹⁷⁾.

Durante la planificación del alta hospitalaria, las enfermeras de enlace investigan las fuerzas de cada paciente, que pueden ser personales y externas. Se entiende, como ejemplos de fuerzas personales, las capacidades físicas del paciente, como el examen de marcha y exámenes de laboratorio sin alteraciones, la aptitud para realizar un determinado cuidado, la disponibilidad de una persona que pueda ayudar al paciente en sus

necesidades, la actitud de confianza del paciente frente a la alta hospitalaria y, además, los recursos financieros para realizar adaptaciones necesarias en el domicilio.

Las fuerzas externas al paciente están presentes en la comunidad, en el sistema de salud e incluyen la disponibilidad de una unidad de salud que disponga de enfermera, médico de familia y demás profesionales, para prestar atención al paciente después del alta hospitalaria y ofrecer equipos y medicamentos necesarios para el tratamiento del paciente. Tanto las fuerzas personas como las externas a los pacientes son fundamentales para una efectiva continuidad del cuidado.

La utilización de las fuerzas en la planificación del alta hospitalaria permite que las enfermeras de enlace tengan una visión holística de cada paciente, en la medida en que viabilizan la evaluación de las condiciones físicas, psíquicas, sociales y del ambiente en que él está insertado. El Holismo e indivisibilidad tienen como objetivo la integración, y eso sólo se alcanza cuando todos los aspectos del ser humano funcionan en armonía. Para ello, las enfermeras y otros profesionales del área de la salud necesitan tener un mejor conocimiento del paciente y de sus familiares, para que puedan acompañarlos en su trayectoria de salud y enfermedad⁽¹³⁾.

Para la identificación de las fuerzas, la enfermera de enlace necesita buscarlas en el paciente, en la familia y en la comunidad; decidir cuáles están disponibles y pueden movilizarse para hacer frente a un problema o una preocupación específica. Además, la enfermera de enlace puede identificar las fuerzas potenciales que pueden ser desarrolladas y los déficits que pueden transformarse en fuerzas, dependiendo del contexto de cada paciente⁽¹³⁾.

Diferentes herramientas pueden ser utilizadas, durante la planificación de alta, para comprender mejor a cada paciente. El genograma, una representación visual de los miembros de la familia puede ser utilizado para conocer sobre la estructura familiar, sus miembros y la relación entre ellos. El ecomapa, una representación gráfica de la red social de la persona que incluye amigos, sistema de salud, grupos religiosos, entre otros, auxilia en la identificación del soporte social disponible⁽¹³⁾.

Enfermeras, cuya práctica se basa en los Cuidados Basados en las Fuerzas, buscan, en sus pacientes y familiares las competencias que puedan ser útiles para la recuperación, el desarrollo y la supervivencia. La atención de la enfermera debe volverse hacia la salud, la curación, el alivio del sufrimiento, por medio de acciones que se inspiren en las fuerzas y en los recursos externos, generando condiciones que permitan, a los pacientes, alcanzar el máximo de funcionamiento⁽¹³⁾.

Además, las enfermeras tienen el papel de crear medios que ayuden al paciente a convertirse en activo en su proceso de aprendizaje, pues, en cada situación, el paciente necesita desvelar sus fuerzas y crear nuevas como, por ejemplo, desarrollar ciertas competencias para

lidiar con los desafíos que aparecen con una enfermedad. Las enfermeras deben estar atentas a las señales de prontitud para el aprendizaje, tanto del paciente como de los miembros de la familia involucrados. Cuando el paciente no está listo para cierta experiencia, es fundamental que la enfermera ofrezca soporte⁽¹³⁾.

La transferencia de las informaciones del paciente, entre el hospital y los demás servicios de salud, se muestra establecida por medio de la definición de un sistema informático integrado, lo que va al encuentro de otros estudios que apuntan a la necesidad de un canal de comunicación para la transferencia de información entre los servicios de salud y los profesionales, tales como: email; teléfono; sistemas y programas^(11,19-20).

La atención integral depende de una red de salud articulada de forma que los problemas de los pacientes puedan ser tratados en todos los niveles de atención necesarios para su solución y, además, que el acceso a esos niveles sea apropiado y oportuno⁽²¹⁾. El uso de un sistema informático que almacene las informaciones sobre el paciente y pueda ser accedido independientemente del nivel de atención en que el paciente está siendo asistido es fundamental, pues no hay continuidad del cuidado sin el intercambio de informaciones de calidad.

Cuando no hay un flujo y un mecanismo definidos para la transferencia de las informaciones, muchas de ellas pueden perderse a lo largo de la malla asistencial, lo que puede generar duplicidad en las acciones de los profesionales y, consecuentemente, aumento de los costos en salud, retraso en la resolución de los problemas y deficiencia en el sistema de referencia y contrarreferencia. Por lo tanto, es fundamental que la transferencia de las informaciones de la planificación del alta del paciente sea coordinada y centrada en un profesional.

La contrarreferencia se caracteriza como parte de la competencia de la atención especializada y se presenta como el modo de organización de los servicios configurados en redes, sostenidos por criterios, flujos y mecanismos de pactación de funcionamiento, para garantizar la atención integral a las personas por medio de la facilitación del acceso y de la continuidad del cuidado⁽²²⁾.

Una de las limitaciones de este estudio consiste en no incluir la descripción del cargo de las enfermeras de enlace, lo que podría contribuir a una mejor discusión acerca de las actividades de las enfermeras de enlace. Además, por las diferencias culturales, económicas y sociales, entre Canadá y Brasil, las instituciones hospitalarias que desean implementar el cargo de enlace necesitan adaptar ciertas actividades según la realidad de cada local.

Como avance en el campo científico, se destaca la descripción de un conjunto de actividades poco abordadas en la literatura científica, lo que contribuye a la disseminación de una importante práctica de la Enfermería y que puede ser mejorada y adaptada por los enfermeros

gestores y por aquellos que actúan directamente en el alta de los pacientes.

Conclusión

Las actividades desarrolladas por las enfermeras de enlace quebequenses, en el alta hospitalaria, apuntan a una práctica centrada en la persona y su familia, visando asegurar la continuidad del cuidado a los pacientes, pues, en el proceso del alta hospitalaria, ellas mantienen una comunicación con sus pares y otros profesionales, rescatan el historial del paciente, identifican las necesidades clínicas y no clínicas de esos y actúan como educadoras y articuladoras entre los servicios, al transmitir las informaciones acerca de la planificación del alta hospitalaria del paciente.

Ante el conocimiento de las actividades desarrolladas por las enfermeras de enlace, se evidencia la importancia de las instituciones hospitalarias para designar un profesional para la coordinación del proceso del alta hospitalaria del paciente, desempeñando la función de articuladora entre los profesionales, entre los servicios de diferentes niveles de atención y abogando en favor del paciente, pues, sin acciones de coordinación, es difícil promover la continuidad del cuidado.

El papel de los centros formadores para el cargo de enfermera de enlace consiste en difundir el entendimiento de que el paciente está insertado en un sistema de salud, pertenece a una familia y a una comunidad, y que cada uno de estos sistemas puede, de diferentes formas, contribuir a la recuperación del paciente. Los centros formadores tienen, todavía, el papel de desarrollar profesionales que sean capaces de trabajar en equipo, comunicarse de forma efectiva y ser el enlace entre los servicios de diferentes niveles asistenciales para que el funcionamiento del sistema de salud ocurra en forma de red.

Los gestores de las instituciones hospitalarias, que desean implementar el cargo de enfermera de enlace, necesitan tener en cuenta la experiencia de la enfermera en el campo de la Enfermería, su conocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud y de los recursos intra y extrahospitalarios y, sobre todo, competencia en reconocer en el paciente, en su familia y en el sistema de salud las fuerzas que contribuyen a mejorar las condiciones de salud del paciente.

Una de las contribuciones de este estudio a la Enfermería consiste en el delineamiento de una estrategia que efectivamente contribuya al avance de la continuidad del cuidado en el contexto brasileño, a través de la implementación del cargo de enfermera de enlace o de un servicio de enlace en el ámbito hospitalario, pues las actividades de las enfermeras de enlace pueden ser transferidas y adaptadas, dependiendo del contexto de cada organización.

Otra contribución a la enfermería proviene del referencial teórico Cuidado Basado en las Fuerzas, porque

es innovador, propio de la Enfermería, centrado en la persona, buscando las competencias de los pacientes, de las familias, los recursos presentes en el sistema de salud y en la comunidad, haciendo con que la enfermera, inicialmente, reflexione sobre las fuerzas que están a favor del paciente y ayudarán a solucionar los problemas de los pacientes, en lugar de enfocarse en una lista de problemas.

Se percibe, por este estudio, que las fuerzas investigadas por las enfermeras de enlace, durante la planificación del alta, involucra las fuerzas personales del paciente, tales como: las condiciones clínicas favorables para su recuperación; la disponibilidad de una persona que pueda ayudar al paciente; el conocimiento del paciente y de los familiares sobre los cuidados que deben realizarse; la actitud de confianza del paciente frente al alta hospitalaria y a las condiciones de vivienda de acuerdo con las necesidades. También se verificaron fuerzas externas, como la existencia de unidades de salud para la atención después del alta hospitalaria, la disponibilidad de enfermeras, médicos de familia, equipos y medicamentos esenciales para el tratamiento.

La importancia del estudio, basado en el referencial teórico Cuidado Basado en las Fuerzas, consiste en el desarrollo de una práctica de Enfermería centrada en la persona, en sus potencialidades y no sólo en sus déficits, en su enfermedad. La identificación de las fuerzas, que son singulares de cada paciente, comunidad y sistema de salud, son fundamentales para promover la continuidad del cuidado al paciente.

Para investigaciones futuras, se sugiere el estudio del perfil de los pacientes atendidos por las enfermeras de enlace como una forma de conocer cuáles son los pacientes que necesitan el servicio de enlace, así como el impacto de ese servicio frente a determinados indicadores, tales como: reinternación hospitalaria; satisfacción de los pacientes y percepción de los pacientes en cuanto a la continuidad del cuidado.

Agradecimientos

Agradezco a las enfermeras Roberta Ruggiero y Lyse Millette por el apoyo durante el desarrollo de esta investigación y a las enfermeras de enlace, participantes de la investigación.

Referencias

1. Mendes FRP, Gemitto MLGP, Caldeira EC, Serra IC, Casas-Novas MV. Continuity of care from the perspective of users. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(3):843-55. doi: 10.1590/1413-81232017223.26292015
2. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross

- sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ*. 2017; 356. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>
3. Nam YS, Cho KH, Kang HC, Lee KS, Park EC. Greater continuity of care reduces hospital admissions inpatients with hypertension: An analysis of nationwide health insurance data in Korea, 2011–2013. *Health Policy*. 2016;120(6):604-11. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.04.012
 4. Puntis S, Rugkåsa J, Forrest A, Mitchell A, Burns T. Associations between continuity of care and patient outcomes in mental health care: a systematic review. *Psychiatr Serv*. 2015;66(4):354-63. doi: 10.1176/appi.ps.201400178
 5. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. *Can Health Serv Res Foundation*. [Internet]. 2002 [cited 2018 May 14]. Available from: <https://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/researchreports/commissionedresearch/cr_contcare_e.pdf>
 6. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Silva MRF, Unger JP, et al. Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and North-easterns Brazil. *Health Policy Plan*. 2017;32(4):549-62. doi: 10.1093/heapol/czw168
 7. Aires LCP, Santos EKA, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. *Esc Anna Nery*. 2017;21(2):e20170028. doi: 10.5935/1414-8145.20170028
 8. Nóbrega VM, Silva MEA, Fernandes LTB, Viera CS, Reichert APS, Collet N. Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03226. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016042503226>
 9. Cunha KS, Higashi GDC, Erdmann AL, Kahl C, Koerich C, Meirelles BHS. Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(6):963-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700013>
 10. Martins KP, Costa KNFM, Oliveira DST, Valdevino SC, Rezende LCM, Costa TF. Nurse's role on preparing for discharge of surgical patients. *J Res Fundam Care Online*. 2015; 7(1):1756-64. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1756-1764
 11. Wilkes L, Doull M, Paterson J, Le Cornu K, Chok HN. The role of the general practice liaison nurse as integrated care coordinator: A delphi study. *Clin Nurs Stud*. 2016; 4 (3): 67-77. doi: <https://doi.org/10.5430/cns.v4n3p67>
 12. Hesselink G, Zegers M, Vernooij-Dassen M, Barach P, Kalkman C, Flink M, et al. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using intervention mapping. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:389. doi: 10.1186/1472-6963-14-389.
 13. Gottlieb LN. *Strengths- Based Nursing Care: health and healing for person and family*. New York: Springer Publishing; 2013.
 14. Jacondino MB, Martins CL, Thofehrn MB, Garcia BL, Fernandes HN, Joner LR. Vínculos profesionales en el trabajo de enfermería: elemento importante para el cuidado. *Enferm Global*. [Internet]. 2014 [cited 2018 May 14]; 13(34):148-59. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/docencia2.pdf>
 15. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo; 2011.
 16. Weiss ME, Bobay KL, Bahr SJ, Costa L, Hughes RG, Holland DE. A model for hospital discharge preparation: from case management to care transition. *J Nurs Adm*. 2015; 45(12):606-14. doi: 10.1097/NNA.0000000000000273
 17. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, et al. ANMCO position paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl*. 2017; 19 (Suppl D): D244–D255. doi:10.1093/eurheartj/sux011
 18. Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative meta summary. *Ann Fam Med*. 2013;11(3):262-71. doi: 10.1370/afm.1499
 19. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli NP, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(Supl1): 546-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>
 20. Figueiredo TP, Carmo Junior NM, Groia RCS, Pereira RCC, Silveira RR, Malta JS, et al. Analysis of interventions at hospital discharge of elderly seen in guidance service and referencing pharmacotherapeutic. *Rev APS*. [Internet]. 2014 [cited 2018 May 14]; 19(3): 376-83. Available from: <https://aps.uff.br/emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/2722/1014>
 21. Oliveira MAC, Pereira IC. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp):158-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
 22. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Challenges of referral and counter-referral in health care in the Workers' perspective. *Cogitare Enferm*. 2016;21(1): 01-08. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>

Recibido: 15.11.2018

Aceptado: 08.03.2019

Autor correspondiente:

Gisele knop Aued

E-mail: giseleknop@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-5914-1105>**Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.