

ROL ENFERMERO PARA CONTINUIDAD DEL CUIDADO EN EL ALTA HOSPITALARIA

Magaly Del Carmen Gallardo Guzmán¹ 

Alexandra Ferreira² 

Selma Regina de Andrade² 

¹Hospital Clínico Magallanes. Punta Arenas, Magallanes, Chile.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

RESUMEN

Objetivo: reconocer rol enfermero para mantener la continuidad del cuidado del usuario con alta hospitalaria.

Método: estudio de carácter exploratorio, descriptivo, con abordaje cualitativo. El estudio se aplicó en el alta hospitalaria, que se origina en el centro de salud de mayor complejidad de Magallanes, el Hospital Clínico de Magallanes, Chile. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con enfermeras, que se realizaron entre mayo y agosto de 2018. Para el análisis del material, se utilizó la técnica análisis de contenido.

Resultados: se obtienen tres categorías, que reúnen lo que los enfermeros mencionan en su discurso: Como ven la implementación de servicios de enfermería hospitalaria, que facilitan continuidad de la atención en la red asistencial del paciente con alta hospitalaria (conocido como redes de cuidado); A quiénes identifican en el servicio de enfermería para la continuidad de la atención post alta (redes de cuidado), que hacen estos profesionales de enfermería y sugerencias para su desempeño; y Como redes de cuidado afectan al usuario en la continuidad de su cuidado post alta.

Conclusión: el rol enfermero es clave en el alta hospitalaria del paciente. Con autonomía y competencias para la atención integral, el profesional facilita la transición asistencial; gestiona el alta hospitalaria, convocando la red de enfermería institucional y las incipientes redes con Atención Primaria de Salud; aspira a desarrollar estrategias para una red de cuidado interniveles, con participación sistémica.

DESCRITORES: Alta del paciente. Rol de la enfermera. Continuidad de la atención al paciente. Atención integral de salud. Enfermería. Servicios de salud.

CÓMO CITAR: Guzmán MCG, Andrade SR, Ferreira A. Rol enfermero para continuidad del cuidado en el alta hospitalaria. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acceso MES AÑO DIA]; 29(Spe):e20190268. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0268>

ROLE OF NURSES FOR CONTINUITY OF CARE AFTER HOSPITAL DISCHARGE

ABSTRACT

Objective: to recognize the role of nurses to maintain continuity of care for users after hospital discharge.

Method: an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. The study was applied at hospital discharge originating from the most complex health center in Magallanes, the *Hospital Clínico Magallanes*, Chile. Data were collected through interviews with nurses, carried out between May and August 2018. To analyze the material, the content analysis technique was used.

Results: three categories emerged, which bring together what nurses mention in their discourse: How they see the implementation of hospital nursing services, which facilitate continuity of care in the healthcare network of discharged patients (known as care networks); Who they identify in the nursing service for continuity of care after discharge (care networks), which these nursing professionals make and suggestions for their performance; and How care networks affect users in continuity of care after discharge.

Conclusion: the role of nurses is key in patient discharge from hospital. With autonomy and competencies for comprehensive care, professionals facilitate the healthcare transition; manage hospital discharge, convening the institutional nursing network and the emerging networks with primary health care; aspire to develop strategies for an inter-level care network, with systematic participation.

DESCRIPTORS: Patient discharge. Nurse's role. Continuity of patient care. Comprehensive health care. Nursing. Health services.

PAPEL DO ENFERMEIRO PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR

RESUMO

Objetivo: reconhecer o papel do enfermeiro em manter a continuidade do cuidado do usuário com a alta hospitalar.

Método: estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. O estudo foi aplicado na alta hospitalar, originária da unidade de saúde mais complexa de Magallanes, o Hospital Clínico de Magallanes, Chile. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com enfermeiros, realizadas entre maio e agosto de 2018. Para a análise do material, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.

Resultados: foram obtidas três categorias, que reúnem as expressões dos enfermeiros: Como vêem a implantação dos serviços de enfermagem hospitalar, que facilitam a continuidade do cuidado na rede de atenção do paciente com alta hospitalar (denominada rede de atenção); Quem eles identificam no serviço de enfermagem para a continuidade dos cuidados pós-alta (redes de atenção), que esses profissionais de enfermagem fazem e sugestões para seu desempenho; e, Como as redes de atendimento afetam o usuário na continuidade de seus cuidados pós-alta.

Conclusão: o papel da enfermagem é fundamental na alta hospitalar do paciente. Com autonomia e competências para o cuidado integral, o profissional facilita a transição da assistência à saúde; gerencia a alta hospitalar, convocando a rede institucional de enfermagem e as redes emergentes com a atenção primária à saúde; aspira a desenvolver estratégias para uma rede de atenção inter-nível, com participação sistemática.

DESCRITORES: Alta do paciente. Papel da enfermeira. Continuidade do atendimento ao paciente. Assistência médica abrangente. Enfermagem. Serviços de saúde.

INTRODUCCIÓN

En el Chile, de la reforma de salud 2001-2005, nace la necesidad de mejorar acceso, equidad y oportunidad al emergente requerimiento sanitario de la población, con uso eficiente de recursos y efectividad en las acciones de salud. Para ello, era necesario pasar del modelo tradicional salud-enfermedad a un modelo de atención integral, modelo que se traducía en servicios de salud integral, que asegurara cumplimiento del régimen general de garantías, responda al uso racional de recursos y mejore la satisfacción usuaria.¹

Las principales estrategias para implementación de este modelo fue ocuparse en: rearticulación de la red asistencial, para garantía del acceso oportuno y resolución con calidad y seguridad; apta para el trabajo coordinado y complementario entre atención primaria y especialidades ambulatorias; establecimientos diseñados por complejidad y alcance de sus carteras, con un sistema de comunicación para que el beneficiario fluya en forma segura y eficiente a través de esta red; sistema de referencia y contrarreferencia; fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la Atención Primaria de Salud (APS), con énfasis en la promoción y prevención; transformación hospitalaria, estrategia clave que implicó avanzar hacia un modelo que promueve y potencia la resolución ambulatoria de los problemas de salud.

Este gran emprendimiento se inspira en requerimientos de organismos internacionales de salud, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que, desde hace décadas, promueven mejoras del estado sanitario de la población en la América Latina. Llamando al desarrollo de contextos para implementar procesos de atención con enfoque integral, la OPS insta a superar la fragmentación en los sistemas de salud; sus diagnósticos señalan que predominan los programas focalizados en enfermedades y riesgos específicos, que se abordan con modelos verticales.² Frente a este enfoque centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria, que se complica con problemas en la distribución de recursos, la OMS sostiene que es necesario un cambio de paradigma en los modelos de atención y recomienda urgencia para asumir un enfoque centrado en las personas y servicios integrados, dado que en caso contrario, se derivaría a un estado de servicios cada vez más fragmentados, ineficientes e insostenible en el tiempo.²

Así, define que el enfoque de atención centrada en la persona es entender y practicar atención sanitaria desde el punto de vista de las personas, familias, cuidadores, comunidad, como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiran confianza. También exige que los pacientes reciban información y apoyo para tomar decisiones y participar en su propia atención.¹⁻³

Un elemento clave en este contexto es el concepto de red asistencial, conformada por establecimientos y dispositivos públicos o privados, que suscriben convenio con el Servicio de Salud, trabajan en forma coordinada y complementaria para dar solución a los problemas de salud de la población beneficiaria. Deben garantizar acceso oportuno y resolución con calidad y seguridad, en cualquier punto de la red.^{1,4}

Promover servicios de salud integral es hacer gestión y prestar servicios de salud, de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida.^{2,5} El servicio de atención integral se obtiene manteniendo la continuidad de la atención y corresponde al grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud.²

En otras palabras, el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) necesita atención continua, desde el punto de vista de las personas, experimentando la serie de eventos de atención médica,

como coherentes e interconectados en el tiempo. Desde el punto de vista de los sistemas de salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional y la continuidad de la atención, significa proporcionar y proteger la atención en diferentes contextos, desde el hogar hasta los centros hospitalarios.⁵ 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 los ciudadanos y para que estos sean percibidos como unos servicios de calidad.⁶

Un análisis del discurso ético, efectuado con relación a la legislación española, concluye que se define el trabajo enfermero en función de la equidad, el reconocimiento de los derechos humanos, el derecho a la salud, la accesibilidad y la continuidad de los cuidados de la persona.⁷

En Chile, el código de ética refiere que la enfermera comparte con la sociedad la responsabilidad de iniciar y apoyar acciones para satisfacer las necesidades de salud y sociales de la población, en particular aquellas necesidades de grupos vulnerables.⁸

Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y la formación.⁹⁻¹⁰ Es, entonces, que podemos identificar el rol enfermero como facilitador para la continuidad de la atención, buscando detectar elementos claves en el proceso del cuidado para proveer servicios profesionales en cualquier nivel de atención que se encuentre, de manera de garantizar seguridad, respeto al paciente e información para la continuidad del cuidado.¹¹⁻¹²

En este sentido, se propone responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se produce continuidad del cuidado en el momento del alta hospitalaria? Por lo tanto, el objetivo de este estudio es reconocer el rol enfermero para mantener continuidad del cuidado del usuario con alta hospitalaria.

MÉTODO

Estudio de carácter exploratorio, descriptivo con abordaje cualitativo, buscando reconocer el rol enfermero para mantener continuidad del cuidado del usuario con alta hospitalaria. El estudio se aplicó en el alta hospitalaria que se origina en el centro de salud de mayor complejidad de Magallanes, el Hospital Clínico de Magallanes (HCM), Punta Arenas.

Participaron del estudio profesionales de enfermería que trabajan en servicios clínicos de pacientes hospitalizados de ese hospital. En este universo, se seleccionó la muestra con técnica de muestreo no probabilístico e intencionado, para recoger la percepción y significado del especialista que conoce, desde la competencia profesional y participante, el fenómeno en estudio. Se invitaron enfermeras que estaban trabajando, por un período de dos o más meses, en sistema cuarto turno o diurno en servicio hospitalizado médicoquirúrgico, en los bloques adulto y infantil del HCM; y que refirieron disponibilidad para participar en la investigación en el período dispuesto para las entrevistas.

No calificaron enfermeras que tenían una relación de dependencia técnica o administrativa con investigadora; y enfermera que tenía menos de dos meses de ejercicio profesional en un servicio clínico de hospitalización HCM.

Se contactó a los encuestados directamente, momento en el cual se divulgó el propósito de la investigación y se entregó el consentimiento informado, para su firma el día de la primera sesión. La entrevista, a través de un guión semiestructurado con preguntas abiertas, fue grabada en su totalidad y transcrita exclusivamente por investigadora. Posteriormente, se entregó copia para conocimiento y conformidad del entrevistado, quién tuvo plazo de dos semanas, para hacer sus objeciones, correcciones o sugerencias. Las entrevistas se realizaron entre mayo y agosto de 2018, con una duración promedio de 50 minutos.

Para organizar el análisis del material, se utilizó la técnica de análisis de contenido,¹³ por medio de pre-análisis, exploración del material y tratamiento de resultados e interpretaciones. Después de

una lectura general del contenido de las entrevistas, se fueron identificando unidades de registro, correspondiente a segmentos de contenido, que hablaban de continuidad del cuidado y del rol del enfermero en la continuidad del cuidado, para lo cual se diseñó una grilla donde se agruparon las respuestas que constituyeron los códigos. Posteriormente, se ordenaron por colores de acuerdo a criterios de selección, para componer subcategorías y para, finalmente, organizarlas de manera que conformaran categorías homogéneas y exclusivas entre sí.

En el ámbito del requerimiento ético, se cumplió con normativa institucional vigente referente a Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes del Paciente y se contó con Certificado Aprobación Comité Ética Científico, Vicerrectoría de Investigación y Postgrado, Universidad de Magallanes. Para mantener a los participantes en el anonimato, se utilizaron códigos compuestos por letras y números.

RESULTADOS

Participaron, con gran compromiso, ocho enfermeros, que realizan a diario altas de enfermería en servicios clínicos HCM. De sus declaraciones emerge el rol enfermero vinculado a la continuidad del cuidado en la red asistencial, que se entiende en el contexto de un servicio de atención integral y que en HCM se conoce como redes de cuidado.

Del proceso de codificación, surgen ocho subcategorías que dan lugar a tres categorías, asociadas al rol enfermero en la continuidad del cuidado: Servicio de salud integral: percepción y significado; Servicio de salud integral: rol y desempeño del rol; y Servicio de salud integral: incidencia en el usuario.

Servicio de salud integral: percepción y significado

Esta categoría refiere como las enfermeras ven la implementación de servicios de enfermería hospitalaria que facilitan continuidad de la atención en la red asistencial del paciente con alta hospitalaria, conocido como redes de cuidado en HCM. Está compuesta por dos subcategorías: *Como ven redes de cuidado* y *Significado saber paciente va con redes de cuidado*.

Como ven redes de cuidado

En la primera subcategoría, las entrevistadas expresan como perciben la existencia de servicios de enfermería hospitalaria, para la continuidad de la atención en la red asistencial.

[...] entonces es un trabajo que es largo, que es lento [...] antes no había tanta conexión entre nivel primario, secundario, terciario, ahora ha mejorado. Hay una mayor comunicación con APS [...] una nota que es mucho más fácil coordinar cosas [...] las colegas tienen interés de tratar de dar continuidad a los [...] no es tan difícil...ni tan costoso (E1).

[...] ahora hay más [...] todas las partes de redes de cuidado que tenemos acá es muy bueno para los pacientes, [...] que falta más personal, porque a veces les falta cupo (E5).

Significado saber que el paciente va con redes de cuidado

En la segunda subcategoría, las enfermeras expresan como valoran saber que el paciente recibe servicios de enfermería, para la continuidad del cuidado en la red asistencial.

[...] nos da una seguridad también a nosotros [...] que todo el trabajo que se invirtió en esos usuarios va a continuar... y va a continuar bien [...] cuando uno ya sabe que el paciente se va de alta y que continúa... y que va bien es super gratificante para uno como profesional (E1).

[...] antes estábamos como cegados ante eso, antes nosotros no le dábamos importancia que ese paciente tenía que tener una continuidad en su domicilio [...] también está la disposición de nosotros a recibir ese usuario si vuelve en 3 o 4 días a preguntarnos algo [...] empieza en el darse cuenta...y surge la preocupación... es bueno porque empieza a ver cosas (E4).

Servicios de salud integral: rol y desempeño del rol

En esta categoría, las enfermeras hablan de a quienes identifican en el servicio de enfermería para la continuidad de la atención post alta (redes de cuidado), que hacen estos profesionales de enfermería y sugerencias para su desempeño. Está compuesta por cuatro subcategorías: *Que hacen las redes de cuidado*; *Identificando en rol redes de cuidado*; *Sugerencias para mejorar el rol*; y *Como facilita el trabajo de redes de cuidado*.

Que hacen las redes de cuidado

En esta subcategoría, las enfermeras manifiestan lo que han observado que hace y puede hacer una red de cuidado (red asistencial enfermera).

[...] tienen que coordinar con la APS [...] lo vayan a evaluar si va requerir... si es postrado [...] uno da el alta, hay que coordinar todo antes que el paciente se vaya y deje el hospital (E2).

[...] que es lo que se ocupa, que se necesita y ellos en sus casas, la familia está con ellos... los chicos viven más [...] o vivir acá hospitalizado [...] que mensualmente o como sea... les vayan entregando sus insumos [...] todo bien ordenado, como más reglamentado (E6).

Permiten mantener la continuidad de la atención del paciente post alta (E8).

Identificando en rol redes de cuidado

En esta subcategoría, las entrevistadas mencionan servicios de enfermería que relacionan como redes de cuidado. Entre los principales servicios, las enfermeras mencionaron Hospitalización Domiciliaria (HD), Curación Avanzada (CA), Policlínico diabetes, Policlínico Tratamiento Anticoagulante (TACO), Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (PAD Y CP), Unidad Médico Ambulatoria (UMA), enfermera de gestión de casos:

[...] la curación avanzada, la hospitalización domiciliaria no son de la red de cuidados? [...] el Poli diabetes... porque igual si tiene que controlarse después ambulatorio (E2).

[...] contar con sistemas que permiten la continuidad como hospitalización domiciliaria, curaciones avanzada, UMA [unidad médica ambulatoria] (E8).

Sugerencias para mejorar el rol

En la tercera subcategoría, las enfermeras mencionan sugerencias y propuestas que se podrían implementar, destacando:

[...] sería bueno, hacer una capacitación [acerca de redes y continuidad] [...] crear un correo de solamente de curaciones avanzada, al que tengan acceso el suplente... o la persona que esté haciendo esa labor en ese minuto (E1).

[...] tener un número para llamar así como directamente al Damianovic (APS) y coordinar [...] por ejemplo, la colega del alta, que ella no más recepcionara todas las altas [enfermera de enlace] [...] ese sea como el centro como gestor [...] que sea un solo canal, porque con muchas personas involucradas tiende a haber un desorden (E2).

[...] lo importante nos estamos dando cuenta que nos hace falta un expediente clínico electrónico, [...] si fuera regional ya sería un paso adelante que tendríamos por lo menos en la región [ficha clínica electrónica] (E4).

Como facilita el trabajo de redes de cuidado

De otra parte, las enfermeras refieren como una red de cuidado puede colaborar o mejorar la continuidad de la atención, cuya síntesis fué agrupada en la cuarta subcategoría: como facilita el trabajo una red de cuidado:

[...] *para tener un orden y que facilitaria lo que es la continuidad de los cuidado, [...] al revés que cuando venga el paciente, tú ves que se hizo... que se estaba haciendo... para poder continuar acá, desde el punto de vista de enfermería* (E3).

[...] *que han apoyado mucho a descongestionar [...] que haya personal, enfermeras que coordinen las altas [...] uno los deriva para que haya un mayor seguimiento de esos paciente y luego derivarlos a APS* (E5).

Servicios de salud integrales: incidencia en el usuario

Finalmente, por medio desta tercera categoría, se describe como redes de cuidado afecta al usuario en la continuidad de su cuidado, bajo la perspectiva enfermera. Está constituida por dos subcategorías: *Efecto beneficioso en los pacientes*; y *Consecuencia de falta redes cuidado*.

Efecto beneficioso en los pacientes

Es la subcategoría en la cual las enfermeras manifiestan como una red de cuidado puede ser efectiva en cuanto calidad de la atención del paciente:

[...] *para no volver a ver al paciente reingresar en las mismas condiciones [...] repercute directamente en la recuperación del paciente [...] seguridad para los pacientes y los familiares de los pacientes* (E1).

[...] *que el paciente está inserto en algo, que va poder recurrir a alguien cuando lo necesite* (E3).

Consecuencia de falta redes de cuidado

En la segunda subcategoría, las enfermeras mencionan eventos que evidencian problemas que necesitan de una red de cuidado efectiva. En los eventos más frecuentes que comentan figuran concurrir a control en el nivel equivocado; pérdida de información que lleva errores en continuidad de tratamientos crónicos; doble receta:

[...] *los pacientes a veces no llegan a donde tienen que llegar con el papel, porque lo perdieron en el camino* (E1).

[...] *pasa frecuente que el paciente no regrese por sus medicamentos... ese también es un indicio de que algo pasa [...] pero no tenemos una retroalimentación [...] que nosotros como enfermeros clínicos nos estemos dando cuenta de que hay una descoordinación con APS* (E3).

DISCUSIÓN

En el contexto del concepto cuidado enfermero integral y continuo, los enfermeros refieren diversas percepciones acerca de su rol como gestores del alta y la presencia de profesionales que aportan al soporte en la continuidad asistencial del paciente con alta hospitalaria del establecimiento. En ello valoran costo efectividad, procesos de cambio en el estamento, grados de visibilidad acerca del aporte profesional a la continuidad, brechas. Los entrevistados hacen referencia a continuidad tanto en el sentido de cómo lo experimenta el paciente, como también desde la perspectiva del sistema sanitario, que corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional.⁵ Se puede percibir que autores reconocen el sentido del trabajo en red como un elemento de la atención integral, dado que su vida laboral transcurre en un ámbito que valora el trabajo en equipo y se organiza como un sistema aun funcionalmente bastante fragmentado.^{12,14}

El sello de su formación para el trabajo integral¹⁰ se percibe y está presente de diversas maneras en el discurso de su declaración de principios, el sentido de que es natural para este profesional el trabajo en red, como, por ejemplo, cuando comentan acerca de los efectos para el paciente por la pérdida de continuidad de cuidado y sugieren como solución implementación o fortalecimiento de las redes sanitarias.

Percepción usuaria en continuidad de la atención, evaluada en Complejo Hospitalario de Cartagena (España), valoró satisfacción usuaria con la continuidad de cuidados mediante instrumento validado; obtiene que un 94% de los encuestados presenta satisfacción general aceptable con el proceso de continuidad de cuidados, y solo un 6% presenta una baja satisfacción. En el conjunto de 131 pacientes, conformado por un grupo de expuestos, a los que la enfermera le entregó a la salida del hospital un informe con datos sobre la planificación de cuidados de enfermería y otro grupo de pacientes no expuestos, a los que al alta no se les entregó ningún informe, encontró que la realización de Informe de Cuidados influye ligeramente en la satisfacción con el proceso de continuidad de cuidados.¹⁵

En estos resultados, también podemos inferir la efectividad del trabajo enfermero en esas altas, y confirmar o refutar percepción de las enfermeras respecto su quehacer en el alta de enfermería. En revisión bibliográfica realizada en España,¹⁶ se plantea que, aunque en los estudios analizados, no existía una evaluación detallada sobre aspectos del informe de alta que le hacen útil para garantizar la continuidad asistencial, se requería establecer canales activos de comunicación con el personal de enfermería de atención primaria, para implementar medidas de mejora. Es decir, el establecimiento de un sistema efectivo de comunicación es una demanda sentida de las enfermeras hospitalarias. Lo cual coincide con lo que destacan las enfermeras en sus comentarios, acerca de que valoran positivamente la existencia de redes de enfermería que garantizan continuidad de la atención.

Respecto al rol y desempeño del rol en servicio de salud integral, en este estudio, las entrevistadas mencionan servicios de enfermería que asocia a cuidados en red, refiere acciones que relaciona con rol facilitador del enfermero para el efectivo cuidado post alta y pone en perspectiva el ámbito de este proceso de transición asistencial como emergente y susceptible de mejorar.

Continuidad asistencial post alta segura y de calidad es el objetivo de sus afanes, conlleva implícito evitar complicaciones, que la literatura asocia a causas prevenibles, entre otros con planificación del alta, capacitación del usuario o red de apoyo y proceso de seguimiento precoz en diversas modalidades.^{12,17} Un estudio, que trabajó con pacientes adulto mayor, a los cuales prepararon para el alta realizando una intervención personalizada, utilizaron como estrategias: valoración geriátrica abreviada; gestión de recursos y enlace con APS, concluyendo que la preparación del alta fue un factor de protección para la presentación de algún evento adverso antes de los 30 días post alta.¹⁸

El alta enfermera, con registro protocolizado da más seguridad al paciente, facilita participación familiar, evita reingresos y visibiliza el rol autónomo del enfermero.¹⁹ Sin embargo, en el estudio sobre satisfacción usuaria en la continuidad de la atención,¹⁵ que fue valorada positivamente, al correlacionar satisfacción con el informe de cuidado, muestra que influye ligeramente con la percepción de satisfacción en la continuidad del cuidado y el hecho de que el informe se entregue en mano y/o se explique no parece afectar en este resultado. Aunque, en el caso de este estudio, no es parte del trabajo de evaluar la satisfacción del usuario, podemos tener en cuenta que las enfermeras se refieren a la percepción de un futuro más auspicioso para la continuidad de la atención, con la presencia de enfermeras que brindan continuidad y desarrollo del campo autónomo de la profesión.

El artículo acerca de reingeniería aplicada a red sanitaria de más de 60 establecimientos de Madrid⁶ refiere que la continuidad asistencial, y dentro de ella, la continuidad de cuidados, es clave para garantizar la calidad de los servicios sanitarios; y, en ese sentido, implementan varias medidas para seguimiento efectivo: llamado telefónico a los pacientes en las primeras 24-48 tras ser dados de alta; enfermera APS con acceso al informe médico hospitalario; despacho diario de altas hospitalarias.

El trabajo realizado en el campo de la telemedicina, que analizó el uso de las TIC en la atención, infirió la utilidad del teléfono como medio de monitoreo²⁰ y buscó asociar los resultados de salud (calidad de vida, mortalidad y uso de recursos) con la teleasistencia, la asistencia telefónica y la atención habitual. Este estudio encontró que el seguimiento telefónico excedió su efectividad, lo que se llama servicio regular y cercano al resultado favorable de la teleasistencia, cuyo puntaje más

alto se relacionó con una mejor calidad de vida. No se encontraron diferencias en la mortalidad o el uso de recursos, excepto por un aumento marginal en las visitas al médico de AP. La innovación en estrategias para el cuidado surge en la diversidad de los problemas sanitarios y recursos limitados.²¹

En el sentido de continuidad y tecnología, el sistema de redes chileno contempla que el paciente de alta retome su atención en los centros de salud abierto de especialidades o en APS, para lo cual existe comunicación formal escrita (interconsulta) y digital (agenda de citas) con el centro de especialidades ambulatorias. Pero no hay un sistema formal con los centros de salud del nivel primario de salud, por lo que depende solo del usuario, que retome su control en el consultorio donde está inscrito, portando epicrisis médica. En este registro, la enfermera del alta le ha escrito instrucciones, generalmente acerca de horarios para la administración farmacológica. El proceso de referencia y contrareferencia existe para la red ambulatoria del sistema y tiene por objeto ser de comunicación para que el beneficiario fluya en forma segura y eficiente.⁴

En el proceso del alta, se menciona al equipo multidisciplinario y básicamente médico, enfermera, matrona. Después que el médico decreta que el paciente se encuentra en condiciones de abandonar la atención cerrada, en Chile, por Ley de Derechos y Deberes del Paciente, se emite una epicrisis médica. En ese instante, el estamento enfermero se hace cargo de la mayor parte de las altas del paciente hospitalario, con ello asume desde la fragmentación y sus competencias, proveer recursos para la continuidad de los cuidados de ese usuario.^{5,11} La literatura menciona implementación de diferentes sistemas de cuidados para el alta y enfermera en gestión del alta, la figura de enfermera de enlace, seguimiento telefónico desde hospital o coordinado con otra enfermera de APS.⁶

En un estudio de revisión,²² seleccionaron estudios descriptivos y aleatorios que mostraron la situación del proceso de alta y estrategias destinadas a mejorarlo; eligieron diez ámbitos, para los cuales existe evidencia de beneficios para ciertas intervenciones: epicrisis; Conciliación de las Indicaciones de Medicamentos (CIM); planificación del alta; seguimiento; llamada telefónica; enfermera de apoyo de alta; evaluación geriátrica e intervenciones integrales después del alta; entrenamiento; apoyo de cuidados paliativos; intervenciones multidisciplinarias; en los cuales se observa que en ocho de las diez estrategias está presente la enfermera.

Siguiendo lo anterior, mencionar que, como resultado de las entrevistas, las enfermeras señalan diferentes colegas, que aportan a su proceso de preparación de alta mediata, identificándoles como redes de cuidado, a un grupo de profesionales del sistema ambulatorio de especialidades que aportan asesoría, rescate de paciente crónico, coordinación para continuidad del control y otro grupo que se hace cargo de la continuidad de pacientes complejos en la comunidad. Junto con ello, visualizan la existencia de enfermeras que están en los centros de salud de la APS, con los cuales quisieran implementar un sistema continuo de información en ambos sentidos. En esta última iniciativa, reconocen que existen diferentes grados de desarrollo, desde el no darse cuenta al de utilizar las incipientes redes de contacto que se ha ido implementado con enfermera gestora de casos.

En el análisis del rol enfermero para la continuidad, se revela vocación para el trabajo en redes, lo sugiere la creación de estrategias de vinculación para que fluya la comunicación e información, con enfoque en evitar la discontinuidad del proceso de cuidado de las personas. En este sentido, las redes internacionales de enfermería le describen como estrategia para la comunicación, que vincula, desarrolla cooperación y sinergia entre personas y organizaciones, en pos del desarrollo de todos los ámbitos de la enfermería: cuidados, gestión, investigación, educación. Supone solidaridad, confianza, respeto, como valores para la salud. Demuestra el poder de la enfermería para trabajar concertada y orientada a objetivos comunes. Apoyándose en tecnología de las comunicaciones y herramientas de gestión, con el fin de garantizar continuidad de la atención tanto en momentos de gracia como en la adversidad.^{7,23-26}

Es posible asimilar este resultado, referido a efectividad de un sistema de cuidados que pueda asistir integralmente al usuario de alta, con estudios relacionados a enfermera de enlace, o

sistemas creados para la gestión del alta hospitalaria que, de forma más estructurada, planifican el alta del paciente y su posterior seguimiento. Entre ellos, en España, un estudio apunta a que se produciría una brecha asistencial en los pacientes con alta hospitalaria, por lo cual hay dificultades para garantizar el correcto cumplimiento de las indicaciones dadas al alta.⁶ Menciona que algunas de las consecuencias de esta brecha asistencial entre el hospital y la APS son duplicidad de intervenciones en ambos niveles asistenciales; los pacientes no tomen correctamente su medicación; no reciban cuidados que precisan; y riesgo de agravamiento del proceso con reingreso hospitalario; además, de producir incertidumbre e insatisfacción tanto en los pacientes como en sus familiares o cuidadores.⁶

Es importante resaltar que las actividades realizadas por la enfermera para la continuidad de la atención en APS en España, en general, se definen mediante la evaluación clínica del paciente y el contacto con la enfermera desde el área de origen del paciente por teléfono o correo electrónico, antes del alta hospitalaria. Esto requiere capacitación como educador y trabajo en equipo. La atención continua para APS presupone la disponibilidad de recursos y experiencia en el manejo de la atención de pacientes complejos y sus familias.²⁵

En el caso del estudio local, las entrevistadas evidencian que este establecimiento hospitalario no cuenta con implementación de un sistema formal para el seguimiento coordinado con APS, al mencionarlo como demanda sentida por el estamento enfermero, dado que, en su experiencia, la falta de seguimiento y retroalimentación afecta la continuidad del cuidado y conlleva riesgo para el paciente.

Estudio descriptivo en la provincia de Quebec, Canadá, que describió las actividades desarrolladas por las enfermeras de enlace para la continuidad del cuidado después del alta hospitalaria, en su resultado, destaca que las enfermeras participan de la identificación de los pacientes que necesitan cuidados post alta hospitalaria, transfiriendo informaciones del paciente para servicios de otro nivel, además de coordinar la planificación del alta hospitalaria.²⁷

Aunque en este estudio no se pudo correlacionar el reingreso con alta programada, se puede observar que está presente el riesgo de una pérdida de continuidad de atención, dado por un insuficiente sistema de coordinación interniveles y problemas en conducta de autocuidado de la población. Lo cual, también, es valorado por las enfermeras del presente estudio, quienes reconocen el beneficio de un sistema integral de atención para la continuidad del cuidado y los efectos para el paciente, del carácter de su efectividad.

Como limitaciones, se puede mencionar la escasa publicación de estudios previos del tema en el ámbito nacional. Como recomendación, sería interesante trabajar en un estudio para comprender continuidad del cuidado, desde la perspectiva del usuario con alta hospitalaria y el de su familia.

CONCLUSIÓN

En este estudio, fue posible reconocer rol enfermero para mantener continuidad del cuidado del usuario con alta hospitalaria. En el marco de las redes asistenciales de salud, el rol enfermero da vida a redes de cuidado o redes de enfermería, que ofrecen soporte a la continuidad del cuidado del paciente con alta hospitalaria. Con competencias para brindar un servicio de salud integral, se enfoca en la atención de personas que presentan una diversidad de requerimientos, correlacionando sus servicios con ordenamientos estructurales y desarrollando una gestión de atención enfocada en la demanda del usuario para la continuidad de la atención.

En el quehacer diario del enfermero, gestiona continuidad del alta hospitalaria en un sistema sin protocolo para la continuidad con APS; se esmera por lograr que el usuario tenga oportunidades seguras y de calidad para mantener continuidad de sus cuidados post alta; recurre a las capacidades del paciente y apoyo familiar; convoca a la red de enfermería hospitalaria; y en forma natural aspira a enlazar con los sistemas de redes de cuidado, más allá del intramuro hospitalario.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud (Chile), Subsecretaría de Redes Asistenciales. Informe de implementación estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS), en el sistema público de salud período 2014-2017. Santiago(CL): Minsal; 2018 [acceso 2017 Oct 02]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/informe-de-implementaci%c3%b3n-estrategia-riss.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington(US): OMS; 2010 [acceso 2017 Ago 14]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4305:2008-redes-integradas-servicios-salud&itemid=3553&lang=es
3. Organización Mundial de la Salud. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. Washington(US): OMS; 2016 [acceso 2017 Ago 17]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079>
4. Parisi CL, Fernández E. Norma de referencia y contrareferencia. Santiago(CL): Minsal; 2016 [acceso 2017 Oct 15]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/9_norma-de-referencia-y-contrareferencia.pdf
5. Ministerio de Salud (Chile), Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red 2019. Santiago(CL): Minsal; 2018 [acceso 2017 Ago 20]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Orientaciones-2019-.pdf>
6. Mayordomo MJC, Rodríguez JA, Villarrubia CS, López ER, Maldonado JLM. La enfermera de AP como garante de la continuidad de cuidados: Intervención proactiva tras el alta hospitalaria. RISAI [Internet]. 2015 [acceso 2017 Sept 15];7(1):1-7. Disponible en: <http://www.risai.org/index.php/risai/article/view/9>
7. Sánchez MG, Vidal LT, Vozmediano EB, Molina F, Gastaldo D, García LO. Conflicts between nursing ethics and health care legislation in Spain. Gac sanit [Internet]. 2016 [acceso 2019 Nov 22];30(3):178-83. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.02.005>
8. Colegio Enfermeras de Chile. Código de Etica del Colegio de Enfermeras de Chile. Santiago (CL); 2008 [acceso 2017 Oct 22]. Disponible en: <http://enfermeriajw.com/wp-content/uploads/2012/08/coodigo-de-etica-colegio-de-enfermeras-de-chile.pdf>
9. Oguisso T, Takashi Mh, Freitas GF, Bonini BB, Silva TA. Primeiro código internacional de ética de enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acceso 2019 Nov 22];28:e20180140. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0140>.
10. Campos C, Vargas X, Milos P. Professional services of nursing in Chilean legislation. Rev Méd Clín Las Condes [Internet]. 2018 [acceso 2019 Mar 15]; 29(3):270-7. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.03.003>
11. Pérez SL, Arrivillaga M. Integrated networks of health services in the framework of primary health care in selected countries of Latin America. Saltem Scientia Spiritus [Internet]. 2017 [acceso 2018 Mar 25];3(2):32-49. Disponible en: <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/saltemscientiaspiritus/article/view/1791>
12. Jaramillo F, Feraud H, Guevel L. Panorama Regional: Sistemas de salud de Latinoamérica y estado de situación del Modelo RISS documento colaborativo-rissalud. Buenos Aires (AR); 2017 [acceso 2018 Mar 25]. Disponible en: http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/documento_colaborativo_rissalud_oct_2017.pdf
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa(PT): Edições 70; 2011.
14. Utzumi FC, Lacerda MR, Elizabeth B, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuity of care and the Symbolic Interactionism: a possible understanding. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2018 [acceso 2019 Jan 15];27(2):e4250016. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>

15. García NB, Chicano MTR, Tello JR, López MMG, Martínez RD, García MJB. Validación del cuestionario CTM-3-modificado sobre satisfacción con la continuidad de cuidados: un estudio de cohortes. *Aquichan* [Internet]. 2018 [acceso 2019 Jan 20];18(1):9-19. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.2>.
16. Casado MC. El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. *Rev Esp Comun Salud* [Internet]. 2014 [acceso 2017 Oct 22]; 5(2):102-11. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/recs/article/view/3337>
17. Casals MS, Pérez EC, Ribas AA, Juvanteny EP, Rusalleda MO, Casacuberta MS. Continuity of care from the acute care hospital: Results. *Enferm Clín* [Internet]. 2015 [acceso 2018 Mar 24];25(4):155-220. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.04.005>
18. Alonso CF, Ferrer MF, Santana MIJ, Hernández LF, García MC, Castillo JG et al. Multidimensional intervention to improve the short-term prognosis of frail elderly patients discharged from a short-stay unit: A quasiexperimental study. *Rev Clín Esp* [Internet]. 2018 [acceso 2018 Jan 27]; 218(4):163-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.01.008>
19. Aragón SS. Perception of the Continuity of Care Report to the discharge in Surgical Nursing. *Nure Investig* [Internet]. 2018 [acceso 2018 Mar 12];15(94):1-12. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/ojs/index.php/nure/article/view/1362>
20. Valdivieso B, Sempere AG, Gimeno GS, Faubel R, Librero J, Soriano E et al. The effect of telehealth, telephone support or usual care on quality of life, mortality and healthcare utilization in elderly high-risk patients with multiple chronic conditions. A prospective study. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2018 [acceso 2019 Jan 29];151(8):308-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.03.013>
21. Flores LC, Vargas LV. Conocimiento, práctica y percepción de enfermeras respecto a tele-enfermería como estrategia de continuidad del cuidado. *Enfermería* [Internet]. 2016 [acceso 2019 Mar 30]; 5(2):25-33. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=s2393-66062016000200004&lng=es&nrm=iso
22. Eymin G, Aizman A, Lopetegui M, Manjarrez E. The discharge process. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2014 [acceso 2019 Feb 15];142:229-37. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000200012>
23. Cassiani SHB, Ferreira A, Vidal NV, Chávez MAR. International networks nursing in the Americas: Report 2015. *Rev Cub Enferm* [Internet]. 2016 [acceso 2019 Feb 11];32(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumeni.cgi?idarticulo=64472>
24. Cassiani SH, García AB, Caballero E, Jiménez MA, Esperón JMT, Osegueda E, et al. International nursing networks in the Americas: collaborative work to achieve universal health coverage. *Enfermería*. 2014 [acceso 2019 Mar 07];3(1):42-54. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/265554070_international_nursing_networks_in_the_americas_collaborative_work_to_achieve_universal_health_coverage
25. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Tomás SC, Bernardino E. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [acceso 2019 Nov 22];53:e03477. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>.
26. Muñoz LA, María EG, Cabas TM. Implantación de guías de buenas prácticas en España. Programa de centros comprometidos con la excelencia de cuidados. *MedUNAB* [Internet]. 2015 [acceso 2018 Oct 21];17(3):163-9. Disponible en: <https://doi.org/10.29375/01237047.2383>
27. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Actividades de las enfermeras de enlace en el alta hospitalaria: una estrategia para la continuidad del cuidado. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [acceso 2019 Nov 22]; 27: e3162. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>

NOTAS

ORIGEN DEL ARTÍCULO

Extraído da dissertação – Continuidad de la atención en el alta hospitalaria, modalidade MINTER internacional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2019.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Concepción del estudio: Guzmán MCG, Andrade SR.

Recolección de datos: Guzmán MCG, Andrade SR.

Análisis e interpretación de los datos: Guzmán MCG, Andrade SR.

Discusión de los resultados: Guzmán MCG, Andrade SR.

Redacción y / o revisión crítica del contenido: Guzmán MCG, Andrade SR, Ferreira A.

Revisión y aprobación final de la versión final: Guzmán MCG, Andrade SR, Ferreira A.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo fue realizado con el apoyo de la *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001*.

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da *Universidade de Magalhanes*, Chile.

CONFLICTO DE INTERESSES

No hay conflicto de intereses

HISTÓRICO

Recibido: 08 de septiembre de 2019.

Aprobado: 11 de febrero de 2020.

AUTOR CORRESPONDIENTE

Selma Regina de Andrade

selma.regina@ufsc.br

