

### EDITORIAL BOARD

**Elizabeth A. Ayello, PhD, RN, ACNS-BC, ETN, FAAN, FAPWCA**, President, Ayello, Harris & Associates, Inc.; Faculty, Excelsior College School of Nursing, Albany, N.Y.; Senior Adviser, The John A. Hartford Institute for Geriatric Nursing and Program Director, Education Essentials, New York, N.Y.

**Michael R. Cohen, ScD, MS, RPh**, President, Institute for Safe Medication Practices, and Member of the Sentinel Event Advisory Group for The Joint Commission, Horsham, Pa.

**Yvonne D'Arcy, MS, CRNP, CNS**, Pain Management and Palliative Care Nurse Practitioner, Suburban Hospital-Johns Hopkins Medicine, Bethesda, Md.

**Michael W. Day, MSN, RN, CCRN**, Trauma Nurse-Coordinator, Sacred Heart Medical Center and Children's Hospital, Spokane, Wash.

**Cheryl Dumont, PhD, RN, CRNI**, Director, Nursing Research and Vascular Access Team, Winchester Medical Center, Winchester, Va.

**Martha M. Funnell, MS, RN, CDE**, Codirector of the Behavioral, Clinical and Health Systems Intervention Research Core, Michigan Diabetes Research and Training Center; Research Investigator in the Department of Medical Education; and Adjunct Lecturer, School of Nursing, University of Michigan, Ann Arbor, Mich.

**Peg Gray-Vickrey, DNS, RN**, Provost and VP for Academic and Student Affairs, Texas A&M University-Central Texas, Killeen, Texas.

**Elizabeth Heavey, PhD, RN, CNM**, RN-BSN Program Director, Associate Professor of Nursing, The College at Brockport, State University of New York, Brockport, N.Y.

**Jeanne Held-Warmkessel, MSN, RN, ACNS-BC, AOCN**, Clinical Nurse Specialist, Fox Chase Cancer Center, Philadelphia, Pa.

**Frank Edward Myers III, MA, CIC**, Infection Preventionist III, UC San Diego Health System, San Diego, Calif.

**Bill Pruitt, MBA, RRT, AE-C, CPFT, FAARC**, Senior Instructor and Director of Clinical Education, Cardiorespiratory Sciences, School of Allied Health, University of South Alabama, Mobile, Ala.

**Susan Simmons, PhD, RN, ARNP-BC**, Family NP, College Park Family Care Center, Overland Park, Kan.

**Linda S. Smith, DSN, MS, RN, CLNC**, Faculty Affiliate, Idaho State University, Pocatello, Idaho

**Kristopher T. Starr, JD, MSN, RN**, Attorney at Law, Ferry, Joseph & Pearce, P.A., Wilmington, Del.; Staff RN, Emergency Department, Christiana Care Health System, Newark, Del.; Adjunct Nursing Faculty, Excelsior College, Albany, N.Y.; Supplemental Nursing Faculty, University of Delaware, Newark, Del.

**Jeff Strickler, MA, RN, CEN, CFRN, NE-BC**, Director, Emergency Services, University of North Carolina Hospitals, Chapel Hill, N.C.

## La enfermera como pieza clave en la continuidad de cuidados

A PESAR DE LAS NUMEROSAS ESTRATEGIAS utilizadas a lo largo de los años para la mejora de la continuidad asistencial, la coordinación de la atención sanitaria sigue siendo un gran reto para los responsables de las políticas sanitarias. De hecho, es posible que la propia diversidad de estas estrategias haya favorecido precisamente su ineficacia en nuestro sistema. Un sistema que todavía se fundamenta en los procesos biomédicos y que a menudo fracciona la atención basándose en especialidades y en ámbitos de actuación.

Las enfermeras abogamos y defendemos un modelo de atención biopsicosocial, donde se tiene en cuenta los aspectos que contribuyen en el desarrollo de cualquier proceso de salud-enfermedad. Pero a menudo, influenciadas por el propio entorno sanitario, desarrollamos nuestra práctica basada en guías y protocolos, que en sí mismos pueden llegar a fraccionar también los cuidados. Estos protocolos o guías, aunque basadas en la evidencia científica, tienden a la especialidad, y en ocasiones dejan en un segundo término aspectos propios del cuidado, como el acompañamiento y la transferencia de conocimientos al paciente y familia.

En el hospital, somos las enfermeras las que asumimos el gran peso de los cuidados, pero en la comunidad estas tareas son mayormente delegadas al paciente y a su familia. Por eso, la enfermera de atención primaria asume un rol mayoritariamente de educadora, fomentando la máxima autonomía dentro de cada entorno familiar y social.

Pero, ¿nos hemos parado a pensar cómo hacemos este traspaso de responsabilidades entre el hospital y la atención primaria? Desde el punto de vista asistencial, sabemos que la intercomunicación entre ámbitos asistenciales es todavía escasa o ineficaz. Se precisa de ideas sencillas, pero a la vez innovadoras, que no supongan un coste añadido a los cuidados pero que favorezcan esta coordinación. Garantizando, a su vez, el apoderamiento de los pacientes.

Este abordaje puede ser considerado desde el punto de vista político o desde el punto de vista asistencial. En política, las enfermeras debemos estar al frente de decisiones en materia de salud y debemos posicionarnos en puntos estratégicos, ya que solo de esta manera podremos influir en temas transversales como es el gran reto de la continuidad asistencial. Pero parece ser que todavía necesitamos obtener mayor visibilidad y reconocimiento para liderar decisiones estratégicas; o eso nos quieren hacer entender. En cambio, sí que está a nuestro alcance aplicar acciones directas en nuestro día a día asistencial que conlleven mejoras visibles a corto plazo. Estas deben propiciar un cambio en el modelo de cuidados y en la manera de comprender nuestro rol con los pacientes.

Hace tiempo que me planteo ¿por qué no implicamos más a los pacientes desde los propios hospitales como una estrategia para mejorar la continuidad asistencial? En estos momentos no existe mejor entorno de aprendizaje en simulación real, siendo supervisados y acompañados veinticuatro horas al día, para prepararlos para el propio cuidado. Deberíamos dejar de seguir costumbres heredadas, como invitar a salir a los familiares de las habitaciones o excluirlos en la gran mayoría de actividades del cuidado que realizamos nosotras mismas día tras día. También deberíamos evitar altas hospitalarias apresuradas sin evaluar el conocimiento adquirido por parte de los pacientes. La información se proporciona correctamente, pero a menudo no llegar a ser comprendida por nuestros pacientes y familiares, que suelen acabar recurriendo a consultas de urgencias en busca de aclaraciones sobre los propios cuidados.

Cada vez más, las enfermeras tendemos a la especialización para proporcionar cuidados de excelencia, convirtiéndonos incluso en profesionales con nuevos roles y nuevas competencias. Esto ha supuesto un gran avance para el sistema sanitario, pero debemos recordar que es básico y fundamental interactuar entre nosotras. Solo estando bien coordinadas garantizaremos el bienestar de los pacientes. Sabemos que en las transiciones asistenciales se produce un proceso desestabilizador que afecta a todos los actores implicados en el cuidado, usuarios y profesionales. Por eso, únicamente conociendo de primera mano las realidades de ambas partes (por ejemplo, cómo recibe la enfermera a un paciente en el domicilio tras ser dado de alta, o cómo una enfermera hospitalaria realiza las curas) podemos mitigar los efectos de la propia transición.

En conclusión, para contribuir notablemente a hacer frente al gran reto de la continuidad asistencial debemos: 1) integrar al paciente y familia como una estrategia de aprendizaje y autonomía que mejorará el bienestar de estos en el domicilio, 2) intercambiar aspectos de nuestro día a día con otras compañeras que desarrollan su rol en otros ámbitos de actuación, de tal manera que establezcamos objetivos comunes y 3) por último, creernos que debemos tomar responsabilidad en decisiones sanitarias que mejoren la coordinación. Y es que así, simplemente así, la enfermera podrá ser *la clave*.

Ester Risco Vilarasau, RN, PhD  
Hospital Clínic de Barcelona