

# Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace

G. Jódar-Solà, A. Cadena-Andreu, N. Parellada-Esquius y J. Martínez-Roldán

**Objetivo.** Evaluar el programa de enfermera de enlace a los 2 años de funcionamiento.

**Diseño.** Estudio descriptivo.

**Emplazamiento.** Atención primaria de los municipios de Sant Boi de Llobregat y Sant Vicenç dels Horts (Barcelona) y el Hospital Comarcal de Sant Boi.

**Pacientes.** Pacientes dados de alta del hospital (entre octubre de 2000 y octubre 2002) y que necesitaban cuidados de continuidad en el equipo de atención primaria o domicilio.

**Intervenciones.** Visitas conjuntas entre la enfermera de enlace y la supervisora de la unidad hospitalaria para elaborar el plan de cuidados previo al alta hospitalaria. Se comunica al equipo de atención primaria del traspaso del enfermo y su plan de cuidados. Las visitas posteriores al domicilio las realiza la enfermera de enlace, el equipo de atención primaria, o conjuntamente.

**Resultados.** Se ha estudiado a 854 pacientes (57,6% mujeres); media de edad en mujeres  $69,82 \pm 14,7$  años y en varones de  $61,7 \pm 19,6$  años ( $p < 0,0001$ ).

La enfermera de enlace ha realizado 2.241 visitas hospitalarias, 81 domiciliarias y 434 llamadas telefónicas. También se han hecho 636 coordinaciones.

El diagnóstico de enfermería más frecuente ha sido trastorno de la movilidad física (61% de los pacientes).

**Conclusiones.** Se ha creado un mecanismo que mejora la continuidad desde el alta hospitalaria hasta el contacto con el equipo de atención primaria. La enfermera de enlace coordina y gestiona los casos antes de que el paciente sea traspasado al ámbito de la atención primaria.

**Palabras clave:** Continuidad. Atención primaria. Enfermera de enlace.

## CONTINUITY OF CARE: ROLE OF THE LINK NURSE

**Objective.** To evaluate the link nurse programme after 2 years of operation.

**Design.** Descriptive study.

**Setting.** Primary care in the towns of Sant Boi de Llobregat and Sant Vicenç dels Horts (Barcelona) and the County Hospital of Sant Boi, Spain.

**Patients.** Patients discharged from the hospital (October 2000–October 2002) and who needed ongoing care in the primary care centre or at home.

**Interventions.** Joint visits of the link nurse and the hospital unit's supervisor to work out the care plan before discharge. The PC team was informed of the transfer of the patient and his/her care plan. Subsequent home visits were by the link nurse, the primary care team or both together.

**Results.** 854 patients (57.6% women) were studied. Women's mean age was  $69.82$  (SD, 4.7) and men's was  $61.7$  (SD, 9.6) ( $P < .0001$ ). The link nurse made 2241 hospital visits, 81 home visits, and 434 phone calls. There were 636 co-ordinations.

The most common nursing diagnosis made was physical mobility disorder (61% of patients).

**Conclusions.** A mechanism was created to improve continuity from hospital discharge to contact with the PC team. The link nurse coordinates and manages patients before they are handed over to PC.

**Key words:** Continuity. Primary care. Link nurse.

DAP Baix Llobregat Litoral.  
 El Prat de Llobregat. Barcelona.  
 España.

Correspondencia:  
 Gloria Jódar-Solà.  
 Medicina Familiar DAP Baix  
 Llobregat Litoral.  
 C/ Empuries, s/n. 08820  
 El Prat de Llobregat. Barcelona.  
 España.  
 Correo electrónico:  
 gjodar.cp.ics@gencat.net

Manuscrito recibido el 4 de noviembre de 2003.  
 Manuscrito aceptado para su publicación el 11 de abril de 2005.

## Introducción

Uno de los retos del sistema sanitario ha sido y es el poder ofrecer a los ciudadanos una oferta integrada de servicios. Con la Reforma de la atención primaria (AP), en que ésta se nos presenta como nivel fundamental de la asistencia sanitaria, se han añadido a las actividades curativas otros aspectos fundamentales de un sistema sanitario moderno como son la prevención, la promoción de la salud y la rehabilitación<sup>1</sup>. Esto hace más patente aún la necesidad de mejorar la oferta de servicios, no sólo en los centros de salud, sino en otros espacios como el domicilio. Asimismo, debe limitarse al máximo la fragmentación que percibe el ciudadano entre los diversos niveles asistenciales.

Algunas actividades de cooperación y coordinación se han basado más bien en la buena voluntad de las partes implicadas que en un desarrollo planificado de un modelo de gestión que consolide una estructura básica y estable de continuidad asistencial.

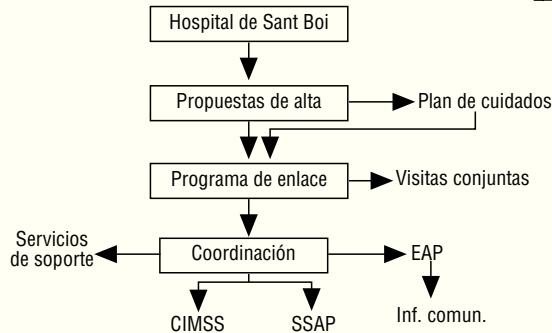
Esto implica, sin duda, moverse dentro de modelos de gestión basados en la calidad total, donde los líderes y los profesionales estén dispuestos a ver y gestionar más allá de su propia organización; adentrarse en una nueva filosofía centrada en el cliente, que favorezca las alianzas entre proveedores y evite la percepción de interrupciones del proceso asistencial, aumentando la oferta integrada de servicios.

En esta línea, no es extraño encontrar cada vez con mayor frecuencia dentro del entorno europeo más servicios integrales de salud y de atención compartida<sup>2-4</sup>; ha aparecido el concepto de "transmural care" en los Países Bajos y "share care" en el Reino Unido. Aparece la figura de la "specialist liaison nurses"<sup>3</sup> (enfermera de enlace), cuya misión es garantizar esa deseada continuidad en la asistencia, facilitando la coordinación entre estamentos y entre niveles de asistencia; pero que, básicamente, hace de agente del cliente, cuando éste precisa servicios sanitarios y sociales.

Durante los últimos 5 años en la Dirección de Atención Primaria Baix Llobregat Litoral se había acumulado una cierta experiencia en el desarrollo de instrumentos que permitían una comunicación más ágil entre niveles (altas de enfermería, estandarización de protocolos de cuidados, formación en servicio conjunta, consultas externas del hospital descentralizadas en los centros de AP)<sup>5,6</sup>.

Pero, a pesar de ello, seguían apareciendo fragmentaciones, principalmente en el ámbito de la atención a domicilio. Por ello se intentó dar un paso más teniendo en cuenta todos los esfuerzos realizados anteriormente. Se introdujo la figura de la enfermera de enlace, esperando que contribuyera a una adecuada selección de pacientes, previa al alta hospitalaria, para transferir todos los elementos e instrumentos que ayudan

### Material y métodos Cuadro resumen



## Esquema general del estudio

Estudio descriptivo para evaluar el programa de «enfermera de enlace» entre un hospital comarcal de referencia y los centros de atención primaria, durante 2 años.

a configurar una buena coordinación y cooperación entre ámbitos, instituciones y departamentos<sup>7,8</sup>.

En este estudio se presenta la evaluación del programa enfermera de enlace a los 2 años de funcionamiento.

## Pacientes y método

Se trata de un estudio descriptivo de las intervenciones realizadas por la enfermera de enlace a los pacientes, dados de alta en el Hospital Comarcal de Sant Boi de Llobregat, de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, de octubre de 2000 a octubre del 2002. Este hospital es el de referencia para 5 centros de salud, 4 de ellos del municipio de Sant Boi de Llobregat y el Centro de Salud de Sant Vicenç dels Horts, con una población aproximada de 120.000 habitantes.

Los sujetos incluidos en el estudio son los pacientes en los que se prevé una necesidad de cuidados o seguimiento asistencial en el centro de AP o a domicilio, cuando vayan a ser dados de alta del hospital. Los pacientes que no pueden ser atendidos en el domicilio por falta de teléfono, cuidador o malas condiciones sociales o sanitarias, también se benefician del programa de enlace, puesto que en estos casos la enfermera de enlace contacta con la unidad de convalecencia del hospital, o los proveedores de asistencia social de los municipios, así como con la propia Comisión Interdisciplinaria Mixta de Socio-Sanitaria, solicitando plaza de larga o corta estancia en la red sociosanitaria pública.

Durante la estancia hospitalaria, la enfermera de enlace realiza una o varias visitas junto con la supervisora de la unidad hospitalaria donde está ingresado el paciente cuya alta se prevé en un plazo de 2 o 3 días. Se realiza una visita de valoración de enfermería y se elabora el documento de alta de enfermería que recoge las principales necesidades alteradas y el diagnóstico médico y de enfermería.

Posteriormente, realiza el plan de cuidados junto con la enfermera hospitalaria, el médico y el cuidador principal. Si es posible, también interviene el propio paciente. El plan de cuidados incluye una serie de objetivos que indica las intervenciones a realizar. Aquellas que están relacionadas con la adquisición de conocimientos por parte del paciente y del futuro cuidador familiar, las empieza a ejecutar la enfermera de enlace desde el hospital, siguiendo las mismas guías que más tarde se utilizarán en AP. Un día antes al alta, la enfermera de enlace comunica al equipo de AP correspondiente la valoración de enfermería y el plan de cuidados elaborado, que queda recogido en el documento de alta de enfermería. El paciente recibirá en el domicilio la primera visita del profesional de AP, solo o acompañado de la enfermera de enlace, durante las 24 h siguientes al alta. Cuando no se ha podido realizar el traspaso correctamente la enfermera de enlace realiza sola la primera visita. Si la enfermera o el médico del equipo así lo solicitan, la enfermera de enlace también realizará las visitas de seguimiento que sean necesarias.

Para la evaluación a los 2 años de programa se han recogido las siguientes variables: edad y sexo, nivel de estudios, afecciones concomitantes al ingreso, unidad hospitalaria de procedencia, centro de salud al que pertenecen, día de la semana en que se produce el alta, diagnósticos de enfermería requeridos y actuaciones de enfermería (curas, técnicas diagnósticas y terapéuticas, educación sanitaria, reuniones de coordinación visitas de las domiciliarias y visitas hospitalarias.)

Se ha medido los días de ingreso en el hospital, así como los días en el programa de enlace. También se mide el número de días que lleva ingresado el paciente cuando es captado por la enfermera y cuántos días faltan para ser dado de alta del hospital. Los datos se han analizado mediante el paquete estadístico SPSS para Windows. Se ha realizado una estadística descriptiva de las variables recogidas.

## Resultados

Durante el período estudiado ha habido 854 pacientes, 362 (42,4%) varones y 492 (57,6%) mujeres, con una media de edad  $61,65 \pm 19,6$  años los varones y  $69,82 \pm 14,7$  años las mujeres ( $p < 0,0001$ ).

Han generado un total de 2.241 visitas hospitalarias (media = 2,62 visitas por paciente; DE = 1,96), 81 domiciliarias sólo de la enfermera de enlace (media por paciente = 0,09; DE = 0,53) y 434 llamadas telefónicas (media = 0,51; DE = 1,04). El número de coordinaciones telefónicas ha sido de 636 (media por paciente = 0,74; DE = 1,45) y de coordinaciones personales de 1093 (media = 1,28; DE = 6,1). El total de actuaciones fue de 4.485 (media = 5,3; DE = 7,3).

La mayoría de los pacientes estaban ingresados en el Servicio de traumatología (491; 57,5%) y de medicina interna (317, 37,1%). El resto de los pacientes procedía del servicio de cirugía (36; 4,2%), del servicio de urgencias (6; 0,7%), del servicio de cardiología (3; 0,4%) y de urología (1; 0,1%). La presencia de otras afecciones concomitantes se refleja en la tabla 1; la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes y las cardiopatías son las que con más frecuencia aparecen.

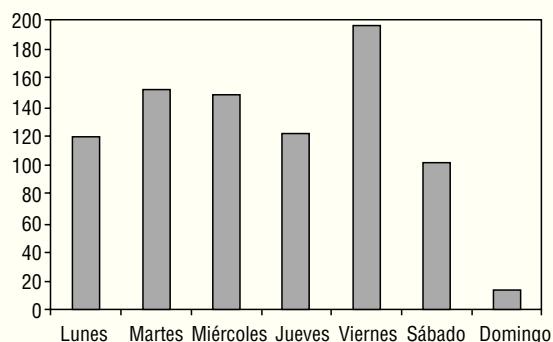
TABLA  
1

Prevalencia de afecciones concomitantes según el sexo

Patología	Varones, n (%)	Mujeres, n (%)	Total, n (%)
Neoplasia	38 (10,5)	18 (3,66)	56 (6,56)
Hipertensión arterial	99 (27,35)	158 (32,11)	227 (26,58)
Demencia	33 (6,08)	61 (12,40)	83 (9,72)
Cardiopatía	46 (12,71)	64 (13,01)	110 (12,88)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	91 (25,14)	37 (7,52)	128 (14,99)
Ansiedad	3 (0,83)	19 (3,86)	22 (2,58)
Accidente vascular cerebral	14 (3,87)	20 (4,07)	34 (3,98)
Hepatitis	5 (1,38)	2 (0,41)	7 (0,82)
Diabetes	74 (20,44)	103 (20,93)	177 (20,73)
Enfermedad de Alzheimer	12 (3,31)	22 (4,47)	34 (3,98)

La distribución de la demanda, o sea el día en que se produce el alta de los 854 pacientes, según día de la semana se observa en la figura 1. Los viernes se producen 84 altas (86,3%); aumenta considerablemente el número de altas, a diferencia del resto de los días de la semana. La tabla 2 detalla la distribución de los diagnósticos de enfermería; son más frecuentes los trastornos de la movilidad física, el manejo inefectivo del régimen terapéutico personal y de conductas generadoras de salud. Las intervenciones de enfermería más frecuentes fueron la educación sanitaria en 777 pacientes (91%), la aplicación de tratamientos en 517 (60,5%) y curas de heridas y úlceras en 98 (11,5%).

Ninguno de los pacientes ingresados en el programa de enfermera de enlace requirió nuevo ingreso. Hubo necesidad de contactar con servicios sociales en 45 (5,3%) de los pacientes, y con el Programa Atención Domiciliaria Equipo de Soporte (PADES) en 19 (1,9%). El programa

FIGURA  
1

Distribución de los pacientes según día de alta hospitalaria.

**TABLA 2** Distribución y frecuencia de los diagnósticos de enfermería

Diagnóstico	n	%
Conductas generadoras de salud	147	17,2
Riesgo de soledad	8	0,9
Manejo no efectivo del régimen terapéutico personal	44	5,2
Déficit de conocimientos	3	0,4
Afrontamiento individual inefectivo	23	2,7
Trastornos de la movilidad física	521	61,0
Dolor crónico	3	0,4
Deterioro de la integridad cutánea	25	2,9
Duelo disfuncional	20	2,3
Otros	60	7,0
Total	854	100

PADES sólo atiende a pacientes terminales, y su función es básicamente consultora.

El ingreso hospitalario fue programado en 345 (40,4%) pacientes, por iniciativa del médico de familia en 43 (5%). En más de la mitad de los casos (466; 54,6%) no hay constancia de si ingresan por iniciativa propia o de un familiar o por recomendación del médico de familia.

La media de días de ingreso en el hospital fue de  $15,29 \pm 17,14$ . La media de días de un paciente en el programa de enlace ha sido de  $2,48 \pm 6,57$ . El programa de enlace capta a los pacientes cuando llevan una media de 7,4 (DE = 9,5) días de ingreso, cuando todavía estará de media 5  $\pm$  15,9 días ingresado. En 285 pacientes (33,4%) el programa de enlace capta los pacientes cuando faltan menos de 3 días para ser dados de alta.

## Discusión

El programa «enfermera enlace» se estructuró abierto a la modificación y flexibilidad de objetivos a partir de los resultados obtenidos, y susceptible a la introducción de cambios y criterios de inclusión por parte de cualquier servicio o cualquier unidad del hospital.

El hecho de trabajar con un centro hospitalario y cuatro centros de AP de referencia de dos municipios colindantes puede afectar la generalización de los resultados a otros ámbitos geográficos. En este estudio existe una relación previa entre los dos niveles asistenciales que facilita la exploración de nuevos métodos de continuidad.

La metodología utilizada en el presente estudio no permite llegar a conclusiones causales. Sería necesario realizar un ensayo clínico aleatorizado para poder comprobar los beneficios obtenidos por los pacientes incluidos.

El número de visitas dentro del hospital por parte de la enfermera de enlace y por paciente posibilita la valoración de

éste y el inicio el plan de cuidados individualizado, junto con la implicación del cuidador principal, facilitando, por tanto, las posteriores intervenciones al equipo de atención primaria (EAP).

La enfermera de enlace recibe el aviso de posible alta por parte de la supervisora de la unidad cuando el paciente lleva ya ingresado una media de una semana, y quedan una media de 5 días para el alta definitiva, tiempo suficiente para planificar y coordinar con el EAP. Una tercera parte de los pacientes recibe el alta sin el tiempo suficiente para una buena planificación conjunta de los cuidados y el posterior enlace con los EAP.

A partir del alta hospitalaria, el EAP debe asumir la total responsabilidad sobre el paciente<sup>9</sup>. La enfermera de enlace, sin embargo, ha realizado 81 visitas domiciliarias, hecho que puede hacernos extrapolar, quizás, que no en todos los casos el EAP puede asumir inmediatamente, o en su totalidad, la atención a domicilio o no ha habido tiempo suficiente para establecer el contacto adecuado. Queda pendiente analizar las causas posibles.

Se confirma la percepción de AP de un aumento del número de altas previo el fin de semana. Si el programa de enlace no ha establecido la coordinación con los profesionales habituales del paciente, debe pasar la información al equipo de guardia o de atención continuada, o asumir la asistencia hasta el traspaso definitivo. Para el paciente y el cuidador parece claro el beneficio de poder trasladarse a su domicilio durante el fin de semana; los profesionales deben adaptarse para satisfacer las necesidades, aparte de la rentabilidad económica que supone para el sistema sanitario<sup>10</sup>.

El servicio de urgencias del hospital, sorprendentemente, también ha utilizado el programa de enlace. Queda pendiente estudiar si estos casos debieran haber sido atendidos desde atención primaria, y ver por qué motivos acudieron al hospital.

Tampoco se esperaba la utilización de la unidad de traumatología en un número tan elevado de casos: los resultados denotan que, con intervenciones educativas sobre tratamientos prescritos (heparinas de bajo peso molecular), y facilitando y reforzando terapias y ejercicios (control muscular, de ambulación, movilidad, relajación), se incrementa el número de pacientes que asumen junto con el cuidador su «autocuidado» con una menor intervención sanitaria. El programa también facilita, a su vez, la coordinación con los servicios de rehabilitación, tanto el hospitalario como el de atención primaria o el concertado.

La misión principal de esta figura es la de mejorar la continuidad asistencial después del alta hospitalaria, cubriendo las necesidades alteradas del paciente fuera del hospital. La actuación de la enfermera pretende, asimismo, que el paciente vuelva al domicilio tan pronto como sea posible y cuando presente necesidades y requerimientos que no precisan estancia hospitalaria, ya que pueden ser atendidas a domicilio consiguiendo mantener el mismo plan de cuida-



## Lo conocido sobre el tema

- Contamos con poca información acerca del grado de registro del proceso clínico y la actividad asistencial en general en las historias clínicas y en las hojas de recogida de actividad.
- Hay información con fuentes primarias en problemas de salud concretos pero no enfocada a la planificación.

## Qué aporta este estudio

- La cuantificación del sesgo de infraregistro en las historias clínicas utilizando fuentes primarias.
- La validación de fuentes primarias de un documento de registro de la actividad asistencial.
- La metodología utilizada en este estudio aporta información de utilidad para la gestión en atención primaria.
- La información aportada por este tipo de estudios puede mejorar la práctica clínica de los médicos.

dos y tal vez aumentando el grado de comodidad e intimidad tanto del paciente como de la familia. Aunque queda pendiente para un próximo estudio realizar una encuesta de satisfacción al paciente y al cuidador.

La estancia media en el Hospital de Sant Boi en 2002 fue de 5,24 días; la de la unidad de medicina interna fue la más elevada (7,4 días), y la de ORL la más baja (1,2 días). Esta media es sensiblemente inferior a la hallada en nuestro estudio, seguramente debido a la mayor complejidad que presentan los pacientes incluidos en el programa de la enfermera de enlace. Posteriores estudios deberían analizar la duración de la estancia media teniendo en cuenta las características basales de los pacientes.

Se consideró que el perfil enfermera respondía por cualidades y competencias a la posibilidad de alcanzar los resultados esperados, tanto por la aportación específica dentro del proceso de cuidados como por la estrecha relación que mantiene con el paciente y el cuidador informal.

Las diversas actividades que realiza la enfermera de enlace se planificaron, en una primera fase, junto con los profesionales del hospital y de los equipos de atención primaria. Pero se han introducido cambios constantemente a requerimiento, tanto de los clientes internos (profesionales de atención primaria y del centro hospitalario) como de los

pacientes y familiares, siempre con la idea de mantener el servicio de enlace abierto y orientado al incremento de la calidad y con una gran predisposición al cambio, al contacto personal con los profesionales, a compartir recursos y conocimientos y, en general, a la idea de avanzar hacia una simbiosis de valores y cultura, donde el que siempre debe ganar es el ciudadano.

Los resultados denotan que es posible compartir realmente el objetivo de disminuir la discontinuidad asistencial, mediante la predisposición a consensuar, actuar conjuntamente, y a partir de la unificación de criterios claros de actuación<sup>11</sup>. Hay evidencias de que no es suficiente con el mantenimiento de una cierta coordinación, a partir de la voluntad de algunos profesionales aislados, y ya va siendo hora de avanzar un paso más hacia la cooperación efectiva entre cualquier ámbito de actuación: facilitaremos así el mantenimiento de la conexión de forma constante y adecuada.

## Bibliografía

1. Decreto 84/1985, del 21 de Marzo de "Mesures per a la Reforma de l'Atenció Primària de Salut a Catalunya". DOGC núm. 527, 10 de abril de 1985.
2. Hobbs R, Murray ET. Specialist liaison nurses. BMJ 1999;318:683-4.
3. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders. A Randomized Clinical Trial. JAMA. 1999;281:613-20.
4. Skwarska E, Cohen G, Skwarski KM, Lamb C, Bushell D, Parker S, et al. Randomised controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 2000;55:907-12.
5. Jodar G. Continuitat assistencial dels equips d'atenció primària amb hospitals comarcals i de 3r nivell. Jornada de la Divisió d'Atenció Primària. L'Institut Català de la Salut com a avantguarda dels serveis infermers de l'Atenció Primària. Barcelona, 30 de juny de 1998.
6. Jodar G, Pradas J, Ridao M, Anguix R. Care continuity in primary health care. 2nd Congress on Home Care. European Association of Care and Help at Home. Viena, Austria. 7-10 de mayo del 2000.
7. Stewart S, Vandenbrouck AJ, Pearson S. A home based intervention reduced hospital readmissions and mortality in patients with congestive heart failure. Arch Intern Med. 1999;159:257-61.
8. McCorkle R, Strumpf NE, Nuamah IF, Adler DC, Cooley ME, Jepson C, et al. A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients. J Am Geriatr Soc. 2000;48:1707-13.
9. Contel JC. La hospitalización a domicilio no es una alternativa plenamente recomendable. Aten Primaria. 1999;24:162-8.
10. Jones J, Wilson A, Parker H, Wynn A, Jagger C, Spiers N, et al. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. BMJ. 1999;319:1547-50.
11. Boling P. The Value of Targeted case Management During Transitional Care. JAMA. 1999;281:656-6.