



## ORIGINAL

# La continuidad de cuidados desde el hospital de agudos: resultados



Montserrat Solé-Casals<sup>a,\*</sup>, Emilia Chirveches-Pérez<sup>b</sup>, Anna Alsina-Ribas<sup>c</sup>,  
Emma Puigoriol-Juveny<sup>b</sup>, Margarita Oriol-Ruscalleda<sup>c</sup>  
y Mireia Subirana-Casacuberta<sup>d</sup>

<sup>a</sup> *Gestión de Continuidad de Cuidados, Hospital Universitari de Vic, Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic, Barcelona España*

<sup>b</sup> *Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital Universitari Vic, Barcelona, España*

<sup>c</sup> *Metodología de Cuidados, Hospital Universitari de Vic, Barcelona, España*

<sup>d</sup> *Dirección de Cuidados, Hospital Universitari de Vic, Universitat de Vic, Barcelona, España*

Recibido el 15 de diciembre de 2014; aceptado el 23 de abril de 2015

Disponible en Internet el 26 de junio de 2015

### PALABRAS CLAVE

Continuidad de la atención al paciente;  
Gestión de casos;  
Enfermedad crónica;  
Complejidad;  
Evaluación de necesidades;  
Enfermera de práctica avanzada

### Resumen

**Objetivo:** Describir los casos atendidos por la gestora de continuidad de cuidados en un hospital de agudos durante los primeros 6 meses de su actividad, así como el perfil de los pacientes atendidos y la asignación de recursos.

**Método:** Estudio descriptivo transversal prospectivo de pacientes con necesidades de atención compleja que requirieron de enlace de continuidad asistencial y fueron atendidos por la gestora de continuidad de cuidados, en un centro de agudos, durante los meses de octubre de 2013 a marzo de 2014. Se estudiaron las características de los pacientes, su entorno social y la asignación de los recursos asistenciales.

**Resultados:** Se analizaron 1.034 casos de demanda que correspondieron a 907 pacientes (mujeres 55,0%; edad:  $80,57 \pm 10,1$ , crónicos 47,8%) de los cuales reingresaron el 12,2%. En el modelo multivariante se observó que las variables asociadas al reingreso eran la polifarmacia (OR: 1,86; IC: 1,2-2,9) y el historial de caídas previo al ingreso (OR: 0,586; IC: 0,36-2,88).

**Conclusiones:** Los pacientes atendidos por la GCC son mayores de 80 años, con comorbilidades, síndromes geriátricos, necesidades de atención complejas y de final de vida, a los que se les asigna un recurso alternativo a la hospitalización que evita reingresos.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [msole@hsc.chv.cat](mailto:msole@hsc.chv.cat) (M. Solé-Casals).

**KEYWORDS**

Continuity of patient care;  
Case management;  
Chronic disease;  
Complexity;  
Needs assessment;  
Advanced nurse practice

**Continuity of care from the acute care hospital: Results****Abstract**

**Objective:** To describe the profile of patients treated by a Continuity of Care Manager in an acute-care center during the first six months of its activity, as well as the profile of patients treated and the resource allocation.

**Method:** A prospective cross-sectional study was conducted on patients with complex care needs requiring continuity of care liaison, and who were attended by the Continuity of Care Nurse during the period from October 2013 to March 2014. Patient characteristics, their social environment and healthcare resource allocation were registered and analyzed.

**Results:** A total of 1,034 cases of demand that corresponded to 907 patients (women 55.0%; age  $80.57 \pm 10.1$ ; chronic 47.8%) were analyzed, of whom 12.2% were readmitted. In the multivariate model, it was observed that the variables associated with readmission were polypharmacy (OR: 1.86; CI: 1.2-2.9) and fall history prior to admission (OR: 0.586; CI: 0.36-2.88).

**Conclusions:** Patients treated by a Continuity of Care Nurse are over 80 years, with comorbidities, geriatric syndromes, complex care, and of life needs, to whom an alternative solution to hospitalization is provided, thus preventing readmissions.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**¿Qué se conoce?**

La actual demanda de atención a la cronicidad ha condicionado un incremento en la utilización de alternativas a los entornos asistenciales de agudos. Este nuevo paradigma sitúa a la gestora de continuidad de cuidados como referente para garantizar el *continuum* desde la atención especializada hacia recursos alternativos. El modelo de cuidados aplicado, centrado en la persona y en los resultados, aporta efectividad y eficiencia a pesar de la escasez de investigaciones sobre esta práctica.

**¿Qué aporta?**

Este trabajo muestra resultados sobre la práctica de la gestora de continuidad de cuidados en el ámbito de agudos, como rol central en el proceso de comunicación rápida y efectiva entre profesionales y como garante del proceso individualizado de cuidados de los pacientes con necesidades de atención complejas entre los diferentes niveles asistenciales.

**Introducción**

El incremento progresivo del envejecimiento de la población, con enfermedades crónicas y dependencia, impacta en los sistemas de provisión de servicios sanitarios, sociales y en las redes de soporte informales. La alta vulnerabilidad de este grupo poblacional, con pluripatología, descompensaciones frecuentes y limitación de su capacidad de autocuidado y autonomía genera un conjunto de

necesidades diversas que se deben afrontar desde una perspectiva global y continuada<sup>1-3</sup>. Por ello, en los últimos años, los sistemas sanitarios de los países más desarrollados han tenido que reorientar sus estrategias para ajustarse a la realidad creciente del número de pacientes con enfermedades crónicas<sup>4</sup>.

**Continuidad asistencial**

La continuidad asistencial o continuidad de cuidados aparece como elemento esencial para dar una provisión global, coordinada e integrada de servicios sanitarios más apropiados a través del tiempo, favoreciendo la adecuación de los recursos, la mejora de la calidad del proceso asistencial y la racionalización del gasto sanitario. Es una herramienta de gestión clínica para mejorar la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes. Para el paciente, la continuidad asistencial es la experiencia de una atención sanitaria coherente y continuada durante todo el tiempo<sup>3,5,6</sup>.

El paciente y la familia deben asumir un papel activo y de responsabilidad sobre su propia salud, ya que la evolución de su enfermedad y los resultados clínicos vienen determinados por cómo son capaces de manejar su vida y el autocuidado de su salud<sup>3,7-9</sup>. En este sentido, para que los pacientes y las familias puedan asumir su autocuidado, es imprescindible crear un entorno adecuado de comunicación que facilite la comprensión de la información que transmiten los profesionales y que promueva la confianza, el soporte emocional y ayude a establecer una relación terapéutica con ellos<sup>10,11</sup>.

Para los profesionales sanitarios, la continuidad asistencial es el resultado de la combinación de un adecuado acceso a la atención, de buenas habilidades relacionales, de fluidez en la información y buena coordinación entre proveedores<sup>6-12</sup>. Una buena comunicación es el camino que asegura que el conocimiento y las habilidades clínicas tengan su mayor efecto sobre los pacientes y sus cuidadores<sup>2</sup>. Todos estos elementos contribuyen a mejorar la calidad de la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2647342>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2647342>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)