

Título: ¿Es efectiva la continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada? Revisión sistemática.

Autores: Aragón-Posadas Rubén¹, Mediavilla-Marcos María Elena², Delgado-González Elena³, González-Esteban María Paz⁴, Pérez-Alonso Julia⁵, Ballesteros-Álvaro Antonio Manuel⁶, Sanchez-Gómez María Begoña⁷, Duarte-Clímets Gonzalo⁷, Guzmán-Fernández María Angeles⁵.

¹Enfermero, centro de salud de Villadiego, Burgos. ²Enfermera, centro de salud de Lerma, Burgos. ³Enfermera, centro de Salud Villamuriel, Palencia. ⁴Enfermera, centro de salud Heras del Bosque, Palencia. ⁵ Enfermera, gerencia regional de salud, Valladolid. ⁶Enfermero, centro de salud de Carrión Palencia. ⁷Enfermera, DC Cuidados Sociosanitarios

Dirección de contacto:

Rubén Aragón : Centro de Salud Villadiego C/ Reyes Católicos s/n
Villadiego Burgos

<mailto:rubenarap@hotmail.com>

<mailto:elenabolarte@gmail.com>

Tabla de contenido

Resumen	3
Abstract	6
Introducción	7
Método	9
Resultados	10
Recomendaciones	¡Error! Marcador no definido.
Discusión	16
Tablas	20
Bibliografía	37

Recomendaciones

Los resultados encontrados siguiendo la clasificación del JBI¹⁸ clasificados según su nivel de evidencia y grado de recomendación son:

- El seguimiento telefónico después del alta es factible y los pacientes ven muy positivas estas llamadas N-1 GR-B ¹⁹ pero no está claro si el seguimiento telefónico también es efectivo para reducir los problemas posteriores al alta.
- La combinación de la información verbal y escrita, sobre el cuidado de la salud en el domicilio después del alta del hospital mejora el conocimiento y la satisfacción N-2 GR-B ²⁰
- El déficit en la comunicación y en la transferencia de información al alta hospitalaria son comunes y pueden afectar negativamente a la atención de los pacientes. N-2 GR-B ²²
- El uso de formatos normalizados de alta para resaltar la información más pertinente mejora la calidad percibida de los documentos de alta. N-2 GR-B ²²
- La enfermera comunitaria de enlace proporciona continuidad de cuidados aumentando la cobertura de pacientes y cuidadoras, así como el número de visitas a domicilio realizadas. N-2 GR-A ²³
- La atención compartida mejora el seguimiento del tratamiento y la prescripción en enfermedades crónicas N-2 GR-C ²⁴
- La comunicación enfermera interniveles disminuye las complicaciones y reingresos de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. N-2 GR-A ²⁶
- El alta planificada puede provocar una disminución de la duración de la estancia en el hospital y en algunos casos, una menor cantidad de reingresos. N-2 GR-B ²⁷
- La existencia de protocolos de comunicación y derivación de pacientes entre niveles asistenciales llevados a cabo por profesionales de enfermería especializados y adiestrados, reportan beneficios en salud, reducción de reingresos y disminución en la duración de la estancia y disminución de costes asistenciales por proceso. N-2, GR-A ²⁹
- Una planificación adecuada del alta hospitalaria y una atención domiciliaria planificada desde la AP tras el alta hospitalaria reportan beneficios al paciente y al sistema. N-2 GR-A ²⁹
- La adherencia terapéutica tras el alta hospitalaria de pacientes mayores de 65 años es muy baja N-3 GR-B ²¹.

- La coordinación asistencial mediante el estímulo de intervenciones comparadas y el aumento del grado de implicación, logra disminuir la estancia media hospitalaria N-3 GR-A ²⁵
- Puede mejorarse la cobertura y calidad de la atención a pacientes que han sufrido un infarto mediante la integración de servicios de rehabilitación (domiciliarios y hospitalarios) con servicios de prevención secundaria en atención primaria, llevados por enfermeras N-3 GR-B ²⁸

Resumen

La comunicación entre Atención Especializada y Atención Primaria ha sido tórpida en el modelo de atención clásico, impidiendo la continuidad de cuidados de los pacientes que así lo necesitaban. Esto, origina un gran volumen de reingresos, por complicaciones de la patología por la que motivó el ingreso o por complicaciones añadidas a esta.

Para mejorar la continuidad de cuidados bidireccional, es necesario el establecimiento de un sistema de comunicación efectivo.

En los pactos de gestión de Servicio de Sanidad de Castilla y León, la coordinación entre niveles asistenciales y la continuidad asistencial pasa a ser el criterio clave y determinante que inspira organización, funcionalidad, formas de trabajo, formación de profesionales, etc.

Objetivos: Identificar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de la coordinación entre atención primaria y atención especializada, y elaborar recomendaciones con el fin de aplicar planes de cuidados estandarizados para mejorar la continuidad de cuidados.

Método: Revisión sistemática de la literatura.

Discusión: Nuestro estudio muestra que el déficit en la comunicación al alta hospitalaria es común y puede afectar negativamente a la atención de los pacientes. La coordinación asistencial elaborada con una planificación adecuada del alta y una atención domiciliaria programada, basada en formatos normalizados de comunicación reportan beneficios en salud y una disminución de costes asistenciales por procesos.

Palabras Claves: continuidad, cuidados, información, informe, alta, atención primaria, atención especializada.

Abstract

Communication between Primary Care and Specialty Care has been torpid in the classic model of care, preventing the continuity of patient care that they need. This creates a large volume of re-admissions for complications of the disease by motivating admission or complications added to it.

We must find an effective communication system that allows the development of standardized care plans to improve continuity of care bidirectional.

Covenants in the management Health Service of Castilla y León, coordination between levels of care, there is a need for a quality focused on the basic element of the health system: the process of care, comprehensive and unique understanding from the perspective of citizens. Thus, the continuum of care becomes the key criterion, and determining that inspired organization, functionality, forms of work, professional training, etc.

Objectives: To identify the best available evidence on the effectiveness of coordination between primary care and specialist care, and develop recommendations to implement standardized care plans to improve continuity of care in the portfolio of services.

Method: Systematic review of the literature.

Discussion: Our study shows that the deficit in communication at hospital discharge is common and may adversely affect patient care. Clinical coordination developed with proper planning discharge and home care programs based on standardized forms of communication and bring benefits in health care costs decreased by processes.

Keywords: continuity, care, information, reports, high, primary care, specialized care.

Introducción

La Continuidad de Cuidados (CC.) entre Atención Especializada (AE) y Atención Primaria (AP) sigue siendo una asignatura pendiente en la prestación planificada de cuidados de los pacientes. La CC es un elemento clave de calidad en la asistencia sanitaria desde que la Ley General de Sanidad estableció dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada Ley 14/1986 25 de abril, Título III capítulo III. Desde ese momento, los servicios de salud y las organizaciones sanitarias otorgan a la CC un papel primordial en sus diferentes planes estratégicos.

“El grado en que la asistencia que necesita el paciente está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones y con relación al tiempo” es la definición de CC que la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization . Expone como objetivo de la continuidad de cuidados el definir, dar forma y ordenar los procesos y actividades para potenciar al máximo la coordinación dentro de la continuidad asistencial ².

Eggland y Heinemann ³ se refieren al proceso de CC como la transferencia sin obstáculos del cuidado de una persona entre proveedores de cuidados. Entre las variables más importantes destacan la comunicación de la información y la asunción de responsabilidad en el cuidado.

Sánchez y Duarte⁴ describen la C.C como un proceso de soporte asistencial que tiene como eje principal la información necesaria para el cuidado que emana de la atención al paciente y a su familia. El diseño integrado de los sistemas de información se revela como un factor estructural clave para transmitir información y conseguir continuidad de cuidados.

El esfuerzo institucional por disminuir el gasto sanitario tiene relación directa con la efectividad de la CC. La necesidad de comunicación interniveles e interprofesional es un componente integral de la continuidad de la atención de la salud y puede limitar o impedir la costosa duplicación de pruebas y tratamientos, y minimizar las intervenciones. Tiene la posibilidad de mejorar cuidados de todo tipo (crónicos, paliativos...) evitar la confusión entre distintos planes de cuidados en conflicto y dar lugar a mejores resultados que la atención primaria o la especializada pueden realizar por sí mismos.

Para la C C existen diferentes herramientas de uso más o menos generalizado: las comisiones de cuidados de área, comisiones interniveles, informes de continuidad de cuidados, informes de alta, historia clínica, etc.

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Europeo y sociedades científicas en reuniones internacionales se ocupan de la CC como elemento de calidad de la asistencia sanitaria, para centrar la asistencia en el paciente y como estrategia para disminuir los costes sanitarios⁴⁻⁷.

Las causas de discontinuidad de la C.C utilizando la herramienta para evaluar el grado de continuidad de los cuidados (GRACO) son: la omisión, la duplicidad y la contradicción. Respectivamente consisten en la interrupción o no iniciación de una valoración, diagnóstico o intervención, la repetición innecesaria o aquellos cambios totalmente opuestos y no justificados en la valoración, diagnóstico, planificación o evaluación⁸. Es esta discontinuidad la que puede provocar la aplicación de planes de cuidados no adecuados para la salud del paciente.

La disminución de los costes es una característica de todos los sistemas de atención sanitaria. Entre las tendencias recientes se incluyen: la disminución de la duración de la estancia de los pacientes ingresados; la reducción del número de camas para las estancias prolongadas; el traslado de la atención de cuidados hacia la comunidad promoviendo las altas precoces; una mayor utilización de la cirugía ambulatoria; la provisión de mayores niveles de atención domiciliaria y políticas tales como la planificación del alta. El objetivo de estas políticas ha sido mejorar los resultados en los pacientes y disminuir los costes⁹. Las razones médicas o no médicas pueden demorar el alta del paciente del hospital. Se ha estimado que un 30% de todas las altas hospitalarias se demoran por razones no médicas¹⁰ La evaluación inadecuada del paciente por los profesionales de la atención médica con un escaso conocimiento de las condiciones sociales del mismo y la escasa comunicación entre el hospital y los proveedores de servicios en la comunidad, son factores identificados casi 20 años atrás¹¹ y siguen siendo causa de demoras para el alta hospitalaria¹².

La comunicación entre niveles asistenciales es un pilar básico para la continuidad compartida. Esta comunicación mejorada exige de una participación conjunta de los sanitarios de AE y de AP. Numerosos estudios muestran la baja calidad de los informes de alta, por contener información poco precisa e incompleta y no cumplir las

expectativas del personal sanitario. El intercambio de información debe ir más allá de las comunicaciones habituales de alta, que muchas veces se convierte solo en un trámite burocrático, en lugar de una herramienta útil¹³⁻¹⁴.

La introducción de las nuevas tecnologías, en la asistencia sanitaria y el avance de las telecomunicaciones han impulsado el desarrollo de una comunicación de datos más precisa y en tiempo real, que puede suponer nuevas formas de asistencia. A priori, la telemedicina aporta una serie de ventajas: acceso más equitativo a los servicios sanitarios, reducción de traslados innecesarios, reducción de tiempos de espera, facilita el manejo precoz de pacientes críticos y ofrece la posibilidad de realizar consultas remotas³⁷.

Método

Seguimos un protocolo estandarizado, de revisión sistemática para encontrar las mejores evidencias disponibles¹⁵ La estrategia de búsqueda comienza con la pregunta “eficiencia de la continuidad de cuidados entre AP y AE” formulada en base a las cuatro pistas de Sackett¹⁶, formato Paciente, Intervención, Comparador, Objetivos-Resultados (PICO).

Realizamos una traducción de las palabras naturales, a palabras claves, a través de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH). (Tabla A). Se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos con los descriptores citados en: Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Scielo, Cuiden, Medline, Cochrane, Inahata, Institute Joanna Briggs (JBI), AETS, Guiasalud, Nacional Guideline Clearinghouse (NGC) SIGN, y búsqueda manual de los artículos más relevantes, encontrando una serie de artículos reflejados en la Tabla B. Revisores independientes seleccionaron los estudios que se incluyeron en la revisión. Los desacuerdos se resolvieron mediante discusión.

Los criterios de inclusión de los estudios son:

1. El tema: intervenciones sobre continuidad de cuidados, sobre comunicación e información al alta hospitalaria. Intervenciones que incluyeran una actuación al alta hospitalaria diferente de la práctica habitual.
2. Método: revisión sistemática, metaanálisis, estudios clínicos aleatorios, cuasi experimentales, estudios descriptivos.

3. Artículos limitados a los publicados en los últimos veinte años
4. Artículos que pudieran ser aplicables en nuestro medio.

El método de análisis y síntesis de la información se realiza a través de las listas de chequeo de Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe)¹⁷. La clasificación de las evidencias y su nivel de recomendación sigue la estructura del JBI¹⁸. La síntesis final de la información se expone en forma de tabla de evidencia, (Tabla C) Se excluyeron los estudios que tenían defectos metodológicos importantes, aunque cumplieran con los criterios para su inclusión.

Resultados

Siguiendo el protocolo de búsqueda obtenemos 1196 artículos. Usando la combinación de descriptores realizamos una primera selección de 217. Tras la lectura y revisión de los resúmenes se seleccionan de forma inicial como adecuados veinticuatro artículos. Se eliminan los que no tratan la CC con intervención desarrollada. La selección definitiva es de once artículos (Tabla C). Es evaluada críticamente con las listas CASPe. De los once artículos, cuatro son revisiones sistemáticas, un metaanálisis, dos ensayos clínicos, dos estudios cuasiexperimentales y dos estudios descriptivos. La puntuación mínima con el CASPe es de seis y la máxima es de nueve.



Figura 1

Con estos once artículos se hace la síntesis de la evidencia y se elaboran las recomendaciones según la clasificación de JBI. Los niveles de evidencia (NE) encontrados son: NE 1 para uno de los artículos, NE 2 para seis de los artículos, NE 3 para cuatro de los artículos y el NE 4 no lo alcanza ninguno de ellos, El grado de recomendación (GR) es A para cuatro, B para seis, y C para uno de ellos.

Los resultados concretos son:

- Estudio 1

Mistiaen y cols, 2008 **“Información compartida efecto llamada telefónica”**¹⁹. Esta revisión estudia el seguimiento telefónico (ST) iniciado por un profesional de la salud en el ámbito hospitalario para los pacientes que regresan a su domicilio después de estar en un servicio hospitalario de urgencia. La intervención se realizó en el primer mes posterior al alta; las medidas de resultado se midieron a los tres meses del alta y el ST fue la única intervención. Algunos estudios consideran que la intervención tuvo efectos favorables para algunas medidas de resultado, en general los estudios muestran resultados clínicamente equivalentes entre los grupos ST y control. Por lo tanto no está claro si el seguimiento telefónico es efectivo para reducir los problemas posteriores al alta pero los pacientes ven muy positivas estas llamadas, pero tampoco hay pruebas concluyentes para excluir el seguimiento telefónico de las herramientas para la Continuidad de Cuidados. NE-2, GR-B.

- Estudio 2

Jonson y cols, 2008 **“Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas”**²⁰. En esta revisión se seleccionaron artículos si eran ensayos controlados aleatorios o ensayos clínicos controlados; que incluyeron pacientes con alta domiciliaria de estancias hospitalarias agudas; el paciente o sus acompañantes recibieron información sobre el cuidado de la salud, escrita y verbal en el grupo de intervención, y solamente información verbal en el grupo control; y la intervención (información escrita y verbal sobre el cuidado de la salud) fue suministrada al alta.

Su resultado fue que el suministro de la información sobre el cuidado de la salud por vía verbal y escrita incrementó significativamente las calificaciones del conocimiento y de satisfacción. NE 2 y GR-B.

- Estudio 3

Castellano Muñoz y cols, 2008.” **Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria**”²¹ Se llevó a cabo un estudio transversal (de prevalencia) en todos los pacientes mayores de 65 años dados de alta del servicio de medicina interna del Hospital Costa del Sol de Marbella, desde marzo a julio de 2003. Se consideraron los pacientes autosuficientes a la hora de gestionar su tratamiento, entendiéndose por autosuficientes los que en la valoración de enfermería, realizada según el modelo de cuidados de Virginia Henderson, sean independientes para su autocuidado. Los pacientes sin deterioro cognitivo se encontró que solamente un 8,6% de ellos realizaba correctamente el tratamiento. El 85% de los medicamentos se tomó de forma incorrecta, en su mayoría se tomaba más de lo prescrito (67%), menos frecuentemente por debajo de lo prescrito (33%) y un 54% no seguía las recomendaciones en cuanto a horarios y relación con la comida. Las causas más frecuentes identificadas por los pacientes para no tomar correctamente la medicación fueron el olvido y la falta de conocimientos. Cuando se proporcionó información acerca del tratamiento y cuando hubo la ayuda por parte de un familiar o amigo en el domicilio del paciente para aclarar sus dudas, aumentó la adherencia. Así el resultado sobre la adherencia terapéutica después del alta fue muy bajo. NE-3 y GR-B.

- Estudio 4

Kripalani y cols. 2007 “**Déficit en la comunicación y la transferencia de información entre el hospital base y los médicos de atención primaria**”²². Este estudio define las deficiencias de información entre AE y AP al alta del paciente. Evalúa la efectividad de las diferentes intervenciones para mejorar estos procesos y analiza la asociación entre la falta de comunicación y los resultados clínicos. Establece que el déficit en la comunicación y en la transferencia de información al alta hospitalaria es común y pueden afectar negativamente a la atención de los pacientes. Concluye que el uso de formatos normalizados de alta para resaltar la información más pertinente mejora la calidad percibida de los documentos. NE 2 y GR-B.

- Estudio 5

Duarte y cols. 2007,”**La enfermera comunitaria de enlace, una propuesta para la mejora de la atención domiciliaria: fundamento, modelo y evaluación de**

impacto” ²³. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto producido en la atención domiciliaria prestada por la enfermera comunitaria de enlace (ECE), respecto al modelo tradicional empleado en la Comunidad Canaria. En el estudio se observan aumentos relevantes de la cobertura de pacientes y cuidadoras, así como del número de visitas a domicilio realizadas. Este aumento se relación de manera especial con uno de los objetivos centrales del modelo ECE, el de captar de forma activa a las cuidadoras y ancianos frágiles para su inclusión en un seguimiento multidisciplinar dirigido a la detección y prevención de riesgos para la salud. Se consigue una reducción de coste por disminución de visitas a urgencias y reingresos (por cada 7 pacientes incluidos en programa se evita 1 ingreso). El resultado de este estudio recomienda el papel de la ECE como una propuesta viable para la mejora de la CC en la atención domiciliaria. NE-2 y GR-B.

- Estudio 6

Smith y cols. 2007. **“Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas”**²⁴ En esta revisión sistemática se analizan 20 estudios donde se comparte información entre la AP y AE. Encuentran mejoras significativas en el seguimiento de la prescripción en enfermedades crónicas y en enfermos con depresión. NE-3 y GR-C.

- Estudio 7

Lagoe y cols. 2005 **“Managing hospital length of stay reduction: a multihospital approach Health Care Manage”** ²⁵. Este estudio realiza intervenciones de mejora con el objetivo de disminuir la estancia hospitalaria con acuerdos de apoyo, con agencias de servicios extrahospitalarios. Se realiza en cuatro hospitales de Nueva York. Se consigue reducción total de la estancia media global, sobre todo a cargo de pacientes con necesidad de cuidados domiciliarios y cuidados mínimos. Aunque estos hospitales competían entre sí, utilizaban sistemas de información sanitaria comunes lo que apoya el uso de formatos normalizados de CC. La coordinación asistencial incentivada por la mejora de resultados entre servicios comparados, logra disminuir la estancia media hospitalaria. NE-3 GR-A.

- Estudio 8

Pérez Cabezas y cols. 2004, " **Innovación en la continuidad de cuidados en el Área de Cádiz: El impacto de la "PREALTA" en la continuidad de cuidados ¿Puede la comunicación enfermera interniveles disminuir los reingresos por complicaciones en pacientes intervenidos de fractura de cadera?**" ²⁶. En este estudio de implementación de exponen los hallazgos preliminares de un programa de planificación de cuidados de enfermería al alta (PREALTA) en pacientes con fractura de cadera sometidos a cirugía. Los resultados del programa, expresados en número de reingresos, demuestran que la planificación del alta y el seguimiento del paciente en domicilio, en cualquier caso, reduce el número de reingresos hospitalarios de manera significativa. Desde el punto de vista de la práctica de enfermería estos hallazgos dejan claro dos hechos: la importancia de la planificación de cuidados (proceso de enfermería) adaptada al paciente, la trascendencia del seguimiento por parte de un profesional entrenado. NE-II y GR-A.

- Estudio 9

Parkes y cols. 2003 "**Planificación del alta del hospital al domicilio**" ²⁷. Esta revisión compara el desarrollo de un plan de alta individualizado (planificación del alta) con la atención del alta de rutina. Uno de los ensayos refleja una tasa de mejoría significativa en la capacidad funcional y en la calidad de vida en el grupo control. En otros dos ensayos se informó que los pacientes con alta planificada, registraron una mayor satisfacción en comparación con aquellos que recibieron un alta de rutina. No existe significación estadística comparativa en tasa de mortalidad, reingresos y duración de la estancia hospitalaria con planificación del alta.

Sin embargo, existen resultados en términos de salud de aumento de la capacidad funcional con accidente cerebro vascular y en la mayor satisfacción por parte de los pacientes y cuidadores con altas planificadas. NE-2 y GR-B.

- Estudio 10

Dalal HM, y cols. 2003. "**Achieving national service framework standards for cardiac rehabilitation and secondary prevention**" ²⁸. En este estudio una enfermera de cardiología fue entrenada como facilitadora de uso del Manual del Corazón (guía que dirige a los pacientes para realizar en su domicilio un programa estructurado de ejercicio, manejo del estrés educación). Durante dos años (1999-2001), la enfermera

identificaba a todos los pacientes ingresados en el hospital con infarto, y valoraba sus factores de riesgo. Todos los indicadores de prevención secundaria mejoraron al año, demostrando que puede mejorarse la cobertura y calidad de la atención a pacientes que han sufrido un infarto mediante la integración de servicios de rehabilitación (domiciliarios y hospitalarios) con servicios de prevención secundaria en atención primaria, llevados por enfermeras. NE-III y GR-B.

- Estudio 11

María D. Naylor, y cols. 1999, " **Planificación y seguimiento domiciliario al alta, en ancianos hospitalizados**" ²⁹. En este estudio se interviene sobre un grupo que recibe una amplia información sobre el alta y cuidados domiciliarios con prácticas avanzadas de enfermería según protocolo diseñado específicamente para los ancianos con alta de riesgo. En el grupo de intervención menos pacientes tuvieron múltiples reingresos (6,2% vs 14,5%; $p=0.01$) y tuvieron menos días de hospitalización por paciente (1,53 vs 4,09 días; $p=0,001$). El resultado de este estudio confirma que una planificación adecuada del alta y una atención domiciliaria planificada desde la AP y AE reportan beneficios al paciente y al sistema. NE-II y GR-A.

Los resultados encontrados se pueden sintetizar siguiendo la clasificación del JBI¹⁸ clasificados según su nivel de evidencia y grado de recomendación:

- El seguimiento telefónico después del alta es factible y los pacientes ven muy positivas estas llamadas N-1 GR-B ¹⁹ pero no está claro si el seguimiento telefónico también es efectivo para reducir los problemas posteriores al alta.
- La combinación de la información verbal y escrita, sobre el cuidado de la salud en el domicilio después del alta del hospital mejora el conocimiento y la satisfacción N-2 GR-B ²⁰
- El déficit en la comunicación y en la transferencia de información al alta hospitalaria son comunes y pueden afectar negativamente a la atención de los pacientes. N-2 GR-B ²²
- El uso de formatos normalizados de alta para resaltar la información más pertinente mejora la calidad percibida de los documentos de alta. N-2 GR-B ²²
- La enfermera comunitaria de enlace proporciona continuidad de cuidados aumentando la cobertura de pacientes y cuidadoras, así como el número de visitas a domicilio realizadas. N-2 GR-A ²³

- La atención compartida mejora el seguimiento del tratamiento y la prescripción en enfermedades crónicas N-2 GR-C ²⁴
- La comunicación enfermera interniveles disminuye las complicaciones y reingresos de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. N-2 GR-A ²⁶
- El alta planificada puede provocar una disminución de la duración de la estancia en el hospital y en algunos casos, una menor cantidad de reingresos. N-2 GR-B ²⁷
- La existencia de protocolos de comunicación y derivación de pacientes entre niveles asistenciales llevados a cabo por profesionales de enfermería especializados y adiestrados, reportan beneficios en salud, reducción de reingresos y disminución en la duración de la estancia y disminución de costes asistenciales por proceso. N-2, GR-A ²⁹
- Una planificación adecuada del alta hospitalaria y una atención domiciliaria planificada desde la AP tras el alta hospitalaria reportan beneficios al paciente y al sistema. N-2 GR-A ²⁹
- La adherencia terapéutica tras el alta hospitalaria de pacientes mayores de 65 años es muy baja N-3 GR-B ²¹.
- La coordinación asistencial mediante el estímulo de intervenciones comparadas y el aumento del grado de implicación, logra disminuir la estancia media hospitalaria N-3 GR-A ²⁵
- Puede mejorarse la cobertura y calidad de la atención a pacientes que han sufrido un infarto mediante la integración de servicios de rehabilitación (domiciliarios y hospitalarios) con servicios de prevención secundaria en atención primaria, llevados por enfermeras N-3 GR-B ²⁸

Discusión

La conclusión principal de nuestra revisión es que actualmente hay pruebas suficientes para demostrar beneficios significativos de la continuidad compartida de cuidados.

Esta revisión analiza la efectividad de la continuidad de cuidados a través de la atención compartida en una variedad de contextos de asistencia sanitaria. Las intervenciones de continuidad de cuidados identificadas fueron complejas y multifacéticas. Los resultados fueron variados y algunos estudios fueron de calidad deficiente

Creemos que esta revisión es amplia y contiene algunas limitaciones. La búsqueda en las bases de datos, está restringida a artículos disponibles on-line y limitada a los idiomas inglés y castellano. Dos de los artículos no estaban disponibles más allá del resumen aunque su lectura apoya las conclusiones. Podemos afirmar que estas limitaciones no afectan a la validez de la revisión, ni a sus conclusiones y recomendaciones.

En el inicio de este estudio temíamos encontrarnos con la existencia de un déficit en la comunicación considerable entre AP y AE basado en nuestra propia experiencia. El perjuicio que esta falta de comunicación genera es evidente tanto para el paciente como para que la atención sanitaria sea eficaz. Encontrar una adherencia terapéutica tan baja en mayores de 65 años después del alta, nos ha sorprendido por su bajo resultado , lo que nos orienta bastante sobre el tamaño de nuestro problema. Es necesario buscar instrumentos para contrarrestar el olvido de la medicación y adaptar nuestras recomendaciones para mejorar el conocimiento del paciente acerca de la prescripción.

Como ejemplo, la participación de AP en programas de rehabilitación cardiaca, según una encuesta reciente, queda como algo anecdótico, ya que sólo dos de los doce hospitales públicos estudiados tenían una intervención coordinada con algún centro de salud ³⁰. Sin embargo los resultados de algunos estudios específicos de continuidad de cuidados en enfermos cardíacos, enfermos con fractura de cadera, con cuidados paliativos y enfermedades crónicas, pueden extrapolarse a muchos otros ámbitos de la asistencia, en los que personas que sufren diversos problemas de salud (respiratorios, reumáticos, de salud mental, cáncer, y un largo etcétera) podrían beneficiarse de una buena coordinación entre AP y AE.

Es necesario programar paulatinamente el cuidado domiciliario, mientras el paciente está aún internado. Sería aconsejable que existiera un equipo de atención que conozca al paciente y un adecuado soporte familiar que haga posible mantener comunicados a la familia, el equipo tratante y el equipo que acogerá en el domicilio. Este papel es el que pueden jugar las enfermeras comunitarias de enlace²³. Existen requisitos indispensables para que el paciente pueda permanecer en el domicilio, cumpliendo un rol principal la familia y el entorno social. No sólo se benefician el paciente y su familia sino también el sistema de salud, ya que se evitarán internaciones hospitalarias largas y de alto costo en hospitales que están más

preparados para curar que para cuidar a sus pacientes. La planificación del alta sirve para reducir la duración de la estancia hospitalaria y los reingresos no planificados al hospital y mejorar la coordinación entre niveles asistenciales³¹.

Los métodos utilizados habitualmente para la comunicación al alta del paciente no cumplen los estándares para una comunicación oportuna²², adecuada y de calidad para el seguimiento de los cuidados por los profesionales de la salud de AP. La necesidad de aportar soluciones a esta falta de comunicación es evidente. Proponemos el uso de formatos normalizados para la comunicación del alta para aumentar la calidad de la información percibida por el usuario y su familia, usando una información verbal complementaria para la mejora de la continuidad de cuidados. El uso del seguimiento telefónico no está claro si es efectivo para reducir los problemas posteriores al alta. Los pacientes ven muy positivas estas llamadas y no hay pruebas concluyentes para excluirlo, por lo que creemos que su uso es factible para completar la CC¹⁹.

La mejora en la satisfacción de los familiares y usuarios, al poner en práctica intervenciones de planificación del alta incluyendo cuidados domiciliarios, de rehabilitación, cuidados de terapia ocupacional o cuidados paliativos mediante la intervención de la enfermera gestora de casos –la enfermera de enlace-, compartidos con el hospital, nos hace proponer la implicación necesaria de todos los servicios de salud en el desarrollo de este tipo de profesionales para la CC^{23, 32, 36}.

Una planificación adecuada del alta y una atención domiciliaria planificada y compartida desde AP y AE reportan beneficios al paciente y al sistema. Proponemos el uso de protocolos consensuados de comunicación y derivación de pacientes entre niveles asistenciales llevados a cabo por profesionales de enfermería especializados y adiestrados (planificador de alta³³), reportando beneficios en términos de resultados de salud, reducción de reingresos y duración de la estancia, dilación de la readmisión o disminución de costes asistenciales por proceso^{26,27}

La CC es un objetivo en calidad. El Informe de CC representa la parte visible de la CC. Gestionar de forma adecuada la calidad de la CC exige contar con instrumentos que garanticen un nivel adecuado de validación. Proponemos el uso de un instrumento válido y fiable para valorar la calidad de la continuidad de cuidados como el GRACO.⁴

La implicación del personal sanitario, con un compromiso eficaz, en el buen desarrollo de la CC es imprescindible. Implicarse supone buscar la colaboración, la constancia, una visión de conjunto y creerse los objetivos^{25 38} En varios trabajos en nuestro entorno se implican, solo una parte del personal sanitario con nulas intervenciones en el conjunto global de los profesionales. Los buenos resultados del uso de benchmarking, como uno de los estímulos para la disminución de la estancia hospitalaria. Por ejemplo con sistemas sanitarios que cuentan con, apoyo de agencias de servicios extrahospitalarios,³⁴.

Las deficiencias metodológicas de algunos estudios, en particular la duración inadecuada del seguimiento, pueden haber influido en parte en no haber obtenido más pruebas. Las intervenciones futuras de continuidad compartida de cuidados se deben desarrollar teniendo en cuenta la complejidad de tales intervenciones. Es necesario realizar estudios de mayor duración para probar la efectividad y la sostenibilidad de la continuidad compartida de cuidados con el transcurso del tiempo. Es necesario mejorar el diseño y la calidad de los estudios que analizan tales intervenciones para determinar qué componentes, si los hubiera, son efectivos, evaluar aspectos como la sostenibilidad de la continuidad de cuidados y determinar los contextos y los grupos de pacientes en los cuales la continuidad de cuidados puede ser más efectiva ³⁹ En concreto, alguna buena experiencia sobre la comisión mixta de interrelación debe ser estudiada mas a fondo.⁴⁰

Es posible que la ampliación de la búsqueda aporte evidencias adicionales sobre el tema que nos ocupa, recomendamos por ello insistir en la revisión sistemática de este tema. Además, creemos muy importante realizar estudios primarios en nuestro medio con métodos rigurosos que aporten evidencias de máximo nivel contextualizados en nuestro entorno cultural.

Tablas

Frase	Palabra "Natural"	DeCS	MeSH
Paciente	Hospitalizado	Niño Hospitalizado Adolescente Hospitalizado Atención Hospitalaria	Child, Hospitalized Adolescent, Hospitalized Hospital Care
	Domicilio	Servicios de Atención de Salud a Domicilio Atención Domiciliaria de Salud	Home Care Services Home Nursing
	Ambulatorio	Atención Ambulatoria Servicios Ambulatorios de Salud Pacientes Ambulatorios Atención Prehospitalaria	Ambulatory Care Ambulatory Health Services Outpatients Prehospital Care
Intervención	Cuidados	Continuidad de la Atención al Paciente en	Continuity of Patient Care
	Continuidad	cuidados de enfermería	Nurs
	Coordinación entre niveles	Informe Técnico	Technical Report
	Informe de enfermería	Niveles de Atención de Salud	Health Care Patient Discharge Levels
		Cuidados	High patient
	Alta del Paciente	Posthospital care	
Comparador	No continuidad	Continuidad de la Atención al Paciente	Continuity of Patient Care

Variable	Calidad de vida	Calidad de Vida	Quality of Life
	Transmisión de información	Sistemas de Información en Atención Ambulatoria Sistemas de Información en Hospital Intercambio de Información	Ambulatory Care Information Systems Hospital Information Systems Information Exchange
	Efectividad de los cuidados	Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones Efectividad Transmisión	Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions Effectiveness transmission
Tipo de Estudio	Revisiones sistemáticas Metaanálisis Estudios clínicos Estudios cuasi experimentales Estudios descriptivos observacionales		

Tabla A: Estrategia de Búsqueda. Descriptores de Ciencias de la Salud y Medical Subject Headings desglosado según Paciente, Intervención, Comparador, Resultado y Tipo de estudio. Fuente: elaboración propia

	BASES DE DATOS	RESULTADOS
Artículos encontrados	BVS	979
	Scielo	43
	Medline	67
	Cuiden	12
	Cochrane	39
	SIGN	7
	JBI	49
Preselección	BVS	5
	Scielo	2
	Medline	3
	Cuiden	2
	Cochrane	6
	SIGN	1
	JBI	3
Selección definitiva	BVS	1
	Scielo	1
	Medline	1
	Cuiden	1
	Cochrane	4
	SIGN	1
	JBI	2

Tabla B: Estrategia de Búsqueda. Búsqueda en bases de datos, artículos encontrados.

Fuente: elaboración propia

	Referencia y tipo de estudio	Población	Intervención / variables de resultado	Resultados	Comentarios de los revisores	Calidad
1	<p>Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD004510. DOI: 10.1002/14651858.CD004510.pub3.</p>	<p>Se incluyeron 33 estudios con 5110 pacientes</p>	<p>ST^a iniciado por un profesional de la salud en el ámbito hospitalario para los pacientes que regresan a su domicilio después de estar en un servicio hospitalario de urgencia. La intervención se administró en el primer mes posterior al alta; las medidas de resultado se midieron a los tres meses del alta y el ST^a fue la única intervención.</p>	<p>La baja calidad metodológica de los estudios incluidos indica que los resultados se deben considerar con cautela. No se informaron efectos adversos. Sin embargo, aunque algunos estudios consideran que la intervención tuvo efectos favorables para algunas medidas de resultado, en general los estudios muestran resultados clínicamente equivalentes entre los grupos ST^a y control. En resumen, no se puede concluir que el ST^a es una intervención efectiva. Ningún estudio identificó efectos adversos de la</p>	<p>CASPe^b 7/10 Revisión bien diseñada con criterios de calidad exigentes, ECA^c y cuasialeatorios de ST^a El ST^a iniciado por profesionales de la salud en el ámbito hospitalario se considera una forma adecuada de intercambio de información, proporción de asesoramiento y educación sanitaria, manejo de los síntomas, reconocimiento de las complicaciones de forma temprana y proporción de apoyo para los pacientes después del alta. Algunas investigaciones mostraron que el ST^a es factible y que los pacientes aprecian estas llamadas.</p>	<p>NE^d II GR^e B</p>

	Referencia y tipo de estudio	Población	Intervención / variables de resultado	Resultados	Comentarios de los revisores	Calidad
				intervención	Sin embargo, hasta la fecha, no quedó claro si el ST ^a también es efectivo.	
2	Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). ECAc y ECCf	230 familias Dos ensayos cumplieron los criterios de inclusión Los participantes de ambos ensayos eran los padres de niños dados de alta de hospitales pediátricos, uno en los Estados Unidos (n=197) y el otro en Canadá (n=123).	El paciente o sus acompañantes recibieron información sobre el cuidado de la salud, escrita y verbal en el grupo de intervención, y solamente información verbal en el grupo control; la intervención (información escrita y verbal sobre el cuidado de la salud) fue suministrada al alta	El suministro de la información sobre el cuidado de la salud por vía verbal y escrita incrementó significativamente las calificaciones del conocimiento y de satisfacción	CASPe ^b 6/10 Revisión bien diseñada con criterios de calidad y ensayos controlados aleatorios. Esta revisión recomienda el uso de ambas vías (escrita y verbal) para suministrar a los pacientes o sus acompañantes la información sobre el cuidado de la salud en el domicilio después del alta del hospital. La combinación de la información verbal y escrita, sobre el cuidado de la salud, permite el suministro de información	NE ^d -II GR ^e -B

	Referencia y tipo de estudio	Población	Intervención / variables de resultado	Resultados	Comentarios de los revisores	Calidad
					estandarizada a los pacientes y sus acompañantes, lo que al parecer, mejora el conocimiento y la satisfacción	
3	<p>Muñoz P, Miranda-Ruiz A, Sojo-González G, Perea-Milla E, García-Alegría JJ, Santos-Rubio MD Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. Castellano-.Enferm Clin. 2008 May-Jun;18(3):120-6. PMID: 18579061</p> <p>Estudio transversal de prevalencia</p>	<p>Muestra de 70 pacientes mayores de 65 años autosuficientes, dados de alta de una unidad de medicina interna.</p>	<p>En el estudio se incluyeron los pacientes con prescripción al alta de 4 o más fármacos y/o prescripción de medicamentos con necesidad de patrón horario estricto. La variable dependiente es la adherencia al tratamiento. Variables independientes; Variables cualitativas: sexo, nivel de instrucción, situación de convivencia, pluripatología,</p>	<p>Se encontró que solamente un 8,6% de los pacientes realizaba correctamente el tratamiento. El 85% de los medicamentos se tomó de forma incorrecta, en su mayoría se tomaba más de lo prescrito (67%), menos frecuentemente por debajo de lo prescrito (33%) y un 54% no seguía las recomendaciones en cuanto a horarios y relación con la comida.</p>	<p>CASPe^b 6/10 Realizamos el programa de lectura crítica de estudio de cohortes. En este estudio el tamaño muestral y la selección de los participantes no permite establecer inferencias y puede generar sesgo. La adherencia terapéutica tras el alta de pacientes mayores de 65 años es muy baja. Es necesario buscar instrumentos para contrarrestar el olvido y adaptar las recomendaciones para</p>	<p>NE^d-III GR^e-C</p>

	Referencia y tipo de estudio	Población	Intervención / variables de resultado	Resultados	Comentarios de los revisores	Calidad
			<p>conocimientos Variables cuantitativas: edad, número de ingresos/último año y número de medicamentos prescritos.</p>	<p>Las causas más frecuentes para no tomar correctamente la medicación fueron el olvido y la falta de conocimientos. Los factores de riesgo para no tomar la medicación adecuadamente fueron ser varón, convivir con hijos y tener un mayor nº de medicamentos prescritos. Cuando la información la proporcionó un médico y cuando hubo la ayuda de un familiar o amigo en el domicilio, aumentó la adherencia.</p>	<p>mejorar el conocimiento acerca de la prescripción apoyándolo con indicaciones por parte de personal sanitario con ayuda de un familiar.</p>	
4	<p>Kripalani S, Lefevre F, Philips C, Williams M, Basaviah P, Baker. Déficit en la comunicación y la transferencia de información entre el hospital base y los médicos de atención</p>	<p>2.229 pacientes</p>	<p>Las intervenciones fueron resumidas por sus efectos sobre la puntualidad, exactitud,</p>	<p>La comunicación entre los médicos de hospital y los médicos de atención primaria ha ocurrido con</p>	<p>CASPe^b 9/10 En esta revisión se realiza una amplia búsqueda bibliográfica desde 1970</p>	<p>NE^d-II GR^e-B</p>

Referencia y tipo de estudio	Población	Intervención / variables de resultado	Resultados	Comentarios de los revisores	Calidad
<p>primaria JAMA. 2007, 297:831-841</p> <p>Revisión sistemática que incluye: Estudios observacionales (n=55), estudios controlados de evaluación de la eficacia de las intervenciones (n=18), ensayos controlados aleatorios no randomizados (n=3), estudios con grupo control concurrente no randomizado (N=7), estudios de pre y post diseño (n=8)</p>		<p>exhaustividad, y la calidad general de la transferencia de información. la disponibilidad, oportunidad, el contenido, el formato y la aprobación de la comunicación del alta, así como la satisfacción del médico de atención primaria .</p>	<p>poca frecuencia (3%-20%)</p> <p>La disponibilidad de un resumen de alta en la primera visita fue baja (12%-34%) y sigue siendo pobre a las 4 semanas (51%-77%), lo que afecta a la calidad de la atención.</p> <p>Las altas a menudo carecen de información importante; pruebas diagnósticas (33%-63%), el tratamiento hospitalario (7%-22%), información al paciente o familiar (90%-92%), y planes de seguimiento (2%-43%). En varias intervenciones, es el paciente o familiar el mensajero y acorta el plazo de entrega del</p>	<p>hasta el 2005 en bases internacionales en inglés. Además, los criterios de inclusión son bastante restrictivos con lo que sólo se incluyen los trabajos con un alto nivel de evidencia.</p> <p>Conclusiones: el déficit en la comunicación y la no transferencia de información al alta hospitalaria son comunes en casi todos los estudios y pueden afectar negativamente a la atención de los pacientes. Intervenciones tales como el uso de herramientas informáticas, para realizar resúmenes y formatos normalizados puede facilitar la transferencia oportuna de información</p>	

	Referencia y tipo de estudio	Población	Intervención / variables de resultado	Resultados	Comentarios de los revisores	Calidad
				documento de alta.	del paciente a los servicios de atención primaria y realizar una gestión de cuidados más coherente.	
5	<p>Duarte-Clímets G, Izquierdo-Mora MD, Pérez-Díaz G, Aguirre-Jaime A. La enfermera comunitaria de enlace, una propuesta para la mejora de la atención domiciliaria: fundamento, modelo y evaluación de impacto. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria 1,1,2. http://revistaenfermeriacomunitaria.org/articulo_completo.php?ID=6 21/03/2007</p> <p>Ensayo comunitario de intervención, estudio cuasiexperimental</p>	<p>El estudio se lleva a cabo en las islas de Tenerife y Gran Canaria. La muestra para la fase piloto quedó conformada por 400 pacientes y sus cuidadoras.</p>	<p>El objetivo de este estudio es evaluar el efecto producido en la atención domiciliaria prestada por la ECE^g, respecto al modelo tradicional empleado en la Comunidad Canaria. Las variables de efecto medidas en el estudio se dividen en variables principales de resultado y variables intermedias de proceso. La resolución de problemas de salud de pacientes y cuidadoras, la mortalidad de pacientes, la CVRS^h</p>	<p>El estado basal de la mayoría de variables resulta desfavorable al modelo ECE^g. Se encuentran diferencias favorables al modelo ECE^g en la calidad de vida relacionada con la salud, en las tarificaciones, para los pacientes medidas por el Euroqol 5D. Variables del paciente que en su estado basal manifestaban diferencias desfavorables al modelo ECE^g logran equilibrarse al año. Para las</p>	<p>CASPe^b 8/10</p> <p>Estudio bien diseñado con buena asignación aleatoria de los pacientes y adecuado seguimiento. Se logró detectar una diferencia estadísticamente significativa con aumentos relevantes de la cobertura de pacientes y cuidadoras, así como del número de visitas a domicilio realizadas entre los grupos estudiados. Este aumento se puede relacionar con uno de los objetivos centrales del</p>	<p>NE^d-II</p> <p>GR^e-B</p>

	Referencia y tipo de estudio	Población	Intervención / variables de resultado	Resultados	Comentarios de los revisores	Calidad
			<p>de pacientes y cuidadoras, la satisfacción con la atención de pacientes y cuidadoras, y la satisfacción de los profesionales, se consideran como variables de resultado.</p>	<p>cuidadoras la variable de resultado NOC^k control de síntomas y accesibilidad presentan mejoras para el modelo ECE^g, algunas variables COOP-WONCA, y Euroqol 5D, presentan diferencias a su favor cercanas a la significación, y las variables con estado basal contrario al modelo ECE^g resultan equilibradas al año entre ambos modelos. Se observaron aumentos significativos en la cobertura y cantidad de visitas con el modelo ECE^g respecto al convencional No se encuentran diferencias en mortalidad.</p>	<p>modelo ECE^g, el de captar de forma activa a las cuidadoras y ancianos frágiles para su inclusión en un seguimiento multiprofesional dirigido a la detección y prevención de riesgos para la salud. Se consigue una reducción de coste por disminución de visitas a urgencias y reingresos (por cada 7 pacientes incluidos en programa se evitan 1 ingreso).</p>	

	Referencia y tipo de estudio	Población	Intervención / variables de resultado	Resultados	Comentarios de los revisores	Calidad
6	<p>Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 (3): ECA^c, ECC^f, estudios controlados tipo antes y después</p>	<p>8100 pacientes crónicos</p> <p>Total 20 estudios</p> <p>Sólo tres de los 19 ECA^c incluidos cumplieron con todos los criterios de calidad del Grupo</p> <p>enfermedad pulmonar obstructiva crónica</p> <p>Sólo un estudio controlado tipo antes y después fue elegido para su inclusión en la revisión</p>	<p>Analizan cualquier tipo de intervención estructurada que incluya la atención clínica colaborativa continua entre los médicos de la atención primaria y especializada para el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas predefinidas. Se incluyeron: reuniones de enlace, tarjetas de registro de atención compartida, atención compartida asistida por un sistema informático y correo electrónico</p>	<p>Beneficio para la atención compartida mejorando las proporciones de pacientes que cumplieron con el seguimiento de la medicación.</p> <p>Los resultados en salud mental fueron contradictorios, (mejorías en la remisión de la depresión).</p> <p>Tres estudios encontraron un beneficio estadísticamente significativo que favoreció a la atención compartida.</p> <p>No existe resultado estadísticamente significativo en mejoras físicas, mejoras económicas, los</p>	<p>CASPe^b 8/10</p> <p>Revisión bien diseñada con criterios de calidad exigentes con asignación aleatoria de los pacientes y adecuado seguimiento en cuatro de los estudios revisados de pacientes crónicos. Esta revisión indica que actualmente no hay pruebas suficientes para demostrar beneficios significativos de la atención compartida, aparte de la mejoría en el seguimiento de la prescripción. Las deficiencias metodológicas, en particular la duración inadecuada del seguimiento, pueden haber influido en parte en esta falta de pruebas.</p>	<p>NE^d-II, GR^e-B</p>

	Referencia y tipo de estudio	Población	Intervención / variables de resultado	Resultados	Comentarios de los revisores	Calidad
				ingresos hospitalarios, y la satisfacción con el tratamiento.	Se hace referencia especial a la participación enfermera entrenada en este tipo de intervenciones.	
7	<p>Lagoe RJ, Westert GP, Kendrick K, Morreale G, Mnich S. Managing hospital length of stay reduction: a multihospital approach. Health Care Manage Rev 2005;30(2):82-92</p> <p>Estudio controlado de evaluación de la eficacia de la intervención ECC^f</p>	<p>3972 pacientes dados de alta en 4 hospitales durante 3 años</p>	<p>Evalúan la efectividad de un programa de intervención para reducir la estancia media en cuatro hospitales de Syracuse, Nueva York. Se realizaron intervenciones incentivadas a través de perfiles de altas por categoría, así como programas de atención para estos pacientes mediante acuerdos con agencias de cuidados extrahospitalarios. La dirección de los centros estaba implicada en las</p>	<p>Tras tres años (2002-2004) se alcanzó una reducción total de la estancia media global (5.9-5.4-5.1), sobre todo a cargo de pacientes con necesidad de cuidados domiciliarios y cuidados mínimos</p>	<p>CASPe^b 6/10</p> <p>Estudio bien diseñado con alta participación y buen seguimiento. Se logró detectar una diferencia estadísticamente significativa en la reducción total de la estancia media. Aunque estos hospitales competían entre sí, utilizaban sistemas de información sanitaria comunes lo que apoya el uso de formatos normalizados de C.C^l. La coordinación asistencial</p>	<p>NE^d-II</p> <p>GR^e-B</p>

	Referencia y tipo de estudio	Población	Intervención / variables de resultado	Resultados	Comentarios de los revisores	Calidad
			intervenciones		incentivada por la mejora de resultados comparados logra disminuir la estancia media hospitalaria.	
8	<p>Pérez Cabezas, FJ y García Villanego, L. Innovación en la continuidad de cuidados en el Área de Cádiz: El impacto de la "PREALTA" en la continuidad de cuidados. ¿Puede la comunicación enfermera interniveles disminuir los reingresos por complicaciones en pacientes intervenidos de fractura de cadera? Evidentia 2004 may-ago;1(2). En: http://www.index-f.com/evidentia/n2/56articulo.php [ISSN: 1697-638X].</p> <p>Estudio cuasiexperimental de implementación</p>	<p>149 pacientes totales intervenidos en este periodo. De los cuales 85 pacientes no fueron derivados a enfermeros de AP^m (57%), mientras que 64 pacientes fueron derivados a enfermeros de AP^m (43%), 41 fueron derivados mediante informe de continuidad de cuidados y 23 fueron atendidos y derivados al equipo de AP^m mediante el sistema</p>	<p>Cuatro variables cuantitativas: nº de pacientes derivados a AP con informe de continuidad de cuidados, nº de pacientes derivados a AP^m mediante sistema de PREALTA, nº de pacientes no derivados y reingresos de pacientes intervenidos de fractura de cadera en ese periodo.</p>	<p>Cuando no existe ninguna comunicación interniveles para la CC el 28% reingresan. Cuando se emite un Informe de Continuidad de Cuidados , el porcentaje de reingreso disminuye al 7%. Cuando se hace un abordaje precoz (PREALTA), no se observan reingresos en la casuística de este estudio por complicaciones añadidas. La derivación mediante el sistema PREALTA parece ser el</p>	<p>CASPe^b 8/11 No existe CASPe^b aplicable a los ECC^f. Se aplica el de ensayos clínicos. El tamaño muestral y la selección de los participantes no permite establecer inferencias y puede generar sesgo Sin embargo el resultado de este estudio refuerza la utilidad de la comunicación. La comunicación entre enfermeras de los distintos niveles asistenciales disminuye</p>	<p>NE^d-II GR^e-A</p>

	Referencia y tipo de estudio	Población	Intervención / variables de resultado	Resultados	Comentarios de los revisores	Calidad
		de PREALTA .		modelo que en nuestro medio reporta mayores beneficios.	las complicaciones y reingresos de los pacientes intervenidos de fractura de cadera la intervención enfermera influye decisivamente en la calidad de vida relacionada con la salud, aportando valor añadido.	
9	Sasha Shepperd, Jacqueline McClaran, Christopher O Phillips, Natasha A Lannin, Lindy M Clemson, Annie McCluskey, Ian D Cameron, Sarah L Barras. Planificación del alta del hospital al domicilio (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 1 Art no. CD000313. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). 11 ECA	Participantes: 5448 todos los pacientes en distintos hospitales.	La intervención es el desarrollo de un plan de alta individualizado. Se compara la planificación del alta (el desarrollo de un plan de alta individualizado) con la atención del alta de rutina. Los estudios se agrupan según grupo de pacientes (pacientes ancianos con una enfermedad médica, pacientes con una	Un ensayo refleja una tasa de mejoría significativa en la capacidad funcional y en la calidad de vida en el grupo control mejora el Barthel 2 puntos en el grupo de tratamiento y 6 puntos en el grupo control ($p < 0,01$) entre la 4ª y la 12 semana de estudio. En dos ensayos se informó que los	CASPe ^b 8/10 Estudio bien diseñado con buena asignación aleatoria de los pacientes y adecuado seguimiento. No se logró detectar una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos estudiados en la duración de la estancia hospitalaria, en las tasas de reingresos, en la tasa de mortalidad, y en los	NE ^d -II, GR ^e -B

	Referencia y tipo de estudio	Población	Intervención / variables de resultado	Resultados	Comentarios de los revisores	Calidad
			enfermedad quirúrgica y aquellos con una combinación de enfermedades)	pacientes asignados a la planificación del alta, registraron una mayor satisfacción en comparación con aquellos que recibieron un alta de rutina.	costes de la atención hospitalaria. El estudio establece que una pequeña reducción en la estancia o en el reingreso al hospital puede obtener un impacto positivo en la capacidad de ingresos posteriores. Existe aumento de la capacidad funcional con accidente cerebro vascular y en la mayor satisfacción por parte de los pacientes y cuidadores con altas planificadas.	
10	<p>Dalal HM, Evans PH.</p> <p>Achieving national service framework standards for cardiac rehabilitation and secondary prevention. BMJ 2003; 326:481-4</p> <p>Auditoría tras intervención de mejora de la calidad. estudio controlado de evaluación de la eficacia de la intervención</p>	<p>Hubo 106 pacientes que tuvieron un infarto de miocardio durante los dos años de estudio y sobrevivían al año del mismo De ellos, 24 tuvieron</p>	<p>Una enfermera de cardiología fue entrenada como facilitadora de uso del Manual del Corazón (guía que dirige a los pacientes para realizar en su domicilio un</p>	<p>Todos los indicadores de prevención secundaria habían mejorado al año: proporción de no fumadores, índice de masa corporal, colesterolemia y tensión</p>	<p>CASPe^b 7/10</p> <p>Realizamos el programa de lectura crítica de estudio de cohortes. En este estudio no existe certeza de que los pacientes se seleccionen</p>	<p>NE^d-III, GR^e-B</p>

	Referencia y tipo de estudio	Población	Intervención / variables de resultado	Resultados	Comentarios de los revisores	Calidad
	Estudio descriptivo observacional.	algún criterio de exclusión. De los 82 restantes, 47 eligieron el programa con el Manual del Corazón y 35 el programa hospitalario. Entre los que eligieron el programa domiciliario, 41 (87%) lo completaron, mientras que esto solo ocurrió en 17 (49%) de los que eligieron el hospitalario	programa estructurado de ejercicio, manejo del estrés y educación). Definieron varios indicadores clave de mejora como la proporción de pacientes que completan un programa de rehabilitación cardiaca tras un infarto o la proporción de pacientes con una prevención secundaria óptima.	arterial. También hubo buenos niveles de uso de fármacos preventivos. El mayor cambio fue en la proporción de pacientes con colesterolemia óptima, que pasó de 28% a 75%.	aleatoriamente. Puede mejorarse la cobertura y calidad de la atención a pacientes que han sufrido un infarto mediante la integración de servicios de rehabilitación (domiciliarios y hospitalarios) con servicios de prevención secundaria en atención primaria. En la integración de servicios y la coordinación entre niveles asistenciales, la enfermería juega un papel especialmente relevante.	
11	María D. Naylor, PhD Dorothy Brooten, PhD Roberta Campbell, MSN Barbara S. Jacobsen, MS Mathy D. Mezey, EdD Marcos V. Pauly, PhD Sanford J. Schwartz, MD. Comprehensive	Un total de 363 pacientes (186 en el grupo control y 177 en el grupo intervención)	En este estudio se interviene sobre un grupo que recibe una amplia información sobre el alta	En el grupo de intervención menos pacientes tuvieron múltiples reingresos	CASPe ^b 8/10 Estudio bien diseñado con buena asignación aleatoria de los pacientes	NE ^d -II, GR ^e -A

Referencia y tipo de estudio	Población	Intervención / variables de resultado	Resultados	Comentarios de los revisores	Calidad
<p>discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. <i>JAMA</i>. 1999;281:613-620. ECA^c</p>	<p>se inscribieron en el estudio, el 70% de la intervención y el 74% de los sujetos control completaron el ensayo.</p>	<p>y cuidados domiciliarios con prácticas avanzadas de enfermería según protocolo diseñado específicamente para los ancianos con alta de riesgo.</p>	<p>(6,2% vs 14,5%; P = .01) y tuvieron menos días de ingreso hospitalario por paciente (1,53 vs 4,09 días; P, .001).). A las 24 semanas después del alta, el total de gasto para los servicios de salud fueron de unos \$ 1,2 millones en el grupo control frente a unos US \$ 0,6 millones en el grupo de intervención (P .001).Se logró detectar una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos estudiados, en la duración de la estancia hospitalaria, en las tasas de reingresos y en los costes de los servicios de salud.</p>	<p>y adecuado seguimiento. El estudio establece que la existencia de protocolos de comunicación y derivación de pacientes entre niveles asistenciales llevados a cabo por profesionales de enfermería especializados y adiestrados, reportan abundantes beneficios en términos de resultados de salud, reducción de reingresos y duración de la estancia, dilación de la readmisión o disminución de costes asistenciales por proceso. Una planificación adecuada del alta y una atención domiciliaria planificada reportan beneficios al paciente y al sistema.</p>	

Tabla C: Síntesis de evidencia según JBI⁹. Descripción y comentarios de los estudios seleccionados. Calidad según CASPe⁸. Fuente: elaboración propia

^a ST: Seguimiento telefónico

^b CASPe: Critical Appraisal Skills Programme Español

^c ECA: estudio controlado aleatorizado

^d NE: Nivel de Evidencia

^e GR: Grado de Recomendación

^f ECC: Estudio Cuasiexperimental

^g ECE: Enfermera Comunitaria de Enlace

^h CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

^k NOC: Nursing Outcomes Clasification

^l CC: continuidad de cuidados

^m AP: Atención Primaria

1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial, 1991; 6(3):65-74.
2. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Estándares de Acreditación de Hospitales. Barcelona, Fundación Avedis Donabedian, 1997.
3. Egglund ET; Heinemann DS: Nursing documentation: Charting, recording and reporting. Philadelphia, Lippincott, 1994
4. Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clíments G. Continuidad de Cuidados de Enfermería: requisitos, instrumentos y barreras. En: Enfermería en Atención Primaria II de la colección Cuidados Avanzados. Editorial DAE 2006 ISBN: 84-95626-63-2. Páginas 748 a 764
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra 2005.
6. Organización Mundial de la Salud. Segunda Conferencia Ministerial Declaración de Múnich. 2003
7. II Cumbre Iberoamericana de medicina familiar CIMF/WONCA organizada por la confederación IBA de medicina familiar. 2005
8. Morales JM, Torres L, Terol J, Mancera F, Alguacil S, Carballeda E, Alguacil S, Sánchez-Gómez MB, Molero M, Muñoz J, Castro S, Ruiz ML, Gómez S. Continuidad en la prestación de cuidados en unidades de Cuidados Críticos de Atención Especializada. Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico 2004, 4 (3).
9. Townsend J, Piper M., Frank A. O., Dyer S, North W R, Meade T W. Reduction in hospital readmission stay of elderly patients by a community based hospital discharge scheme: a randomized controlled trial. BMJ 1988; 297: 544-547
- 10 Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG, Kassirer JP. The epidemiology of delays in a teaching hospital. Med Care 1989;27:112.

11 Barker WH, Williams TF, Zimmer JG, Van Buren C, Vincent SJ, Pickrel SG. Geriatric consultation teams in acute hospitals: impact on back-up of elderly patients. J Am Geriatr Soc 1985;33:422-8.

12. National Health Service. Department of Health. Discharge from hospital: pathway, process and practice. London 2003. disponible en: www.doh.gov.uk/jointunit Consultado el [12/03/2009].

13. Comunicación Primaria-Especializada: importancia en el uso adecuado de los medicamentos. Sanfélix Gimeno G, resumen y comentario de: Glintborg B, Andersen SE, Dalhoff K. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. Qual Saf Health Care. 2007;16;34-39. .

14. Carl van Walraven, MD, MSc, Monica Taljaard, PhD, Chaim M. Bell, MD PhD, Edward Etchells, MD, MSc, Zarnke B. Kelly, MD, Ian G. Stiell, MD MSc y Alan J. El intercambio de información entre médicos, sobre los cuidados del paciente en la comunidad. CMAJ • November 4, 2008; 179 (10). doi:10.1503/cmaj.080430

15. Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clíments G. Una herramienta para la evidencia. Protocolo en 10 pasos: Vayamos paso a paso. En: Libro de ponencias y comunicaciones del 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, SECA 2008. ISBN 978-84-691-6409-9. Página 339

16.-Sackett DL, Richardson VVs, Rosenberg W, Haynes RB .Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE, York: Churchill Livingstone 1997

17.-Programa de habilidades en lectura crítica España. Disponible en: www.redcaspe.org/homecaspe.asp. Consultado el [25/06/2009]

18.- Instituto Joanna Briggs. Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación del Instituto Joanna Briggs. Disponible en: <http://es.jbiconnect.org/> [Consultado el 21/10/2008]

19. Mistiaen P, Poot E. Seguimiento telefónico iniciado por un profesional de la salud en el ámbito hospitalario para problemas posteriores al alta en pacientes que regresan a su domicilio (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus,2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Consultado el [12/07/2009]

20. Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 21 Castellano-Muñoz P, Miranda-Ruiz A, Sojo-González G, Perea-Milla E, García-Alegría JJ, Santos-Rubio MD. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. *Enferm Clin*. 2008; 18(3):120-6.
- 22.- Kripalani S, Lefevre F, Philips C, Williams M, Basaviah P, Baker. Déficit en la comunicación y la transferencia de información entre el hospital base y los médicos de atención primaria *JAMA*. 2007, 297:831-841
- 23 Duarte-Clímets G, Izquierdo-Mora MD, Pérez-Díaz G, Aguirre-Jaime A. La enfermera comunitaria de enlace, una propuesta para la mejora de la atención domiciliaria: fundamento, modelo y evaluación de impacto. *Boletín de Enfermería comunitaria I*, 2002; 8 (1)
24. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 (3):
25. Lagoe RJ, Westert GP, Kendrick K, Morreale G, Mních S. Managing hospital length of stay reduction: a multihospital approach *Health Care Manage Rev* 2005;30(2):82-92
26. Pérez FJ García L. Innovación en la continuidad de cuidados en el Área de Cádiz: El impacto de la "PREALTA" en la continuidad de cuidados. ¿Puede la comunicación enfermera interniveles disminuir los reingresos por complicaciones en pacientes intervenidos de fractura de cadera? *Evidentia* 2004 1(2). En: <http://www.indexf.com/evidentia/n2/56articulo.php> Consultado [12/07/2009]
27. Sasha Shepperd, Jacqueline McClaran, Christopher O Phillips, Natasha A Lannin, Lindy M Clemson, Annie McCluskey, Ian D Cameron, Sarah L Barras. Planificación del alta del hospital al domicilio (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 1 Art no. CD000313. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
28. Dalal HM, Evans PH El logro de las normas, marco del servicio nacional de rehabilitación cardíaca y prevención secundaria. *BMJ* 2003, 326 (7387): 481-4,

29 Naylor M, Brooten D, Campbell R, Jacobsen B, Mezey M, Pauly M, Schwartz J. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. A randomized clinical trial JAMA 1999;287:613-620

30. Márquez-Calderón S, Villegas R, Briones E, Sarmiento V, Reina M, Sáinz I, Velasco JA, Ridocci F. Implantación y características de los programas de rehabilitación cardiaca en el Sistema Nacional de Salud español. Rev Esp Cardiol 2003; 56:775-82.

31. Fornells HA. Cuidados paliativos en el domicilio/ Palliative care in the domiciliary BVS. Acta bioeth;2000 6(1): 65-75.

32. Hendriksen H, Harrison R.A. 2001 2003 Resumen de Evidencia: Planificación del alta médica con terapia ocupacional en cuidados agudos 2001 J.Adv Nurs Dec;36(6):727-32.

33. National Alliance for Caregiving y United Hospital Fund of New York Guía sobre la Planificación del Alta Hospitalaria para los Cuidadores Familiares. Society for Social Work Leadership in Health Care
Disponible en el Internet en www.caregiving.org y en www.uhfnyc.org. Consultado el [22/7/2009]

34. Hernández-Navarrete MJ, Arribas-Llorente JL, Solano-Bernard VM, Misiego-Peral A, Rodríguez-García J, Fernández-García JL. Programa de mejora de la infección nosocomial en cirugía por cáncer colorectal. Med Clin (Barc) 2005; 125(14):521-4.

35. Borghans I, Heijink R, Kool T, Lagoe RJ, Westert GP. Benchmarking and reducing length of stay in Dutch hospitals BMC Health Services Research 2008, 8:220doi:10.1186/1472-6963-8-220

36. Durán Sánchez, Inés María; Muñoz Montaña, María del Rosario; Dávila Quintana, Santiago; Limón Ramos, Carmen; Osa García, Vicente de la Campo Varela, Tomás Cuidar en casa: la enfermera gestora de casos de pacientes paliativos hematológicos en el domicilio. Biblioteca Las casas, 2009; Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0410.php> Consulta el [15/07/2009]

37. Orruño Aguado E, Lapuente Troncoso JL, Gutiérrez Iglesias A, Asua Batarrita J. Análisis de la introducción de la Telemedicina en la gestión-coordinación de atención primaria-especializada. Evaluación de resultados y costes de experiencias preexistentes (teleoftalmología). Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2006. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA

Nº 2006/07.

38. del Llano J, Martínez-Cantarero JF, Gola J, Raigada F. Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2002

39. Suñol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomé L, Guix J, Bañeres J, et al. Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidencia y sistema de gestión. Med Clin (Barc) 1999; 112(Suppl 1):106-10.

40 Batres JP. La continuidad de cuidados a través de las comisiones mixtas de enfermería primaria y especializada. Úbeda Jaén 2002 VI encuentro de investigación en enfermería INVESTEN