



Marco de competencias de las/os enfermeras/os en el ámbito de la continuidad asistencial o enlace en la atención al paciente con problemas de salud crónicos

Documento de trabajo
Junio 2021



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Patrocinado por:



Boehringer
Ingelheim



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA

**MARCO DE COMPETENCIAS DE LAS/OS
ENFERMERAS/OS EN EL ÁMBITO DE LA
CONTINUIDAD ASISTENCIAL O ENLACE EN LA
ATENCIÓN AL PACIENTE CON PROBLEMAS DE
SALUD CRÓNICOS**

Patrocinado por



© 2021
EDITA:
INSTITUTO ESPAÑOL DE INVESTIGACIÓN ENFERMERA Y
CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA
ISBN: 978-84-09-28307-1

Autores y Grupo de Expertos:

D^a. Itziar Atxutegi Cárdenas.

Osakidetza. Galdakao

D^a. Maria José Del Olmo Rubio.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

D. Gonzalo Duarte Climent.

Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria.
Tenerife

D^a. Antonia López Sánchez.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

D^a: María del Carmen Ortega Atienza.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

D. Fernando Martinez Cuervo.

Centro Polivalente de Recursos Personas Mayores El Cristo. Oviedo

D^a: María Amparo Medina Carrizo.

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

Grupo de Expertos del Instituto Español de Investigación Enfermera. Consejo General de Enfermería.

D^a. Guadalupe Fontan Vinagre.

Instituto Español de Investigación Enfermera.

D^a María Enríquez Jiménez.

Instituto Español de Investigación Enfermera.

D^a Tamara Domingo Pérez.

Instituto Español de Investigación Enfermera.

D^a. Adriana Díaz Gautier.

Instituto Español de Investigación Enfermera.

Consejo General de Enfermería de España.**D. Florentino Pérez Raya.**

Presidente.

Dra. Pilar Fernandez Fernandez.

Vicepresidenta I

Dr. Diego Ayuso Murillo.

Secretario General.

Dr. Jose Luis Cobos Serrano.

Vicesecretario General.

INDICE

Presentación	
Prólogo	
1. Marco Teórico	11
2. Justificación	13
3. Definiciones	15
3.1 Definiciones Internacionales	15
3.2 Definiciones Nacionales.	16
4. Normalización de la actuación de las/os enfermeras/os de continuidad o enlace	19
4.1 Definición	19
4.2 Objetivos de la enfermera/o de Continuidad o Enlace	19
5. Determinación del Perfil Competencial.	21
6. Ejercicio del rol profesional de enfermeras de Continuidad o Enlace	31
7. Marco de actuación de las/los enfermeras/os de Continuidad o Enlace	35
7.1 Concepto organizacional para enmarcar el desarrollo competencial	35
7.2 Ámbito asistencial	35
7.2.1. Ámbito hospitalario	39
7.2.2. Ámbito Atención Primaria	39
7.3 Ámbito investigador	40
7.4 Ámbito de la gestión y administración	41
7.5 Ámbito docente	43
7.5.1 Formación pregrado	44

7.5.2 Formación especializada	44
7.5.3. Formación continuada	45
7.5.4. Educación para la salud y consejo sanitario	45
7.6 Desarrollo competencial	46
8. Definición de los contenidos mínimos en la formación de las/os Enfermeras/os de Continuidad o Enlace	51
8.1 Continuidad de relación	51
8.2 Continuidad de información	52
8.3 Continuidad de gestión	52
9. Aportaciones al sistema sanitario	53
10. Retos a futuro.	55
11. Glosario de Términos	57
12. Bibliografía	59

Presentación

Las enfermedades crónicas son patologías de larga duración y, generalmente, de progresión lenta que conllevan una limitación de la calidad de vida de las personas afectadas y su entorno. Las enfermedades crónicas son la primera causa de muerte y de discapacidad precoz, causan el 60% de las muertes a nivel mundial y desencadenan el 75% del gasto público sanitario, lo que implica realizar cambios en el estilo de vida de la persona que la padece, en su familia y en su entorno. Por este motivo, se ha posicionado al paciente crónico en el punto de mira de la planificación sanitaria. Es por ello que los pacientes que presentan patologías crónicas necesitan una continuidad en el proceso asistencial, es decir una coordinación entre la atención primaria, la atención hospitalaria, la atención sociosanitaria o la atención domiciliaria, para que el paciente reciba en cada momento reciba la mejor atención y se haga un buen seguimiento del paciente, con el objetivo de que exista un mejor control del proceso patológico, se eviten complicaciones y sobre todo se mejore la calidad de vida de estos pacientes, en este contexto las enfermeras de continuidad asistencial o enlace sin duda ejercen un liderazgo y un protagonismo clave en todo lo anterior.

Las patologías crónicas afectan a más de 19 millones de personas en España, de las cuales casi 11 millones son mujeres. Su prevalencia se concentra especialmente en los mayores de 55 años y aumenta con la edad. Son responsables de más de 300.000 muertes al año (74,45% del total) y las que mayor impacto tienen sobre la esperanza y la calidad de vida de los ciudadanos. Además, estas patologías se encuentran muy ligadas al envejecimiento, ya que los mayores de 65 años conviven con una media de dos o más enfermedades crónicas. Las previsiones demográficas indican que, en tres décadas, el 30% de la población española será mayor de 65 años, lo que implicará un importante aumento del número de enfermos crónicos en el Sistema Nacional de Salud. En la atención y cuidados de los pacientes con patologías crónicas, la clave es el trabajo en equipo con un enfoque multidisciplinar, donde las enfermeras son referentes en el cuidado, seguimiento, educación sanitaria y promoción de la salud, facilitando la continuidad asistencial del paciente en todo momento.

Es para mí como Presidente del Consejo General de Enfermería un verdadero honor presentar este Documento que define el marco de competencias de las enfermeras en el ámbito de la continuidad asistencial o enlace en la atención al paciente con problemas de salud crónicos, donde se define ampliamente tanto el ámbito como el desarrollo de esta área de actividad específica de las enfermeras, su amparo jurídico, las principales intervenciones enfermeras, y las diferentes competencias de las enfermeras de continuidad asistencial en las áreas asistenciales, investigadoras, de gestión y docente.

Seguro que este documento marco será de referencia para el desarrollo e implantación

de las enfermeras de continuidad asistencial o enlace, fortaleciendo el sistema nacional de salud, mejorando los cuidados y la calidad de vida de los pacientes con patologías crónicas

Florentino Pérez Raya.

Presidente Consejo General de Enfermería de España.

Prólogo

El abordaje de la cronicidad es uno de los principales retos de la sanidad. Todos los pacientes, pero especialmente aquellos con patologías crónicas, tienen necesidad de información, seguimiento y atención y la situación generada por la crisis de la covid-19 puede ser un punto de inflexión para el cambio y la transformación de la atención integral de la cronicidad en el sistema sanitario.

Boehringer Ingelheim está comprometida con el abordaje de la cronicidad y con la evolución de la atención sanitaria, colaborando con las sociedades científicas, asociaciones de pacientes y administración pública para mejorar los procesos asistenciales. Satisfacer necesidades médicas y asistenciales no cubiertas para mejorar la calidad de vida de los pacientes es nuestra misión principal. Por ello, hace más de 130 años que aportamos valor a través de la innovación en diversas áreas terapéuticas vinculadas a la cronicidad a través del compromiso con el entorno y con una firme apuesta por la sostenibilidad. Los pacientes y su bienestar son el motor de nuestra actividad.

Es fundamental el trabajo conjunto para actualizar protocolos que permitan una mejora en la experiencia asistencial y contribuyan a este bienestar de los pacientes. Es por ello que estamos comprometidos en impulsar el empoderamiento de las enfermeras, reconociendo el trabajo que llevan a cabo con los pacientes crónicos, siendo además un eje fundamental del sistema sanitario.

Las enfermeras del ámbito de la continuidad asistencial o enlace gestionan procesos y dispositivos de alta dificultad y tienen una gran responsabilidad en todo el proceso asistencial del paciente crónico. Su principal objetivo es garantizar la continuidad de la atención y los cuidados de los pacientes mediante una gestión efectiva de los recursos humanos y materiales disponibles.

Es imprescindible recalcar su papel en el seguimiento de la enfermedad de los pacientes crónicos (en especial de los pacientes más frágiles y vulnerables), así como su visión por coordinar a los profesionales involucrados en cada proceso asistencial, evitando la fragmentación de la asistencia entre los diferentes ámbitos sanitarios y disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica.

La finalidad es que el paciente crónico sea consciente y experto, que esté empoderado e implicado con su enfermedad y necesidades y que actúe coordinado con el sistema sanitario. Queremos avanzar hacia una visión de la salud que sitúe al paciente en el centro de la actividad, ofreciéndole tratamientos, soluciones y servicios de calidad que contribuyan eficazmente a mejorar su calidad de vida.

La voluntad de Boehringer Ingelheim de trabajar de cerca con la administración pública y todos los profesionales sanitarios y, en especial, con enfermeras y enfermeros, se materializa en la puesta en marcha de diferentes proyectos como el patrocinio de la redacción este documento, que se ha presentado al Ministerio de Sanidad para que las enfermeras de continuidad asistencial puedan acreditar oficialmente sus conocimientos y experiencia en esta posición y que ésta sea reconocida formalmente.

Directora Médica de Boehringer-Ingelheim España.

Dra. Elena Gobartt.

1. Marco Teórico

La Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de Abril, establece dos niveles asistenciales interconectados entre sí: la Atención Primaria (AP) como puerta de entrada al sistema y la Atención Especializada (AE), como apoyo y complemento a AP en todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera. Esta interconexión entre niveles asistenciales requiere de continuidad de los cuidados (CdC).

La CdC se convierte así, en elemento clave de calidad en la asistencia sanitaria.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece en su artículo 13.1 que la “Atención Especializada garantizará la continuidad de la atención integral del paciente, una vez superadas las posibilidades de la Atención Primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel”.

Se puede definir la CdC como un proceso de soporte asistencial que se compone de diferentes elementos y en el que intervienen diferentes factores. Este proceso de soporte tiene como eje principal la información que emana de la atención al paciente y a su familia/cuidadores. Se incluye en esta información la necesaria para el cuidado y tratamiento tanto de la persona como de su familia, así como de los aspectos administrativos que deriven de la asistencia. Entre los elementos que intervienen se encuentran la información del paciente, el propio paciente, los profesionales y las estructuras sanitarias y sociosanitarias. Entre los factores que intervienen destacaremos: la participación en la gestión y toma de decisiones, la colaboración, el liderazgo, la coordinación, el entorno de aprendizaje, el rol del enfermero, los recursos humanos, la comunicación, la especialización, la orientación del personal de nuevo ingreso y el compromiso del grupo.

Una correcta Continuidad de Cuidados entre sistemas de atención, niveles asistenciales y profesionales puede dar lugar a beneficios en el paciente y en el sistema. Los pacientes pueden obtener reducción de los días de hospitalización; organización de los recursos sociosanitarios para el apoyo en los cuidados domiciliarios; personalización de la atención pre y post alta; disminución de la ansiedad y mejora de la comunicación del usuario y familia con los profesionales. El sistema sanitario obtiene en la atención hospitalaria mejoras en la estancia media, facilitando una disminución de la misma; comunicación más eficiente entre las enfermeras de distintos niveles, los pacientes y sus familiares / cuidadores; mayor coordinación interniveles en el seguimiento de los planes de salud de la población; aumento de la calidad percibida por los pacientes. En Atención Primaria se logra mejorar la atención domiciliaria; disminuir las consultas urgentes; facilitar la captación en los programas de salud; y generar un impacto sobre

los cuidados formales e informales. En el ámbito sociosanitario se garantiza continuidad y asesoría para las necesidades detectadas interniveles asistenciales.

Así mismo, la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias recoge que el ejercicio de las profesiones ha de realizarse de acuerdo a diferentes principios, entre los que se incluye “la continuidad asistencial de los pacientes” (artículo 4.7, letra d) y, en concreto, dentro del concepto gestión clínica se explicita la función de la “coordinación” y la “continuidad” en la atención (artículo 10.2).

La CdC es definida por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations como “el grado en que la asistencia que necesita el paciente está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones y con relación al tiempo”. Y define como objetivo de la CdC el definir, dar forma y ordenar los procesos y actividades para potenciar al máximo la coordinación dentro de la continuidad.

Con el aumento de la esperanza de vida de la población han aparecido nuevos escenarios sanitarios en los que cobran protagonismo la cronicidad y la pluripatología.

La atención a la cronicidad requiere la implantación de procesos asistenciales que sean transversales y estén liderados por roles profesionales capacitados para integrar la información, la formación y su propia gestión. Las enfermeras de continuidad asistencial (ECAs) deben tener las competencias necesarias que les permitan formar parte relevante de estos procesos.

2. Justificación

La enfermería es una disciplina dinámica, en constante evolución, acorde a los seres humanos que también cambian y evolucionan. Como fruto de las transformaciones sociales (nuevos escenarios marcados por el envejecimiento de la población, la cronicidad y la pluripatología así como la evolución de los usuarios que ya no son sujetos pasivos del sistema sanitario, sino que son cada vez más autónomos y exigentes, con fácil acceso a la información y más capacitados para asumir responsabilidades y tomar decisiones) se ha modificado la manera de prestar los servicios de salud siendo necesario la aparición de nuevos roles comprometidos con los objetivos de calidad y proximidad a los pacientes, capaces de dar respuesta a las necesidades de la población. Es el caso de las Enfermeras de Continuidad Asistencial (ECA) o Enfermeras de Enlace (EH), entre otras.

Hay múltiples cuestiones que justifican la necesidad de mejorar la CdC como el aumento de las necesidades de cuidados, asociado al aumento de procesos crónicos y el envejecimiento, la necesidad de comunicación entre sistemas (social y sanitario), los interniveles asistenciales e interprofesionales, el incremento del gasto sanitario así como la mejora de la atención y seguridad del paciente.

La población a la que se dirigen los servicios específicos de continuidad asistencial (CA) o CdC son: personas con problemas crónicos, de riesgo o frágiles, personas en situación de dependencia y pacientes de alta complejidad con varias enfermedades intercurrentes o comorbilidades y alta necesidad de cuidados formales y familiares. Aunque también existe necesidad de CdC en otros tipos de pacientes y procesos que requieren la intervención de la Enfermera de CA o Enlace.

Por otra parte, puede haber excepciones en pacientes que, por estar las enfermedades en estados incipientes o por otros motivos, no precisen una continuidad asistencial (CA), debiéndose evaluar o definir en cada caso el grado de complejidad y mantener el seguimiento de los mismos. Es recomendable que exista una identificación de los “pacientes con alta necesidad de cuidados” para el diagnóstico y planificación del plan de cuidados personalizado. Desde la perspectiva de la CA, la atención a estas personas implica a:

- diferentes profesionales: entre otros, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas y matronas.
- diferentes sectores: el sanitario y el social, representado por servicios municipales, servicios residenciales y servicios heterogéneos englobados dentro del término sociosanitario.

- diferentes niveles asistenciales: atención primaria, atención hospitalaria, ámbito sociosanitario y ámbito escolar, principalmente.

Para garantizar la CdC existen diferentes herramientas de uso más o menos generalizado como las Comisiones de Cuidados de Área, las Comisiones Interniveles, los Informes de Cuidados de Enfermería, la Historia Clínica, las redes de investigación, las comisiones de evidencia científica, la teleasistencia y la teleconsulta, entre otras.

A estas herramientas se añade un perfil específico de enfermera denominada Enfermera de Enlace o de Continuidad Asistencial (CA) que requiere competencias asociadas a formación específica, y que desarrolla su trabajo dependiendo de la Comunidad Autónoma, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria o en el espacio sociosanitario.

Los elementos que integran la continuidad asistencial (CA) se han agrupado en 3 áreas:

- Continuidad de relación: Hace referencia al vínculo entre el paciente y su equipo de salud (equipos de atención primaria, hospitalaria o sociosanitaria).
- Continuidad de información: Hace referencia a la transferencia de la información clínica entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales, siendo necesario para el desarrollo de estas funciones el acceso a la Historia Clínica del paciente.
- Continuidad de gestión: Hace referencia a la coherencia de los cuidados establecidos para el paciente y a la capacidad que tiene para acceder a otros niveles y a los recursos disponibles.

También, la gestión de casos es una respuesta a la necesidad de mejorar la continuidad de los cuidados a lo largo de diferentes contextos asistenciales a pacientes especialmente complejos o que requieren la aportación de diferentes proveedores para dar respuesta a sus necesidades de cuidados. Gestionar casos desde el enfoque de las enfermeras comunitarias de enlace es valorar las necesidades de cuidados de un paciente y su entorno, y en función de estas necesidades coordinar la aportación de diferentes proveedores.

3. Definiciones

3.1. Definiciones Internacionales

En cuanto a los antecedentes internacionales de esta figura, en el año 1999 comenzó a funcionar en Canadá el programa PRISMA (Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy) que estaba orientado a dar un servicio integrado y colaborativo entre los diferentes servicios sanitarios. La población diana de este programa eran las personas de edad avanzada y, por lo tanto, estaba dirigido a tratar principalmente el déficit de movilidad y las enfermedades crónicas.

En el año 2002, en Baltimore (Estados Unidos), se inició el programa Guided Care con el fin de dar respuesta a las necesidades de los pacientes crónicos complejos y a las personas de edad avanzada. Este programa fue rápidamente exportado al resto del país.

En el año 2004, el Servicio Sanitario Británico (NSH) describe nuevos roles de enfermería que son conocidos como Community Matrons. Estas enfermeras experimentadas utilizan técnicas de gestión de casos en pacientes que cumplen criterios que denotan una atención de alta intensidad, con apoyo intensivo especial. Los pacientes atendidos por estos servicios pueden permanecer en casa más tiempo.

Muchos países han mostrado su interés por la CA, de manera que existen distintas propuestas con el objetivo de mejorar la atención y la coordinación de los cuidados, con soluciones destinadas a evitar la fragmentación de los mismos.

Existen, por tanto, diferentes modelos organizativos y de gestión. Dependiendo de su orientación podemos encontrar:

- Modelos que están centrados en la Atención domiciliaria (Reino Unido y Países Nórdicos)
- Iniciativas que buscan mejorar la atención a las personas con problemas crónicos "Chronic Care Model"(Estados Unidos y Europa)
- Iniciativas de "Enfermería de Practica Avanzada", que amplían las competencias clínico asistenciales de las enfermeras (Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido, Suecia y Francia)
- Modelos que apuestan por la creación de nuevas figuras profesionales Enfermeras como la "Gestora de Casos o Enfermera de Enlace" (Estados Unidos, Canadá, Países Bajos, Reino Unido y España).

3.2. Definiciones Nacionales

Una correcta CdC entre sistemas de atención, niveles asistenciales y profesionales da lugar a beneficios en el paciente y en el sistema.

Como antecedentes de esta figura en España en los últimos 25 años, en el año 2000 el Servicio Canario de la Salud (SCS) puso en marcha una figura nueva en la Atención Primaria denominada Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE). Nace como propuesta de mejora de la atención domiciliaria basada en el enfoque de la gestión de casos. Esta figura, con variantes, se implantó en la década 2000-10 en diferentes Servicios Regionales de Salud y en diferentes contextos asistenciales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

El proyecto canario aportó la evaluación del modelo y las claves para la gestión de la calidad del mismo, integrándolo en su Cartera de Servicios como Servicio de Continuidad de Cuidados. Por ello en el año 2002, el Servicio Andaluz de Salud decidió poner en marcha una iniciativa similar como medida de desarrollo del Plan de Ayuda a las Familias Andaluzas.

Desde principios del año 2000 hasta ahora se suceden iniciativas que desarrollan servicios similares. Servicios de Salud como el Valenciano o el Riojano ponen en marcha procesos de análisis de alternativas para la mejora de la CdC en el que incluyen el análisis de este modelo. Y Madrid, Cataluña, Asturias, País Vasco y Navarra desarrollan propuestas similares asociadas al abordaje de la cronicidad, tanto en el ámbito hospitalario, como en el comunitario o el sociosanitario.

En el año 2014 se publica en la Comunidad de Madrid la "Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid". En la Línea 2 de ejecución de la Estrategia se hace referencia a la necesidad de desarrollar nuevos roles profesionales entre ellos algunos en los que se hace visible el liderazgo enfermero para la atención eficiente a la población con patología crónica de la CM. Estos perfiles eran el de la enfermera entrenadora/educadora en autocuidados, la enfermera gestora de casos y las enfermeras de enlace hospitalario.

En el año 2006 algunos hospitales de la Comunidad de Madrid ya contaban con profesionales enfermeros que realizaban funciones de esta índole, pero no fue hasta el año 2014, con la publicación de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid, cuando se fue implementando de forma progresiva esta figura en todos los hospitales, en ocasiones con perfil gestor de supervisión y en otros con actividades más asistenciales, pero en todos alineando el trabajo desarrollado con los Directores de Continuidad Asistencial, figura instaurada en todos los hospitales desde el 2010.

Durante los años 2015 y 2016, se llevaron a cabo varias reuniones de trabajo entre las enfermeras de enlace de esta Comunidad Autónoma en las que se elaboró un documento de trabajo que trató de definir y normalizar la figura/rol de la Enfermera de Enlace, sus funciones y competencias.

A finales de 2015 se crea, dentro de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, actual Dirección General del Proceso Integrado de Salud, la Gerencia de Cuidados que decide impulsar esta iniciativa y tomar el relevo en el liderazgo del proyecto. A partir de este momento también se unifica la nomenclatura pasándose a llamarse a todas Enfermeras/ Supervisoras de Continuidad Asistencial.

Con el propósito de reducir la variabilidad en la práctica diaria de las Enfermeras de Continuidad Asistencial (ECA) y contando con la colaboración de la Subdirección General de Continuidad Asistencial se elabora el documento publicado en Febrero de 2021 "Definición del rol de la enfermera de continuidad asistencial (ECA)".

Como ejemplo de experiencia local, el Hospital Universitario 12 de Octubre realizó un estudio en 2019 con los objetivos de reorientar la organización de los recursos sanitarios disponibles y garantizar la asistencia de los pacientes crónicos complejos (PCC) estratificados con Nivel de Intervención Alto (NIA) en el dispositivo más adecuado. De esta manera, se pretendía reducir en los PCC el número de hospitalizaciones y de atenciones en urgencias. Este estudio se realizó con los centros de salud de referencia de la Dirección Asistencial Centro.

Basándonos en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) publicado en la Comunidad de Madrid y con adaptaciones locales se establecen estrategias de coordinación interniveles e intrahospitalarios para conseguir la mayor Continuidad Asistencial donde los roles de Continuidad Asistencial son claves.

Este estudio pudo demostrar que en los pacientes estratificados con NIA del área de referencia del Hospital 12 de Octubre, se reducía la frecuentación de urgencias y hospitalización y aumentaba las atenciones en el Hospital de día y consultas externas, intentando que el paciente esté la mayor parte de su tiempo en el domicilio. Todo esto se basaba principalmente en el trabajo en equipo realizado por roles referentes para CA, médicos y enfermeras del Hospital junto con los profesionales de AP

4. Normalización de la actuación de las/os enfermeras/os de continuidad o enlace

4.1. Definición

Según la definición que el Consejo Internacional de Enfermería hace sobre la Enfermera de Práctica Avanzada, la Enfermera/o de Enlace o Continuidad Asistencial es la que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas, conocimiento relevante de los procesos, capacidad para la gestión de los recursos disponibles y competencias clínicas para una práctica expandida, en el contexto de atención entre niveles de nuestro país. Sin embargo, esta actividad profesional específica no está contemplada en ningún campo normativo regulador y no hay documento que constatare dicha actividad a ningún nivel institucional.

Así, esta enfermera da respuesta a la necesidad de mejorar la CdC a lo largo de diferentes contextos asistenciales a los pacientes con problemas de salud crónicos, frágiles o que requieren la aportación de diferentes proveedores para dar respuesta a sus necesidades de cuidados. Gestionar casos, desde el enfoque de la continuidad, es valorar las necesidades de cuidados de un paciente y su entorno y, en función de estas necesidades, coordinar la aportación de diferentes proveedores en los diferentes niveles asistenciales.

4.2. Objetivos de la enfermera/o de Continuidad o Enlace

El objetivo principal es facilitar la continuidad asistencial entre los distintos proveedores, servicios y ámbitos asistenciales, potenciando la coordinación multidisciplinar para dar una respuesta integral, continua, segura y eficiente a los usuarios con necesidades de cuidados y/o a sus cuidadores durante los procesos asistenciales en todas las etapas de su vida y garantizar la continuidad de la atención y los cuidados en la transición de los pacientes entre los diferentes ámbitos asistenciales mediante la coordinación entre éstos y la valoración y optimización de los recursos necesarios en su atención, con el fin de mejorar la calidad en la atención y los resultados en los procesos de salud-enfermedad.

Los objetivos específicos son:

1. Ser referente de la continuidad asistencial en el ámbito en que se trabaje y para las instituciones sociosanitarias.
2. Promover la cultura de continuidad asistencial y de cuidados, actuando como agente impulsor de una atención integrada, evitando en lo posible la variabi-

- lidad de la práctica clínica utilizando las herramientas disponibles para tal fin.
3. Trabajar proactivamente en la captación de la población con mayor complejidad, aquella con problemas de salud crónicos y elevada necesidad de cuidados con riesgo de interrupción o retraso de la continuidad de estos durante las transiciones asistenciales.
 4. Favorecer la transmisión de información estructurada entre todos los agentes de salud.
 5. Promover la seguridad y la calidad de los cuidados de forma transversal y principalmente en las transiciones asistenciales.
 6. Trabajar para la mejora de la gestión de la continuidad asistencial y la accesibilidad de los usuarios liderando proyectos en equipos multidisciplinares entre ámbitos sociales y sanitarios.
 7. Realizar captación y seguimiento de pacientes más vulnerables y complejos para que de una manera coordinada se les proporcione una respuesta integral a sus necesidades.
 8. Evitar la visión fraccionada del paciente siendo el nexo de unión entre los diferentes referentes de su proceso de salud.
 9. Potenciar la coordinación entre los diferentes profesionales para realizar un abordaje multidisciplinar de los pacientes.
 10. Fomentar la cultura de colaboración a través del conocimiento y del diálogo.
 11. Facilitar la comunicación entre los diferentes referentes del paciente para que ésta pueda realizarse de una manera ágil, fluida, segura y rápida.
 12. Realizar una gestión efectiva y eficiente de los recursos tanto materiales como profesionales verificando los recursos necesarios y los disponibles en cada transición.
 13. Fomentar la cultura de continuidad asistencial con el fin de conseguir una atención coherente, continuada e integral en los diferentes ámbitos.

5. Determinación del Perfil Competencial

Definir el ámbito de actuación de la enfermera/o de enlace o continuidad asistencial en la atención a las personas con problemas crónicos, de riesgo o frágiles, personas en situación de dependencia, y pacientes de alta complejidad, con varias enfermedades intercurrentes o comorbilidades y alta necesidad de cuidados formales y familiares, ya que actúa como una unidad de servicios en apoyo de todo el sistema sanitario integrado en el Sistema Nacional de Salud. Para ello es necesario tener un perfil profesional específico y muy cualificado, que resulta imprescindible para alcanzar los objetivos de coordinación asistencial.

Las/los enfermeras/os del ámbito de la continuidad asistencial o enlace, gestionan procesos y dispositivos de alta complejidad y tienen una responsabilidad transversal en todo el proceso asistencial, siendo fundamentales en el funcionamiento y desarrollo de la coordinación entre ámbitos asistenciales.

Es necesaria la regulación de la práctica de la Enfermera/o de Enlace o Continuidad Asistencial en la atención al paciente crónico, como un primer paso para alcanzar el desarrollo de un área de capacitación específica o como diploma de acreditación avanzada.

En el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, que aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, explícita en su anexo VIII, el contexto en el que debe de realizarse el acto enfermero con lenguaje propio, recogiendo expresamente las clasificaciones de diagnósticos, intervenciones y resultados NANDA, NOC y NIC.

En referencia a esto las Enfermeras de Continuidad Asistencial o Enlace desarrollan su trabajo en diferentes ámbitos y contextos, sobre personas, pacientes y familias, cuyo perfil mayoritariamente se caracteriza por una gran necesidad de cuidados y elevado consumo de recursos sanitarios, ligados con frecuencia al envejecimiento, la cronicidad y la dependencia. Por esto, las necesidades de cuidados enunciadas mediante diagnósticos enfermeros, las intervenciones y los resultados ligados a ellos son muy amplias. Diferentes unidades de continuidad han creado protocolos específicos para la valoración y el diagnóstico.

La lista de necesidades de cuidados de los pacientes es extensa dado que se trata de pacientes complejos. Sin embargo las intervenciones de continuidad de cuidados tienen como objetivo la continuidad, y que el paciente disponga en cada momento del proveedor adecuado.

Las intervenciones siguiendo la taxonomía NIC se exponen la Tabla 1.

Dominio III. Conductual

- 5240 Asesoramiento
- 5440 Aumentar los sistemas de apoyo
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones Y-D6
- 5510 Educación para la Salud

Dominio V Familia

- 7140 Apoyo a la familia
- 7040 Apoyo al cuidador familiar

Dominio VI Sistema Sanitario

- 7320 Gestión de Casos
- 7330 Intermediación Cultural
- 7400 Orientación en el sistema sanitario
- 7370 Planificación alta
- 7460 Protección de los derechos de los pacientes
- 7640 Desarrollo de vías clínicas
- 7615 Mejora de la colaboración
- 7910 Consulta
- 8180 Consulta por teléfono
- 8100 Derivación
- 7920 Documentación
- 7960 Intercambio de información de cuidados de salud
- 8020 Reunión multidisciplinar de cuidados
- 8190 Seguimiento telefónico
- 8140 Transferencia de cuidados del paciente

Tabla 1. Selección de Intervenciones NIC asociados al perfil de pacientes de las Enfermeras de Continuidad Asistencial o Enlace

Los resultados a partir de la taxonomía NOC se exponen en la Tabla 2.

Dominio I Salud Funcional

- 0312 Preparación para el alta: vivir con apoyo
- 0311 Preparación para el alta: vida independiente

Dominio III Salud Psicosocial

- 1311 Adaptación al traslado

Dominio VI Salud Familiar

- 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia
- 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento
- 2608 Resiliencia familiar
- 2508 Bienestar del cuidador familiar
- 2506 Salud emocional del cuidador principal
- 2507 Salud física del cuidador principal
- 2200 Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario
- 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario

Dominio V Salud Percibida

Satisfacción del paciente/usuario: Continuidad de cuidados (código 3003)Grado de la percepción positiva de la coordinación de los cuidados cuando el paciente se traslada de un entorno a otro.

Indicadores

1. [300303] El paciente/familia están incluidos en la planificación de cuidados.
2. [300307] Información proporcionada sobre qué esperar cuando es trasladado.
3. [300312] Discusión de estrategias para satisfacer las necesidades de cuidados.[
4. 300313] Discusión de estrategias para satisfacer las necesidades de cuidados domiciliarios.
5. [300314] Preparación personal para enfrentarse a problemas potenciales de salud

Satisfacción del paciente/usuario (código 3014)

Grado de percepción positiva de los cuidados proporcionados por el personal de enfermería. Indicadores

1. [301424] Coordinación de cuidados a medida que el paciente/usuario pasa de un ámbito asistencial a otro.[
2. 301411] Instrucción para mejorar la participación en los cuidados.
3. [301425] Paciente/usuario/familia incluido en la planificación del alta.

Satisfacción del paciente/usuario: Gestión de casos (código 3015)

Grado de percepción positiva de los servicios de gestión de casos.

Indicadores

- [301502] Disponibilidad de los suministros necesarios para los cuidados
- [301532] Apoyo para encontrar las soluciones propias a los problemas.
- [301508] Coordinación de los profesionales sanitarios.
- [301509] Coordinación de los cuidados
- [301520] Proporcionar información congruente

Dominio 6 Salud Familiar

Preparación del cuidador familiar domiciliario

- [220201] Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar
- [220202] Conocimiento sobre el rol de cuidador
- [220209] Conocimiento de cuidados en el seguimiento
- [220222] Participación en la planificación del alta

Tabla 2. Selección de Resultados NOC asociados al perfil de pacientes de la EE-ECA

Aunque las intervenciones y los resultados pueden ser más concretos que las necesidades de los pacientes proponemos un grupo de diagnósticos que deben servir de eje en el análisis de problemas del paciente. A partir de la Clasificación de Diagnósticos de enfermería NANDA-I 2018-2020, y agrupando por dominios, en la tabla 3 se exponen diagnósticos que se asocian al tipo de pacientes de la enfermera de enlace o de continuidad asistencial.

Tabla 3. Selección de Diagnósticos NANDA asociados al perfil de pacientes de la EE-ECA**Dominio 1: Promoción de la Salud**

- Gestión ineficaz de la salud (00078)
- Disposición para mejorar la gestión de la salud
- Gestión ineficaz de la salud familiar (00080)
- Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano (00231)
- Síndrome de fragilidad del anciano (00257)

Dominio 2: Nutrición

- Deterioro de la deglución (00103)
- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002)
- Riesgo de sobrepeso (00234)
- Sobrepeso (00233)

- Obesidad (00232)
- Riesgo de deterioro de la función hepática (00178)
- Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)
- Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028)
- Déficit de volumen de líquidos (00027)
- Exceso de volumen de líquidos (00026)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

- Deterioro de la eliminación urinaria (00016)
- Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017)
- Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia (00022)
- Incontinencia urinaria de urgencia (00019)
- Incontinencia urinaria funcional (00020)
- Incontinencia urinaria por rebosamiento (00176)
- Incontinencia urinaria refleja (00018)
- Retención urinaria (00023)
- Diarrea (00013)
- Riesgo de estreñimiento (00015)
- Estreñimiento (00011)
- Incontinencia fecal (00014)
- Deterioro del intercambio de gases (00030)

Dominio 4: Actividad/Reposo

- Insomnio (00095)
- Trastorno del patrón de sueño (00198)
- Deterioro de la ambulación (00088)
- Deterioro de la bipedestación (00238)
- Deterioro de la habilidad para la traslación (00090)
- Deterioro de la movilidad en la cama (00091)
- Deterioro de la movilidad en silla de ruedas (00089)
- Deterioro de la movilidad física (00085)
- Deterioro de la sedestación (00237)
- Riesgo de síndrome de desuso (00040)
- Fatiga (00093)
- Vagabundeo (00154)
- Riesgo de disminución del gasto cardíaco (00240)
- Disminución del gasto cardíaco (00029)
- Riesgo de intolerancia a la actividad (00094)

- Intolerancia a la actividad (00092)
- Patrón respiratorio ineficaz (00032)
- Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200)
- Riesgo de perfusión cerebral ineficaz (00201)
- Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz (00228)
- Perfusión tisular periférica ineficaz (00204)
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (00034)
- Riesgo de tensión arterial inestable (00267)
- Deterioro de la ventilación espontánea (00033)
- Déficit de autocuidado en la alimentación (00102)
- Déficit de autocuidado en el baño (00108)
- Déficit de autocuidado en el uso del inodoro (00110)
- Déficit de autocuidado en el vestido (00109)
- Disposición para mejorar el autocuidado (00182)
- Descuido personal (00193)
- Deterioro del mantenimiento del hogar (00098)

Dominio 5: Percepción/Cognición

- Desatención unilateral (00123)
- Confusión aguda (00128)
- Confusión crónica (00129)
- Conocimientos deficientes (00126)
- Deterioro de la memoria (00131)
- Deterioro de la comunicación verbal (00051)
- Disposición para mejorar la comunicación (00157)

Dominio 6: Autopercepción

- Desesperanza (00124)
- Riesgo de baja autoestima crónica (00224)
- Baja autoestima crónica (00119)
- Riesgo de baja autoestima situacional (00153)
- Baja autoestima situacional (00120)
- Trastorno de la imagen corporal (00118)

7: Rol/Relaciones

- Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)
- Cansancio del rol de cuidador (00061)
- Interrupción de los procesos familiares (00060)
- Procesos familiares disfuncionales (00063)
- Deterioro de la interacción social (00052)

Dominio 8: Sexualidad

- Disfunción sexual (00059)
- Patrón sexual ineficaz (00065)

Dominio 9 : Afrontamiento/Tolerancia al estrés

- Síndrome de estrés del traslado (00114)
- Síndrome postraumático (00141)
- Aflicción crónica (00137)
- Afrontamiento defensivo (00071)
- Afrontamiento ineficaz (00069)
- Afrontamiento familiar comprometido (00074)
- Afrontamiento familiar incapacitante (00073)
- Ansiedad (00146) Ansiedad ante la muerte (00147)
- Duelo (00136)
- Duelo complicado (00135)
- Estrés por sobrecarga (00177)
- Negación ineficaz (00072)
- Impotencia (00125)
- Deterioro de la resiliencia (00210)
- Temor (00148)
- Disreflexia autonómica (00009)

Dominio 10: Principios vitales

- Conflicto de decisiones (00083)
- Sufrimiento espiritual (00066)
- Sufrimiento moral (00175)

Dominio 11: Seguridad/Protección

- Riesgo de infección (00004)
- Riesgo de infección de la herida quirúrgica (00266)
- Riesgo de asfixia (00036) Riesgo de aspiración (00039)
- Riesgo de caídas (00155)
- Deterioro de la dentición (00048)
- Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086)
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)
- Deterioro de la integridad cutánea (00046)
- Riesgo de deterioro de la mucosa oral (00247)
- Deterioro de la mucosa oral (00045)
- Riesgo de deterioro de la integridad tisular (00248)
- Deterioro de la integridad tisular (00044)

- Riesgo de lesión (00035)
- Riesgo de lesión corneal (00245)
- Riesgo de lesión del tracto urinario (00250)
- Riesgo de lesión postural perioperatoria (00087)
- Riesgo de lesión térmica (00220)
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)
- Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246)
- Retraso en la recuperación quirúrgica (00100)
- Riesgo de sangrado (00206)
- Riesgo de sequedad bucal (00261)
- Riesgo de sequedad ocular (00219)
- Riesgo de shock (00205)
- Riesgo de traumatismo físico (00038)
- Riesgo de traumatismo vascular (00213)
- Riesgo de tromboembolismo venoso (00268)
- Riesgo de úlcera por presión (00249)
- Riesgo de violencia autodirigida (00140)
- Riesgo de violencia dirigida a otros (00138)
- Riesgo de intoxicación (00037)
- Hipertermia (00007)
- Riesgo de hipotermia (00253)
- Hipotermia (00006)
- Termorregulación ineficaz (00008)

Dominio 12: Confort

- Disconfort (00214)
- Dolor agudo (00132)
- Dolor crónico (00133)
- Náuseas (00134)
- Síndrome de dolor crónico (00255)
- Aislamiento social (00053)
- Riesgo de soledad (00054)

No obstante, en el desarrollo del trabajo de continuidad hay intervenciones y resultados más directamente relacionadas con el trabajo de continuidad e independientes de las necesidades de cuidados de las personas objeto de atención. Destacar por tanto intervenciones y resultados directamente relacionados con el desarrollo profesional en el ejercicio profesional de la enfermera/o en el ámbito de la Continuidad Asistencial o

Enlace. Estas intervenciones más específicas se podrían reducir siguiendo la taxonomía NIC se exponen a continuación:

Dominio III. Conductual

- 5240 Asesoramiento
- 5440 Aumentar los sistemas de apoyo
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones
- 5510 Educación para la Salud

Dominio IV Seguridad

- 6610 Identificación de riesgos

Dominio V Familia

- 7140 Apoyo a la familia
- 7040 Apoyo al cuidador familiar

Dominio VI Sistema Sanitario

- 7320 Gestión de Casos
- 7330 Intermediación Cultural
- 7400 Orientación en el sistema sanitario
- 7370 Planificación alta
- 7460 Protección de los derechos de los pacientes
- 7640 Desarrollo de vías clínicas
- 7615 Mejora de la colaboración
- 7840 Manejo de los suministros
- 7910 Consulta
- 8180 Consulta por teléfono
- 8100 Derivación
- 7920 Documentación
- 7960 Intercambio de información de cuidados de salud
- 8020 Reunión multidisciplinar de cuidados
- 8190 Seguimiento telefónico
- 8140 Transferencia de cuidados del paciente

En coherencia con las intervenciones los resultados a destacar dentro de la taxonomía NOC son:

Dominio I Salud Funcional

- 0312 Preparación para el alta: vivir con apoyo

0311 Preparación para el alta: vida independiente

Dominio III Salud Psicosocial

1311 Adaptación al traslado

Dominio V Salud percibida

3003 Satisfacción del paciente/usuario: continuidad de los cuidados

3014 Satisfacción del paciente/usuario

Dominio VI Salud familiar

2600 Afrontamiento de los problemas de la familia

2609 Apoyo familiar durante el tratamiento

2608 Resiliencia familiar

2508 Bienestar del cuidador familiar

2506 Salud emocional del cuidador principal

2507 Salud física del cuidador principal

2200 Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro

2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario

6. Ejercicio del rol profesional de enfermeras de Continuidad o Enlace

La Enfermera/o de Continuidad Asistencial o de Enlace trabaja para asegurar, impulsar y facilitar la continuidad de cuidados de las personas con problemas crónicos, de riesgo o frágiles; personas en situación de dependencia, pacientes de alta complejidad con varias enfermedades intercurrentes o comorbilidades y/o alta necesidad de cuidados y/o cuidadores profesionales o no profesionales.

Desarrolla su actividad independientemente del lugar en donde se encuentre el paciente, coordinando la continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales, ya sea en Atención Primaria, Hospitalaria, Centro Sociosanitario u otro tipo de centros como pueden ser los de acogida, centros penitenciarios, etc; siendo la enfermera referente para la CA dentro de la institución para la que trabaja.

Esta enfermera tiene la misión de visualizar, aunar y coordinar a los profesionales involucrados en cada proceso asistencial y con este abordaje multidisciplinar, monitorizar los procesos para implementar las opciones de mejora en cada uno de ellos. Evitará la visión fraccionada del paciente, la duplicidad, la omisión y la contradicción, siendo indispensable para tomar decisiones consensuadas en el equipo y solucionar problemas.

Gracias a esta actuación conjunta en la consecución de los cuidados, el paciente nos va a percibir como un equipo perfectamente interrelacionado y coordinado generando mayor grado de confianza y satisfacción y aumentando su percepción de la calidad recibida.

También tienen la responsabilidad de colaborar en la creación de nuevas herramientas informáticas y de utilizar canales de comunicación con los que transmitir información de una manera segura, rápida y eficaz, permitiendo una comunicación bidireccional que evitará la fragmentación de la asistencia entre los diferentes ámbitos sanitarios y disminuirá la variabilidad de la práctica clínica.

En el SNS están implementadas diferentes herramientas para facilitar la continuidad de cuidados. Una de ellas son los ICE que realizan las enfermeras responsables del paciente al alta de la hospitalización y que reciben a través de diferentes modelos las enfermeras de atención primaria. En cada Comunidad a partir de ahí existen diferentes protocolos para la atención de los pacientes que, tras un alta hospitalaria, son especialmente vulnerables independientemente de su patología y/o complejidad. La ECA debe participar de la monitorización, evaluación e implementación de las mejoras necesarias a este circuito y en los casos que se definan requiere de la participación activa compartiendo con

profesionales de AP o con los profesionales del ámbito sociosanitario su plan de cuidados a seguir

Haciendo uso de las nuevas herramientas informáticas va a crear y utilizar canales de comunicación con los que transmitir información de una manera segura, rápida y eficaz, permitiendo una comunicación bidireccional que evitará la fragmentación de la asistencia entre los diferentes ámbitos sanitarios.

La aportación de la Enfermera de Continuidad o Enlace conseguirá que las personas a las que va dirigida la atención perciban que reciben una atención coherente desempeñada por un equipo perfectamente interrelacionado y coordinado con el fin de generar mayor grado de confianza, satisfacción y aumentando la calidad percibida sobre la atención recibida.

Debe fomentar la cultura de la continuidad como nuevo modelo de gestión para conseguir una atención integral y de calidad centrada en la persona, siendo este aspecto además de su responsabilidad una de las competencias necesarias para desarrollar este rol.

Para dar una respuesta integral a las necesidades socio sanitarias de la población en esta nueva realidad, optimizando a su vez el uso de los recursos, aparece la figura de la Enfermera de Continuidad Asistencial (ECA) o Enfermera de Enlace Hospitalario (EEH). Ésta es el profesional de enfermería cuyo principal objetivo es garantizar la continuidad de la atención y los cuidados en la transición de los pacientes entre ámbitos asistenciales mediante la gestión efectiva de los recursos humanos y materiales disponibles, potenciando la coordinación con el resto de profesionales implicados en su proceso de salud.

Este tipo de gestión eficiente de recursos, situando al paciente en el mejor lugar para ser atendido hace que la ECA sea imprescindible y rentable para el sistema sanitario ya que pone en marcha equipos de trabajo multiprofesionales con el mismo objetivo, la calidad de vida del paciente, siempre con garantías de seguridad y humanizando la asistencia sociosanitaria.

En la mayoría de las estrategias nacionales de abordaje de la cronicidad hacen referencia a este rol con diferentes denominaciones y funciones dependiendo de la Comunidad Autónoma que se trate.

Con la correcta identificación y captación de los pacientes más frágiles y vulnerables va a conseguir una eficiente gestión de estos casos complejos, evaluando necesidades, previendo la disponibilidad real de los recursos en su lugar de destino y fomentando la coordinación con otros ámbitos asistenciales.

Como referente de la continuidad asistencial, tiene la misión de visualizar y aunar a los profesionales involucrados en cada proceso asistencial.

Sin olvidar que el paciente es el centro de atención de las enfermeras de continuidad/enlace, va a mantener una relación empática tanto con él como con sus cuidadores para hacer frente de una manera natural a sus necesidades, reforzando a su vez prácticas acordes a su plan de cuidados en vistas a fomentar su autonomía y la correcta autogestión de su enfermedad.

Su práctica, en términos generales que serán desarrollados más extensamente en los siguientes apartados, se desempeña en las áreas de:

- Valoración integral, tanto del paciente como de su familia/cuidador
- Coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria
- Mejora en la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio o traslado a otro centro, tras el alta hospitalaria
- Mejora en la homogenización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados entre diferentes niveles asistenciales
- Evita ingresos hospitalarios derivados de la inseguridad en el domicilio
- Mantenimiento y mejora en la calidad de vida de los cuidadores principales en relación con su salud
- Mejora de la coordinación entre el Equipo de salud y los servicios sociales
- Mejora de la seguridad clínica para reducir las complicaciones evitables y sus consecuencias
- Optimización y racionalización del consumo de servicios, movilizandolos todos los recursos necesarios, tanto materiales como humanos, para cubrir todas las necesidades, tanto del paciente como de sus cuidadores
- Educación en autocuidado para favorecer en los pacientes/cuidadores la autonomía en la gestión de su enfermedad.

7. Marco de actuación de las/los enfermeras/os de Continuidad o Enlace

El artículo 52 del Real Decreto 1231/2001 establece “que el ejercicio de la profesión de enfermería abarca, a título enunciativo, el desarrollo de funciones asistenciales, investigadoras, de gestión y de docencia”. Es por ello, que para establecer el ámbito de actuación de las/los enfermeras/os de Continuidad o Enlace en las Instituciones se han establecido estas cuatro áreas de referencia.

7.1. Concepto organizacional para enmarcar el desarrollo competencial

La Enfermera/o de Continuidad Asistencial o de Enlace trabaja para asegurar, impulsar y facilitar la continuidad de cuidados de las personas con problemas de salud crónicos, de riesgo o frágiles, personas en situación de dependencia, y pacientes de alta complejidad con varias enfermedades intercurrentes o comorbilidades y alta necesidad de cuidados profesionales y/o cuidadores profesionales o no profesionales, por lo que desarrolla su actividad independientemente del lugar en donde se encuentre el paciente, coordinando la continuidad de la atención entre los distintos niveles asistenciales, ya sea en Atención Primaria, Hospitalaria, Centro Sociosanitario u otros centros (de acogida, centros penitenciarios y otros centros) siendo la referente enfermera para la CA en la institución para la que trabaja.

7.2. Ámbito asistencial

El principal objetivo de las Enfermeras de Continuidad Asistencial o de Enlace es garantizar la continuidad de la atención y los cuidados en la transición de los pacientes entre ámbitos asistenciales. Las funciones asistenciales conllevan la valoración de la situación de los pacientes y de la necesidad de la continuidad de cuidados, siendo indispensables para cumplir sus fines: la captación de estos pacientes, la valoración de su fragilidad, problemas y necesidades entre niveles asistenciales y la coordinación con los profesionales de otros ámbitos asistenciales, trabajando todos en la misma línea, y haciendo partícipe al propio paciente y su familia.

En la mayoría de Comunidades Autónomas (CCAA), las ECAS/Enfermeras de Enlace se ubican físicamente en un centro hospitalario.

Hay CCAA donde el modelo es diferente, existiendo Enfermeras de Enlace Hospitalario (EEH), desempeñando sus funciones en el hospital y Enfermeras Comunitarias de Enlace (ECE), donde ejercen sus funciones en el domicilio del paciente y cuidadores. Pueden tener otras denominaciones como gestoras de casos o enfermeras de práctica avanzada.

La diferencia más significativa entre ambas es que las intervenciones de la EEH van dirigidas fundamentalmente al paciente y la ECE, dirigen sus intervenciones tanto al paciente como al cuidador principal, dan formación a las personas cuidadoras, a través de talleres periódicos protocolizados en su contenido y metodología.

Dentro del ámbito asistencial las Enfermeras de Continuidad /Enlace realizan las siguientes actividades para conseguir su objetivo:

7.2.1. Ámbito hospitalario

7.2.1.1. Hospitalización.

Independientemente de la clasificación de los hospitales, primer, segundo y tercer nivel, de media y larga estancia y los que atienden una finalidad asistencial determinada, se realizan actividades como estas, desde las plantas de hospitalización,.

- Captar e identificar todos los pacientes con necesidades complejas ingresados que al alta necesitarán de continuidad de cuidados, utilizando herramientas informáticas/localizadores o por derivación de otros profesionales.
- Comunicar a su Equipo de Atención Primaria dicho ingreso, para comenzar la transición al alta e identificar las descompensaciones que lo han producido.
- Realizar primera visita y toma de contacto con el paciente y familia, identificando al cuidador principal, recogiendo datos a partir de su historia y realizando una valoración integral mediante escalas específicas en colaboración con su equipo de profesionales implicados en su proceso.
- Planificar un plan individualizado de seguimiento e intervención, junto con su equipo asistencial, trabajando la transición al alta, sea cual sea su destino, domicilio, centro sociosanitario, hospital de media y larga estancia.
- Realizar visitas de seguimiento durante el ingreso para reevaluar cambios en sus necesidades y actualizar los registros.
- Identificar riesgo o problemas sociales e interactuar con Trabajo Social para seguimiento al alta.
- Garantizar la educación sanitaria del paciente/cuidador, en colaboración con el equipo de enfermería de planta, verificando la comprensión de los cuidados, asegurando que el paciente y familia/cuidadores han sido informados y formados en los nuevos cambios de su estado de salud.
- Identificar y colaborar en la gestión de las necesidades de recursos materiales.
- Verificar la provisión de material necesario previo al alta para garantizar la continuidad de cuidados junto con la enfermera responsable del paciente.
- Entrega y control de aparataje especial para uso domiciliario. Colaborar en la gestión con Servicios de compras y Almacén del hospital para el suministro de

material de prescripción y dispensación hospitalaria.

- Participar en reuniones multidisciplinarias intrahospitalarias para que todo el equipo asistencial identifique problemas reales y potenciales y se valoren posibles soluciones factibles.
- Planificar de forma ordenada el alta, identificando la disponibilidad de los recursos necesarios y movilizándolo aquellos que más se adaptan a sus necesidades, como la derivación a centros de apoyo sociosanitarios u hospitales de media y/o larga estancia.
- Garantizar la realización, entrega por parte del profesional que corresponda según la organización interna de cada centro y recepción del Informe de Cuidados de Enfermería por parte del paciente o cuidador.
- Confirmar que el alta se realiza en condiciones de seguridad para el paciente y su familia/cuidadores para evitar reingresos.
- Garantizar la correcta transición de nivel asistencial con comunicación efectiva de los nuevos cambios y necesidades.

7.2.1.2. Urgencias

- Las visitas a los servicios de urgencias, aunque no requieran ingreso del paciente crónico complejo deben ser conocidas de forma rápida por su equipo asistencial de Atención Primaria, para realizar un abordaje conjunto y verificar que no existen descompensaciones.
- Se facilitará la gestión de las citas solicitadas desde la Urgencia, para agilizar el seguimiento precoz en consultas y evitar reingresos.
- En caso de necesidad de ingreso, se realizará siguiendo los protocolos establecidos o circuitos consensuados en cada centro para evitar demoras en la Urgencia.
- Se informará al equipo de referentes hospitalarios del ingreso para una mejor coordinación.

7.2.1.3. Consultas de enfermería monográficas

La creación de consultas de enfermería monográficas permiten dar una atención individualizada a estos pacientes complejos, realizando actividades como estas:

- Facilitar las citas solicitadas desde cualquier ámbito, hospitalización, urgencias o Atención Primaria, dando prioridad al tratarse de un paciente con gran fragilidad.

- Colaborar con las enfermeras de Práctica Avanzada o Gestoras de Casos siempre que lo requieran.
- Solucionar dudas y refuerzo de conocimientos a pacientes y cuidadores.
- Colaborar en la gestión de los recursos materiales necesarios.
- Contactar con profesionales de otros niveles asistenciales en caso de detección de problemas como conciliación terapéutica, manejo de curas, adherencia al tratamiento.
- Gestionar citas para evitar duplicidades u omisiones y facilitar las transiciones en la Atención Hospitalaria, agrupándolas para evitar en lo posible las visitas al hospital.
- Coordinar la transición del paciente hacia Atención Primaria informando de los nuevos cambios en tratamiento y planes de cuidados.

7.2.1.4. Hospital de día

Los hospitales de día suponen en un espacio de atención integral, en el que el papel de las ECAs es imprescindible para la correcta coordinación del proceso. Esta se llevará a cabo mediante las siguientes actividades:

- Coordinar con especialistas de referencia la derivación a hospital de día de pacientes referidos desde Atención Primaria.
- Informar al paciente y familia/cuidador del plan de acompañamiento y facilitar el acceso, siempre que las condiciones lo permitan.
- Realizar seguimiento de los pacientes desde su llegada al hospital de día, para conocer en todo momento en qué fase del proceso se encuentra (pendiente de extracción de analítica, de resultado, de pruebas cruzadas, administración de tratamiento, etc.).
- Gestionar las nuevas citas si son necesarias.
- Planificar el alta. Promover y garantizar la realización, entrega y recepción del Informe de Cuidados de Enfermería.
- Valorar la necesidad de transporte sanitario indicándolo al personal administrativo para su solicitud.
- Mantener contacto con los profesionales de los centros para llevar a cabo las gestiones solicitadas y garantizar al paciente una adecuada transición al domicilio, atenuando el impacto de la transferencia.

7.2.2. Ámbito Atención Primaria

La enfermera de CA/Enlace se coordinará con los profesionales de Atención Primaria y centros sociosanitarios para dar una respuesta rápida y eficiente, a través de:

- Consultas telemáticas a través del correo electrónico corporativo.
- Consultas telefónicas.
- E-consultas específicas creadas en algunos centros.

Dependiendo de la Comunidad Autónoma, pueden realizar intervenciones en este ámbito como:

- Ser referente junto al resto del equipo de salud del paciente en la gestión de la continuidad asistencial, favoreciendo la interrelación entre los profesionales de los diferentes ámbitos, dando apoyo a pacientes y cuidadores.
- Participar en la identificación y propuesta de inclusión en el proceso asistencial del paciente crónico complejo si se cumplen los criterios establecidos según programa.
- Citar en consulta de su referente médico, de enfermería u hospital de día si así lo demandan desde Atención Primaria.
- Gestionar junto al médico referente y Servicio de Admisión el ingreso programado (no urgente), propuesto por el equipo de Atención Primaria por descompensación urgente, siguiendo los circuitos ya establecidos.
- Colaborar en la gestión de las necesidades de recursos materiales.
- Favorecer la creación de circuitos y nuevas líneas de trabajo consensuadas para facilitar la atención a los pacientes crónicos.
- Participar en las reuniones multidisciplinares junto con los médicos referentes y enfermeras de los centros de salud.
- Colaborar en la realización de estudios transversales de investigación con los distintos profesionales de Atención Primaria.

7.2.3. Ámbito sociosanitario y residencial

El desarrollo de la figura de Enfermera de Continuidad Asistencial dentro de los centros sociosanitarios pone a disposición de la organización sociosanitaria o residencial el conocimiento para valorar y coordinar los circuitos internos y garantizar la continuidad de los procesos de atención que necesitan los residentes, facilitando la comunicación con todos los interlocutores del proceso y convirtiéndose en referente para la continuidad asistencial en primera línea de la interrelación con otros centros externos al lugar de residencia. Al igual que en otros ámbitos la enfermera realiza educación sanitaria

durante su estancia con el fin de promover en el residente la gestión de su proceso de salud.

7.3. Ámbito investigador

Aunque durante las primeras décadas del siglo pasado el conocimiento de la enfermería se basaba en el del médico, con el tiempo y gracias a la inquietud e iniciativa de las profesionales, se comenzaron a estudiar y desarrollar diferentes temas que permitieron visualizar el alcance de la enfermería en cuanto a la creación de una propia base de conocimiento y su aplicación en el campo práctico con los pacientes. Todo este conocimiento ordenado y estructurado sustenta la práctica enfermera permitiendo realizarla con fundamento.

Las Enfermeras de Continuidad tienen la función de investigar y proponer nuevos modelos y prácticas de actuación para conseguir vías de actuación consensuadas, circuitos coordinados y rutas asistenciales adecuadas que brinden cuidados seguros y de calidad a los pacientes, basando sus propuestas en la observación, el análisis y el estudio documental.

En dichas propuestas deben tenerse en cuenta los siguientes fines:

- Principalmente, la consecución del mayor bienestar de los pacientes, calidad de vida y resultados en salud.
- La optimización de los recursos y de su gestión.
- La coordinación entre niveles, imprescindible para avanzar en la mejora de la atención, con objetivos globales comunes.

Para ello, deben valorarse las necesidades y monitorizar los resultados según las acciones establecidas.

En los últimos años las ECAs han publicado numerosos estudios de investigación de diferentes disciplinas y especialidades principalmente orientadas a la cronicidad en la que los resultados evaluados demuestran que su trabajo dentro de un equipo multidisciplinar es costo-eficiente.

Participan y organizan Jornadas, Congresos, Encuentros, nacionales como internacionales dedicadas exclusivamente a la Continuidad Asistencial.

En algunas comunidades existen espacios dedicados a bancos de proyectos de CA, como "Continuas" de la Comunidad de Madrid donde se publican trabajos científicos en relación con la CA.

En los campos asistencial y de gestión, obteniendo información contrastada por la evidencia científica de ambos ámbitos. Se une al de conocer e investigar también las prácticas de otros ámbitos asistenciales, con lo que va a mejorar su labor de coordinación de los cuidados ofreciendo mayor calidad en la asistencia y evolucionando en su desarrollo profesional. El conocimiento de la profesión enfermera y su desempeño en los diferentes ámbitos, incrementa la identidad que las distingue y sustenta para realizar la gestión del cuidado como una tarea lógica, coordinada y menos fragmentada.

Las Enfermeras de Continuidad/Enlace, comprometidas con la investigación y el desarrollo de nuevas líneas de actuación centradas en las personas, demuestran su inquietud profesional y profesionalidad compartiendo los hallazgos y resultados en foros y encuentros, utilizando a su vez herramientas de difusión de buenas prácticas en Continuidad de Cuidados.

Mejorar la práctica diaria se traduce en mejorar el bienestar de las personas, es por esto el empeño de estas profesionales en encontrar y compartir acciones y conocimiento para la consecución de este objetivo común. Por ello, planifican y colaboran en la creación de encuentros con otros ámbitos en donde van a compartirse acciones y conocimiento fruto de sus iniciativas.

La coordinación entre ámbitos, objetivo común para alcanzar una atención integral, es el empuje para que las ECAs promuevan y colaboren en la realización de estudios transversales de investigación con los profesionales de los distintos niveles de atención.

7.4. Ámbito de la gestión y administración

En este área la Enfermera de Continuidad/Enlace tiene un doble papel, por un lado su labor asistencial implica la gestión de los cuidados, teniendo esta gestión como objetivo proveer cuidados integrales, seguros y de calidad a las personas que atiende, ya visto anteriormente; y por otro lado, como profesional de continuidad/enlace ejerce un papel fundamental en la gestión y administración de dicha continuidad asistencial, esta gestión tiene por objetivo realizar una continuidad asistencial integral y de alta calidad, en espacios compartidos que cuentan con la participación efectiva de los usuarios y los profesionales sanitarios que se integran en equipos multidisciplinares y en los distintos centros asistenciales. Esta gestión implica especialmente su participación activa en el conjunto de procesos y procedimientos que se producen en la relación con sus pacientes y que pueden tener mayor impacto sobre la mejora de la calidad de los cuidados y la optimización de los recursos.

Según lo establecido en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) tie-

nen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes.

Estos son algunas de las funciones que ejerce la Enfermera de Continuidad o Enlace en el campo de la gestión:

1. Liderazgo, coordinación, gestión y asesoramiento en la implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI).
2. Posibilidad de gestionar recursos humanos según modelo y puesto funcional.
3. Liderazgo, junto al órgano directivo responsable de la Continuidad Asistencial, de grupos de trabajo interdisciplinares de todos los ámbitos asistenciales para la mejora de la atención compartida. De este modo se mejoran los circuitos asistenciales siendo más eficientes en tiempo y forma, se evitan errores de omisión y de duplicidad y se mejora la calidad asistencial y la calidad percibida de la población.
4. Creación y optimización de circuitos entre ámbitos:
 - Gestión eficiente y diseño de los circuitos relacionadas con pruebas diagnósticas, exploraciones complementarias y trámite de muestras de anatomía patológica, etc.
 - Innovación en circuitos que mejoran la calidad de vida de los usuarios.
 - Circuitos administrativos y funcionales para la priorización de la atención precoz de los usuarios en AP o en el Hospital utilizando el recurso más adecuado para cada paciente y cada situación.
5. Coordinación entre ámbitos asistenciales y sociales.
6. Liderazgo y referente en la atención en la CA.
7. Gestión y uso/utilización de herramientas informáticas para la mejora de la atención compartida entre dispositivos asistenciales como por ejemplo la e-consulta enfermera.

8. Colaboración, asesoramiento y coordinación interdisciplinar.
9. Seguimiento y monitorización de los informes de cuidados de enfermería del Hospital (ICE).
10. Participación y liderazgo en comisiones mixtas.
11. Gestión y coordinación de material sanitario de provisión hospitalaria para su envío a los centros de salud y entrega desde allí a pacientes, optimizando los recursos y evitando traslados innecesarios al Hospital a pacientes y/o cuidadores.
12. Gestión y seguimiento de las consultas monográficas de enfermería, si procede, por organización interna.
13. Comunicación/difusión continua dentro de Hospital y en los demás ámbitos de todos los protocolos, procedimientos, novedades, incidencias, etc. relacionados con el ámbito de la Continuidad Asistencial

7.5. Ámbito docente

Etimológicamente el término docencia (del latín “docere”) significa enseñar, por tanto, la docencia hace referencia a la actividad de enseñar y por ello, la labor docente de la Enfermera de Continuidad adquiere especial relevancia en dos áreas de actuación: en la enseñanza de otros profesionales y en la enseñanza y educación de las personas y familia a las que atiende.

La Formación no es un fin en sí misma, es un medio para adiestrar, mejorar y perfeccionar el desarrollo competencial de los profesionales. Desde esta perspectiva, la Enfermera de Continuidad es un instrumento clave al servicio del resto de la Institución y debe difundir su experiencia y conocimiento con el propósito de brindar una atención de excelencia y, por este motivo, una de sus actividades es colaborar con la formación en todos sus diferentes niveles.

La importancia de la formación en el ámbito de las profesiones sanitarias ha gozado siempre de un lugar significativo en el panorama normativo. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad subrayó el destacado papel de la formación en el ámbito del sistema sanitario español, manifestando expresamente el compromiso de las administraciones sanitarias en este sentido, al señalar que toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, especializada y continuada de los profesionales.

7.5.1 Formación pregrado

La formación práctico clínica en las instituciones sanitarias del alumnado de grado de Enfermería tiene la finalidad de integrar los aprendizajes teóricos y la práctica asistencial en los escenarios reales, al mismo tiempo que facilita la adaptación a la vida profesional. De ahí la importancia de integrar estas dos realidades.

La Enfermera de Continuidad debe participar activamente en esta formación para garantizar un enfoque centrado en la persona, una atención integral que contemple todas sus necesidades y la continuidad de cuidados, sin fisuras entre niveles y proveedores. Puede colaborar en la planificación, organización y evaluación de las prácticas clínicas; en la acogida y recepción de los alumnos; en la elaboración y realización de talleres y seminarios; en la definición de estrategias comunes entre profesionales asistenciales y docentes, y entre las instituciones sanitarias y universitarias, todo ello, redundará en la mejora de la formación práctica y la calidad del aprendizaje.

7.5.2 Formación especializada

La entrada en vigor de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, aborda en su Título II una nueva regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud, incluyendo las especialidades de Enfermería. Esta formación especializada es una formación reglada y de carácter oficial. Los enfermeros internos residentes se han incorporado a las instituciones sanitarias junto con la rotación por otros recursos, para desarrollar el programa formativo previsto para obtener los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma.

La Enfermera de Continuidad (ECA) debe difundir su experiencia y conocimiento con el propósito de brindar una atención de excelencia y, por este motivo, una de sus actividades es colaborar con unidades docentes multidisciplinarias en la formación de enfermeras especialistas favoreciendo el desarrollo de rotaciones específicas tutorizadas en su área de competencia; asesorando a las Comisiones de Docencia de los centros sanitarios y desarrollando grupos de trabajo, para la elaboración de propuestas específicas para estos profesionales orientadas a la continuidad asistencial; colaborando en los proyectos de investigación de los residentes; participando en los procesos de evaluación que permitan una retroalimentación constructiva de su proceso formativo; participando en el diseño y desarrollo de programas de simulación sobre continuidad asistencial; fomentando la coordinación de los especialistas internos residentes con el resto de

profesionales implicados en el proceso de salud y continuidad asistencial de los pacientes.

7.5.3. Formación continuada

La formación continuada es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario.

A través de la participación en actividades de formación los profesionales pueden desarrollar sus competencias (conocimientos, habilidades y aptitudes) que posteriormente utilizarán en su desempeño profesional, realizando de esta manera la transferencia de lo aprendido a su labor cotidiana en su puesto de trabajo y que incidirá en el funcionamiento del Centro.

La Enfermera de Continuidad Asistencial tiene un compromiso con el desarrollo general de su profesión y particularmente con los aspectos relacionados con su ámbito de competencia, persigue el trabajo coordinado con el resto de profesionales para garantizar la continuidad asistencial, por ello, es fundamental su participación en los programas de formación continuada como proceso de enseñanza - aprendizaje activo y permanente. Para ello, debe identificar y valorar las necesidades de formación, las competencias necesarias, relacionadas con la CA; debe diseñar y elaborar actividades de formación para cubrir las necesidades detectadas; debe constituirse como agente activo en la generalización de los conocimientos técnicos y científicos, éticos y legales de la misma; debe colaborar en el desarrollo de actividades de formación con profesionales de otros ámbitos asistenciales; debe evaluar el impacto de las actividades formativas.

7.5.4. Educación para la salud y consejo sanitario

La educación para la salud y el consejo sanitario son instrumentos fundamentales para formar, motivar y ayudar a las personas a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, de manera que puedan tomar decisiones autónomas y responsables sobre su situación de salud. Supone el desarrollo de contenidos, orientaciones y estrategias que faciliten a los individuos, pacientes y entorno familiar, el cambio de conductas para adaptarse a nuevas situaciones y a vivir con mayor calidad de vida.

La ECA, por su perfil clínico y educador, tiene un papel muy importante en la enseñanza de conductas y comportamientos de los pacientes y sus familiares dirigidos a fomentar los autocuidados; prevenir las complicaciones derivadas del déficit de conocimientos sobre su enfermedad; disminuir el nivel de ansiedad ante la aparición de complicaciones previsibles; definir objetivos educativos para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente para fomentar la seguridad en sí mismo; resolver dudas sobre temas que atañen a su salud; enseñar a realizar técnicas para los cuidados del paciente o su familia.

7.6. Desarrollo competencial

Definir el concepto de competencia no es fácil porque, al revisar la literatura sobre el tema, nos encontramos con un término que no tiene un único significado y que no existe consenso respecto a la definición entre los diferentes autores, al contrario existen muchas conceptualizaciones que dependen del contexto.

En el ámbito laboral o profesional, un concepto generalmente aceptado, define la competencia como una capacidad efectiva para llevar a cabo exitosamente una actividad laboral plenamente identificada. La competencia laboral no es una probabilidad de éxito en la ejecución de un trabajo, es una capacidad real y demostrada.

Podemos decir que una característica del concepto de competencia es que comporta todo un conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados, en el sentido que el individuo ha de "saber hacer" y "saber estar" para el ejercicio profesional. El dominio de estos saberes le hacen "capaz de" actuar con eficacia en situaciones profesionales.

La ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), en su capítulo III, sitúa al profesional como elemento esencial en la modernización y calidad del sistema sanitario español en su conjunto "La formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales deben orientarse a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud".

El principal elemento a destacar, en esta ley, es la aparición por primera vez del término competencia no en el sentido de autoridad legislativa, sino en el sentido de capacidad o expertez de los profesionales que, además, debe ser evaluada "la competencia profesional es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean" (Art.42).

Basándonos en los elementos que integran la continuidad asistencial se establecen como necesarias las siguientes competencias, clasificadas en las tres áreas de continuidad de relación, de información y de gestión:

- **Continuidad de relación:** Hace referencia al vínculo entre el paciente y su equipo de salud (equipos de Atención Primaria, hospitalaria o sociosanitaria) para lo que será necesario desarrollar y demostrar capacidades, habilidades y conocimientos sobre:
 - Comunicar de forma clara y fluida, haciendo uso de la empatía y sin hacer juicios de valor.
 - Fomentar la participación del receptor recogiendo sus necesidades mediante una escucha activa y proponer respuestas consecuentes.
 - Generar un clima de confianza y respeto mutuo.
 - Hacer uso de un lenguaje adaptado al nivel de comprensión del paciente y su familia/cuidador.
 - Detectar, canalizar y gestionar conflictos.
 - Comunicación para garantizar la continuidad asistencial. Ser capaz de transmitir al resto de profesionales y pacientes los objetivos a cumplir, verificando que la información ha sido recibida y comprendida correctamente. Escucha activa y empatía para ser capaz de resolver los problemas que se planteen. Conocer en profundidad el uso de las diferentes herramientas de información (TICs) de las que dispone.
 - Conocer en profundidad los modelos de trabajo de los profesionales de los diferentes ámbitos con los que trabajamos para poder adecuar e incorporar de la mejor forma los procesos asistenciales en beneficio de los pacientes.
 - Ser capaz de desarrollar competencias digitales que faciliten la relación con pacientes y equipos asistenciales. Conocer y participar en la creación de procedimientos telemáticos de información clínica para la atención de los pacientes, como teleasistencia, creación de consultas virtuales entre niveles como e-consulta, videoconferencias, con el objetivo de crear un desarrollo homogéneo dada la variabilidad existente.
 - Poseer habilidades de negociación y consenso.
 - Manejar la información relevante para la continuidad asistencial de pacientes

y familia/cuidadores, para poder planificar y coordinar acciones y añadir valor a las decisiones encaminadas a solucionar problemas de salud.

- Conocer en profundidad los sistemas de información y herramientas institucionales para actuar adecuadamente en cada situación que requiera continuidad asistencial.
- Respetar y actuar de acuerdo a los valores profesionales y el entorno laboral, manteniendo los valores deontológicos y bioéticos como principios, en relación a la toma de decisiones y acciones profesionales.
- Informar de los recursos de ayuda como Escuelas de Pacientes, Asociaciones de Pacientes.

• **Continuidad de información:** Hace referencia a la transferencia de la información clínica entre profesionales entre los diferentes niveles asistenciales para lo que será necesario desarrollar y demostrar capacidades, habilidades y conocimientos sobre:

- Formación y docencia. Crear protocolos y guías de trabajo relacionadas con la continuidad asistencial. Colaborar en comisiones tanto internas como externas. Realización de actividades formativas y sesiones clínicas para ampliar el grado de conocimiento. Colaborar en la formación de los Enfermeros Internos Residentes. Conocer en profundidad y de manera relevante la metodología enfermera. Asistir y participar en foros, jornadas y congresos, relacionados con la gestión de la continuidad.
- En investigación. Participar y proponer estudios de investigación para desarrollar nuevos campos en la gestión de los cuidados entre niveles. Conocimiento de la evidencia científica.
- Conocer de manera relevante el medio y su normativa relacionada con la CA para garantizar la calidad de los cuidados y conseguir la seguridad del paciente y familia. Evitar las duplicidades.
- Utilizar lenguaje estandarizado. Fomentar y participar en reuniones normalizadas y sistemáticas.
- Conocer y participar en la creación de procedimientos telemáticos de información entre niveles asistenciales, como teleasistencia, creación de consultas virtuales entre niveles como e-consulta, videoconferencias, con el objetivo de crear un desarrollo homogéneo dada la variabilidad existente.

- **Continuidad de gestión:** Hace referencia a la coherencia de los cuidados establecidos para el paciente y a la accesibilidad que tiene para acceder a otros niveles y a los recursos disponibles para lo que será necesario desarrollar y demostrar capacidades, habilidades y conocimientos sobre:
 - Planificar y organizar la CA sabiendo determinar eficazmente las metas y prioridades del proyecto/tarea, estableciendo la acción, los plazos y los recursos requeridos, hacer seguimiento y evaluación. La habilidad de visualizar y establecer de forma ordenada las acciones va a facilitar alcanzar los objetivos.
 - Liderar la Continuidad Asistencial. Realizar una coordinación conjunta y continua de la continuidad asistencial en los diferentes niveles asistenciales. Trabajar en equipo. Identificar y resolver los posibles conflictos de grupo.
 - Identificar y gestionar optimamente los recursos sanitarios, socio-sanitarios y comunitarios que mejor se adapten a las necesidades de los pacientes/cuidadores.
 - Innovar, flexibilizar y adaptar su gestión a nuevas situaciones que aporten valor a la organización en relación a la Continuidad Asistencial.
 - Desarrollar nuevas estrategias, circuitos y modelos de trabajo que sean eficientes para las organizaciones sanitarias y mejoren la calidad asistencial adecuadas a cada ámbito de atención.
 - Ser capaz de desarrollar competencias digitales. Conocimiento relevante y uso de las diferentes herramientas de información (TICs) de las que dispone.
 - Conocer todos los recursos existentes para realizar una gestión efectiva y racional en la continuidad asistencial.
 - Analizar, evaluar y monitorizar los procesos orientándolos a la calidad de la atención y calidad percibida por los pacientes.
 - Promover e impulsar la seguridad de los pacientes. Crear y participar en grupos de trabajo para identificar los problemas que puedan surgir al paciente en su tránsito por los niveles asistenciales y minimizar los riesgos.
 - Coordinar a los profesionales referentes de los procesos y derivaciones con los distintos niveles asistenciales.
 - Promover encuentros entre los equipos de los diferentes ámbitos para hacer posible la unificación de criterios consensuados, así como el conocimiento del trabajo mutuo en cada centro.

- Crear relaciones de confianza, motivando la colaboración y reforzando el compromiso de sus compañeros.

8. Definición de los contenidos mínimos en la formación de las/os Enfermeras/os de Continuidad o Enlace

Para entender las necesidades formativas de estos perfiles profesionales enfermeros es importante visualizar el esquema del trabajo. La Enfermera de Enlace o de Continuidad Asistencial, independientemente del ámbito en el que se desarrolle, hace una valoración específica de la persona con problemas de salud, dependiente, y con gran necesidad de cuidados. Esta valoración se focaliza en detectar, valorar e intervenir de forma precoz en los problemas de salud y controlar o paliar los existentes.

Además, realiza educación sanitaria, y presta apoyo al cuidador/a principal y la familia. Los apoyos al cuidador/a principal implican intervenciones individuales y grupales. La intervención grupal en cuidadoras tiene el objetivo añadido de que estos grupos puedan posteriormente convertirse en grupos de apoyo emocional y/o de ayuda mutua. También debe comunicarse con instituciones, servicios y profesionales para transmitir la información relevante a cada uno de ellos y servir de enlace.

El puesto de Enfermera/o de Enlace o Continuidad Asistencial requiere de una serie de conocimientos y habilidades específicas que garanticen el alcance del perfil competencial adecuado al rol de desempeño. Esta especificidad del puesto conlleva un periodo de formación de 6-8 meses hasta poder desarrollar de manera autónoma y eficiente todas las funciones relacionadas con el conocimiento profundo del sistema sanitario y la relación entre niveles asistenciales añadidos a los obtenidos durante el grado académico.

Dado que las competencias descritas en el punto anterior se describen o agrupan en términos de continuidad de relación, información y gestión, los contenidos formativos mínimos para la adquisición de las competencias consensuadas por los expertos se pueden agrupar de la misma manera. Los contenidos formativos por competencias se describen en forma de epígrafes:

8.1. Continuidad de relación

- Comunicación avanzada con usuarios y profesionales.
- Negociación con pacientes, familias y profesionales.
- Conocimiento relevante de planes estratégicos y de atención a la cronicidad o planes relacionados con la continuidad asistencial.
- Métodos de educación para la salud individual y grupal.
- Evaluación e intervención biopsicosocial de las personas con problemas de alta complejidad, cuidadores profesionales y familiares.

8.2. Continuidad de información

- Práctica Clínica basada en evidencias. Lectura crítica de artículos de investigación. Base de datos y búsqueda bibliográfica. Valoración crítica de la evidencia.
- Seguridad clínica y cuidados seguros.
- Contenidos legales y deontológicos: Protección de datos, intimidad, confidencialidad, etc.
- Conocimiento profundo de modelos de trabajo de los profesiones de los diferentes ámbitos y cartera de servicios.
- Conocimiento sobre tecnologías de la información, en particular las relacionadas con las Historias Clínicas Digitales y la comunicación telemática como videoconsultas, e-consultas, etc.
- Valoración integral y personalizada al conjunto de problemas y necesidades de las personas con problemas de salud, a los cuidadores profesionales y familiares.

8.3. Continuidad de gestión

- Valoración y estratificación de la complejidad y de las necesidades relacionadas con la atención a personas con problemas crónicos, de riesgo o frágiles, personas en situación de dependencia, etc.
- Conocimientos de la estructura y recursos del sistema social y sanitario.
- Liderazgo y gestión de equipos.
- Conocimientos bioéticos y ética de los cuidados.
- Gestión del conocimiento. Investigación e Innovación en cuidados.

9. Aportaciones al sistema sanitario

El sistema sanitario puede obtener mejoras en los tiempos de hospitalización; comunicación más eficiente entre los profesionales de distintos niveles, los pacientes y sus familiares/cuidadores; evitar desplazamientos innecesarios a los pacientes; mayor coordinación interniveles en el seguimiento de los planes de salud de la población; y aumento de la calidad percibida por los pacientes. Y tras el alta, se personaliza la planificación de los cuidados para su seguimiento precoz en Atención Primaria o en el ámbito sociosanitario; se disminuyen las consultas urgentes; se facilita la inclusión en los programas de salud; y se genera un impacto positivo sobre los cuidadores profesionales y no profesionales.

Los pacientes pueden obtener: reducción de los días de hospitalización; mayor eficiencia de los recursos, mejor cobertura de sus necesidades y cuidados en domicilio gracias a la optimización / organización de los recursos sociosanitarios; personalización de la atención pre y post alta; disminución de la ansiedad; y mejora de la comunicación del usuario y familia/cuidadores con los profesionales.

10. Retos a futuro

Esta/e profesional, con elevada capacidad resolutive, juega un papel fundamental en la organización del trabajo y en el desarrollo de soluciones innovadoras para conseguir una atención coherente, armónica y eficiente.

Los cambios socioeconómicos que se han ido produciendo a lo largo de los últimos años, han condicionado la aparición de esta figura, imprescindible para el óptimo manejo de los pacientes crónicos complejos.

Su constante evolución y crecimiento profesional contribuye a poner al sistema sanitario al servicio de los usuarios con eficiencia mejorando considerablemente la calidad de la atención recibida y percibida por ellos. Es por ello que la promoción y difusión de la cultura de continuidad promovida por esta figura, se hace imprescindible para conseguir estándares mayores de calidad y optimización de recursos tanto profesionales como materiales para ofrecer una atención integrada e integral.

Aunque queda camino por recorrer, no puede concebirse un futuro de calidad en la atención sanitaria sin continuidad asistencial para afrontar los retos futuros con participación activa de las enfermeras de Continuidad Asistencial en:

- Contratos programas compartidos entre diferentes niveles asistenciales donde los objetivos y criterios de resultados vayan en la misma línea.
- Integración de los sistemas de información. Historia sociosanitaria única
- Unificación de protocolos, procedimientos, guías clínicas, información y recomendaciones al paciente entre ámbitos asistenciales.
- Sistema sanitarios líquidos: los hospitales líquidos estarán atendiendo a pacientes en sus domicilios a través de tecnologías como teléfonos móviles, consultas 'online'... por lo que la implicación y actuación de las ECAS es indispensable para evitar duplicidades y la omisión de información después de consultas online.
- Participación en la definición de la Cartera de servicios de cada ámbito asistencial.
- Figura relevante en las instituciones con perfil gestor.

11. Glosario de Términos

AP: Atención Primaria.

AE: Atención Especializada.

AH: Atención Hospitalaria.

CdC: Continuidad de los Cuidados.

ECA: Enfermeras de Continuidad Asistencial.

CA: Continuidad Asistencial

Programa PRISMA: Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy.

ECE: Enfermera Comunitaria de Enlace.

ECA: Enfermera de Continuidad Asistencial.

PCC: Pacientes Crónicos Complejos.

NIA: Nivel de Intervención Alto.

PAI: Proceso Asistencial Integrado.

EE: Enfermera de Enlace.

EEH: Enfermera de Enlace Hospitalario.

ICE: Informes de Cuidados Enfermeros.

12. Bibliografía

Ayuso Murillo D, Fernandez de Palacio E, Velasco Morillo E. Cuidados del paciente crónico y gestión de casos de enfermería. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2019.

Azcutia Gómez MR, del Olmo Rubio MJ, Lumbreras Bermejo C; Bernal Sobrino JL, López Palacios S, Hidalgo Doniga C. Avanzando en la atención al paciente crónico complejo. Resultados en la frecuentación y eficiencia en el Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. Premios Barea.

Corrales Nevado D, Alonso Barranco A, Rodríguez Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y desinfiocar de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS. Gaceta Sanitaria 2012; 26(S): 63-68.

Definición del rol de la enfermera de continuidad asistencial (ECA). Servicio Madrileño de Salud. Gerencia de Cuidados.

Echevarria B. Gestión de la competencia profesional. Revista de investigación educativa. 2002; 20, nº1: 7-43.

Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el sistema nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y consumo 2012.

Estrategia para la Atención a pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Diciembre 2013.

Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Martínez-Clares P, Martínez-Juares M, Muñoz-Cantero JM. Formación basada en competencias en educación sanitaria: enfoques y modelos de competencias. RELIEVE. 2008; 4 : 1-23.

Pereda Marín S, Berrocal Berrocal F. Técnicas de gestión de recursos humanos por competencias. 2ª Edición. Editorial universitaria Ramón Areces. 2005.

Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.

Satre-Fullana P. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Emferm Clin*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>

Tejada Fernández F. Acerca de las competencias profesionales. *Revista Herramientas*. 1999. Acerca de las competencias profesionales (I), núm. 56 (pp. 20-30) y Acerca de las competencias profesionales (II) 57 (8-14).

Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*. 2006; 20(6): 485-95.