



Programa de seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria realizado por las enfermeras de Atención Primaria

Dirección de Enfermería Área VI

Comisión de Cuidados

Subcomisión de Continuidad de Cuidados

Área de Salud VI. Servicio Murciano de Salud

Candidatura a la que opta: Buenas Prácticas en la Administración

Autores: J. Patricia Moreno Pina, Antonio Paredes Sidrach De Cardona, Encarna Martínez Sánchez, Jesús Leal Llópis, Juan Antonio Martínez García, José Domingo Avilés Aranda

Índice

1. Presentación de la organización.

1.1. Servicio Murciano de Salud. Mapa sanitario

1.2. Descripción del Área VI.

1.2.1. Demografía del Área VI

1.2.2. Recursos humanos Área VI

1.2.3. Misión.

1.2.4. Visión.

1.2.5. Valores.

1.3. Comisión de Cuidados del Área VI.

2. Descripción del proyecto/programa

2.1. Justificación

2.2. Metodología

2.3. Pilotaje del Proyecto.

2.3.1. Descripción de la ZBS de Vista Alegre- La Flota

2.3.2. Indicadores de evaluación del proyecto.

2.3.3. Resultados del pilotaje

2.4. Extensión del proyecto al resto del Área

2.5. Situación actual

2.6. Resultados

2.7. Satisfacción de los profesionales

2.8. Satisfacción de los usuarios

2.9. Limitaciones

2.10. Conclusiones

3. Exposición de las razones por las que la candidatura se considera merecedora del premio.

4. Bibliografía

5. *Anexos*

- 5.1. Anexo I. Guión entrevista telefónica patología crónica.
- 5.2. Anexo II. Guión entrevista telefónica patología aguda.
- 5.3. Anexo III. Guión entrevista telefónica en caso de exitus.
- 5.4. Anexo IV. Encuesta satisfacción profesionales.
- 5.5. Anexo V. Encuesta satisfacción de usuarios.

6. *Tablas*

- 6.1. Recursos humanos en Atención Primaria por Zonas Básicas de Salud.
- 6.2. Recursos humanos de la Zona Básica de Salud de Vista Alegre La Flota.
- 6.3. Asignación de tarjeta individual sanitaria por enfermera, con especificación de mayores de 65 años y menores de dos años.
- 6.4. Número de llamadas realizadas periodo evaluado.

7. *Gráficas*

- 7.1. *Pirámide de población del Área VI*
- 7.2. *Pirámide de población de la ABS Vista Alegre-La Flota*

8. *Figuras*

- 8.1. *Mapa Sanitario Región de Murcia*
- 8.2. *Mapa del Área VI*
- 8.3. *Miembros de la Comisión de Cuidados*
- 8.4. *Pasos del Proyecto*
- 8.5. *Centro de Salud Vista Alegre-La Flota*

1.- Presentación de la organización.

1.1. Servicio Murciano de Salud. Mapa sanitario

El Sistema Nacional de Salud se concibe, en la Ley General de Sanidad¹ como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados. El principio de integración para los servicios sanitarios en cada Comunidad Autónoma inspira el artículo 50 de la Ley: *“En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma”*¹.

En la Región de Murcia, se aprueba la Ley 4/1994², que deroga La Ley 2/1990, de 5 de abril, de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia, que nace con el fin de ordenar el Sistema Sanitario público en la Región de Murcia dotándolo de la adecuada organización de los servicios de salud existentes, todo ello, en el ejercicio de las competencias que el Estatuto de Autonomía de nuestra Región establece en el artículo 11.f en materias de sanidad e higiene, mediante la creación de un organismo autónomo con competencias de gestión de los servicios de salud y de atención a la enfermedad.

El conjunto de la Ley tiene, como primera finalidad, la atención al usuario, y pretende mejorar la accesibilidad, preservar la equidad, aumentar la información al ciudadano, mejorar el trato, mediante la atención personalizada y potenciar los mecanismos para conocer la opinión de los usuarios mediante encuestas de satisfacción.

El mapa sanitario de la Región de Murcia establece dos tipos de demarcaciones territoriales: las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud. Mediante la Orden de 24 de abril de 2009³, de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, publicada en el Boletín Oficial de la Región de Murcia de 7 de Mayo de 2009, se realiza la última reforma de las Áreas Sanitarias por la que se establecen nueve Áreas de Salud, cada una de ellas con un Hospital de referencia y 89 Zonas Básicas de Salud, dos de ellas pendientes de creación.

- Área I. Murcia Oeste. Hospital Universitario Virgen la de Arrixaca.

- Área II. Cartagena. Complejo Hospitalario de Cartagena. Santa Lucía /Santa María del Rosell.
- Área III. Lorca. Hospital Universitario Rafael Méndez.
- Área IV. Noroeste. Hospital Comarcal del Noroeste.
- Área V. Altiplano. Hospital Virgen del Castillo.
- Área VI. Vega Media del Segura. Hospital Universitario José María Morales Meseguer.
- Área VII. Murcia Este. Hospital Universitario Reina Sofía.
- Área VIII. Mar Menor. Hospital Universitario los Arcos.
- Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

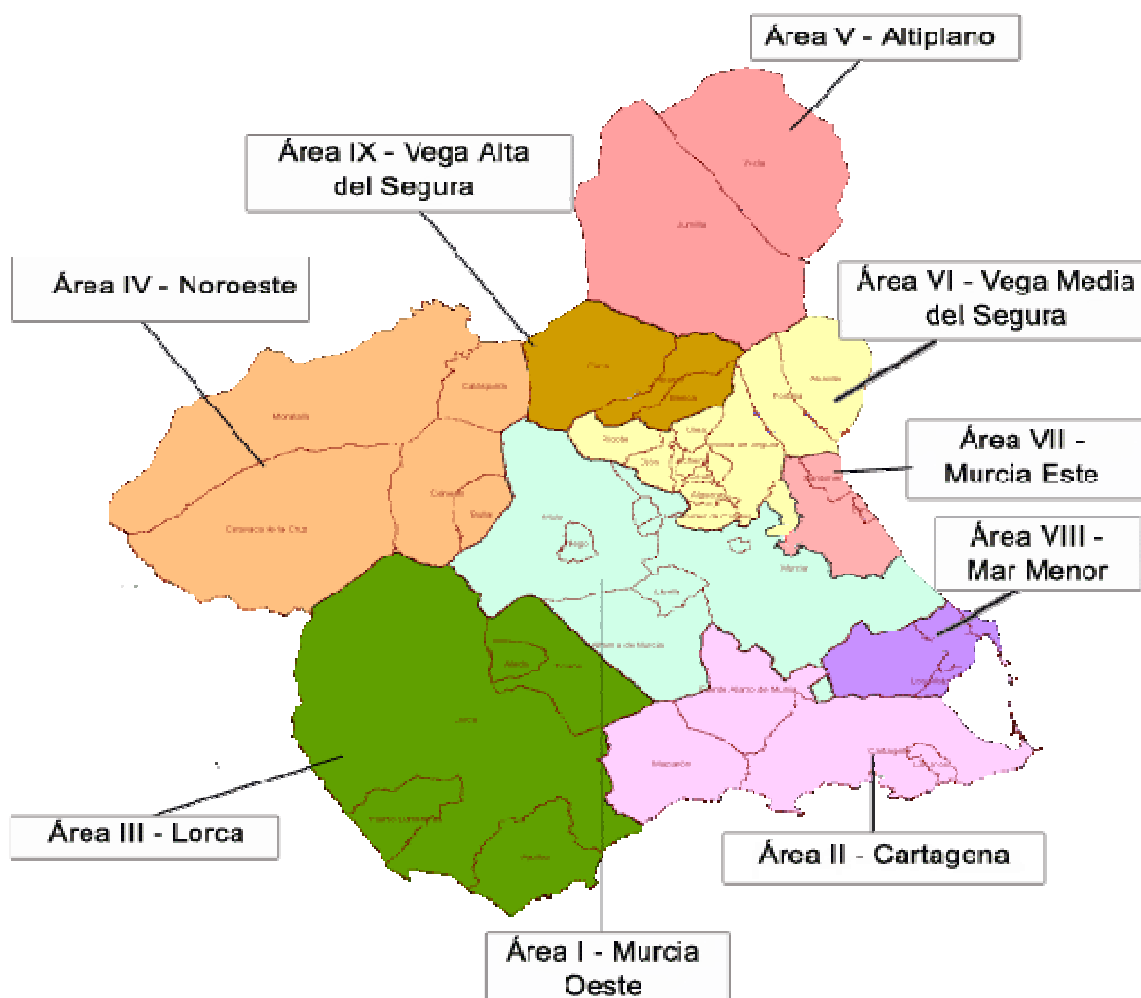


Figura 1. Mapa Sanitario de la Región de Murcia

1.2. Descripción del Área VI

La Gerencia Única del Área VI, Vega Media del Segura, consta de un Hospital de referencia que es el Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, de un Centro de Especialidades y otro de Salud Mental, además está constituida por quince Zonas Básicas de Salud, dos más pendientes de creación, con quince Centros de Salud y veintitrés consultorios periféricos.

Según la Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo³ el Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, da cobertura sanitaria a la población adscrita al Área VI, Vega Media del Segura, siendo esta la población de referencia de dicho Hospital y donde desarrollamos nuestro proyecto.

Las Zonas Básicas de Salud que componen el Área de Salud VI, son las siguientes:

- Abanilla.
- Alguazas.
- Archena.
- Ceutí.
- Fortuna.
- Lorquí.
- Molina / Norte.
- Molina / Sur.
- Murcia / Cabezo de Torres.
- Murcia / Centro.
- Murcia / El Ranero.
- Murcia / Santa María de Gracia.
- Murcia / Vistalegre-La Flota
- Murcia / Zarandona.
- Torres de Cotillas



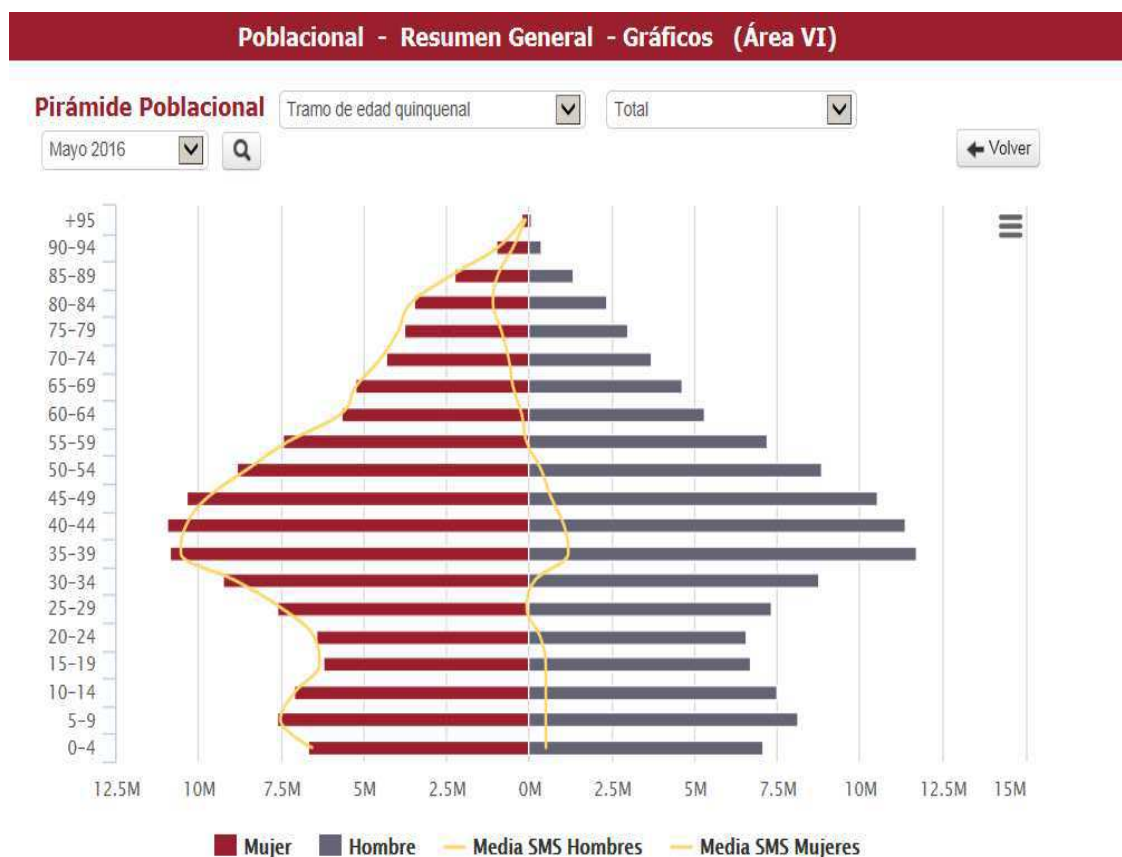
Figura 2.- Mapa Área de Salud VI de la Región de Murcia

1.2.1. Demografía del Área VI

La población del Área VI a 1 de marzo de 2015 es de 247.506. La densidad de población es muy diferente de unas Zonas Básicas de Salud a otras: por ejemplo Abanilla tiene una densidad de población de 27,2 habitantes/km, la mínima del Área, mientras que en el municipio de Ceutí la densidad de población es de 1.081, la máxima. Así mismo la dispersión geográfica cambia de unas Zonas de Salud a otras siendo entre G2-G3. (La dispersión geográfica es una ecuación matemática que relaciona el número de habitantes y la distancia en kilómetros hasta el centro cabecera, en una escala que va de G1, la menor dispersión posible a G4, la mayor dispersión posible).

En cuanto a la distribución etaria de la población no varía con respecto a la del Servicio Murciano de Salud (Gráfica nº1), aunque si hay diferencias importantes entre las Zonas Básicas de Salud que integran el Área VI.

Gráfica nº1. Pirámide de población Área VI.



Fuente: Portal de Inteligencia de Negocios del Servicio Murciano de Salud

1.2.2. Recursos humanos Área VI

En el Área de Salud VI trabajan un total de 2.329 profesionales de un variado número de disciplinas sanitarias y no sanitarias.

En la siguiente tabla se muestran el número de enfermeras y administrativos, en el caso del ámbito de atención primaria ya que son los profesionales en los que se ha intervenido para la puesta en marcha del programa que nos ocupa, por Zonas Básicas de Salud. Aunque es importante señalar que también se ha realizado una intervención, desde la Comisión de Cuidados, consistente en impulsar la elaboración de informes de continuidad de Cuidados (ICC) en las enfermeras de hospitalización, constituidas por un total de 536 profesionales.

Tabla 1.- Recursos humanos en Atención Primaria por Zonas Básicas de Salud

Zona Básica de Salud	EnfermerasAdultos	Administrativos
Abanilla	5	4
Alguazas	4	4
Archena	12	8
Ceutí	5	4
Fortuna	4	3
Lorquí	3	2
Molina Norte	10	7
Molina Sur	15	10
Mu_Cabezo de Torres	8	6
Mu_Centro	10	7
Mu_El Ranero	5	3
Mu_StªMªGracia	8	8
Mu_Vista Alegre	10	6
Mu-Zarandona	3	3
Torres de Cotillas	9	7

1.2.3. Misión

El Área VI es una organización perteneciente al Servicio Murciano de Salud, cuya finalidad es la provisión de atención sanitaria a los ciudadanos de su área, así como al resto de ciudadanos en los servicios en los que es referencia⁴.

Una atención orientada al paciente que comprende la asistencia sanitaria integral, de tipo preventivo, curativo, rehabilitador y de promoción de la salud, de calidad, humana, basada en conocimientos científico-técnicos actualizados y en las mejores evidencias disponibles, ejercida de forma efectiva y eficiente y que gestiona de forma racional y sostenible los recursos, teniendo en cuenta el medio ambiente.

Es una organización generadora de conocimiento, que ejerce la docencia pre y posgraduada, investiga y que integra los avances tecnológicos atendiendo en todo momento los requerimientos éticos y morales propios de la actividad y de la sociedad en su conjunto.

Con todo ello debe lograr satisfacer las expectativas de la población, asegurando la equidad y accesibilidad, lograr el bienestar y satisfacción de sus profesionales y contribuir a elevar el nivel de salud del Área.

1.2.4. Visión

El Área VI del Servicio Murciano de Salud pretende ser una organización sanitaria integrada en el entorno y en la sociedad, que aspira a alcanzar la excelencia⁴:

- ✓ Prestando una atención continuada, integral, integrada, basada en la gestión de procesos y en la evidencia científica, personalizada y segura, efectiva y eficiente, respetando los valores éticos y la autonomía del paciente.
- ✓ Disponiendo de infraestructuras adecuadas a los requerimientos y prestaciones sanitarias, seguras, cómodas y saludables.
- ✓ Contando con personas formadas, cualificadas, competentes, reconocidos, motivados, comprometidos con la organización e individualmente satisfechos, en un clima laboral cordial y cooperante.
- ✓ Siendo un referente en la utilización de nuevas tecnologías sanitarias y de sistemas de información, innovadora y generadora de conocimiento.
- ✓ Fomentando las actividades de formación, docencia e investigación.

- ✓ Siendo líderes y referentes en nuestras prestaciones sanitarias, por su nivel de calidad y efectividad.
- ✓ Realizando una gestión eficiente de los recursos, comprometido con el medio ambiente que propicie el desarrollo sostenible de la asistencia sanitaria.
- ✓ Logrando el máximo nivel de salud de la población, fomentando la participación de los ciudadanos en las decisiones sobre su salud y su implicación en conseguirlo.
- ✓ En definitiva convertirse en el área donde quisieran ser atendidos los usuarios y donde quisieran trabajar los profesionales del SMS.

1.2.5. Valores⁴

- ✓ El usuario como eje y centro de la organización
- ✓ Competencia profesional
- ✓ Responsabilidad en el uso de los recursos públicos
- ✓ Humanización de la Organización
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Justicia, equidad y accesibilidad
- ✓ Compromiso con la calidad
- ✓ Compromiso con la organización
- ✓ Cuidando a los profesionales
- ✓ Sostenibilidad
- ✓ Gestión del conocimiento e innovación
- ✓ Transparencia y comunicación
- ✓ Participación en la toma de decisiones
- ✓ Garante de la confidencialidad de la información
- ✓ Compromiso con el medio ambiente

1.3. Comisión de Cuidados

La Comisión de Cuidados quedó constituida el mes de enero del año 2000, como un órgano para el estudio y propuesta de los asuntos referidos a la actividad de cuidados pasando a formar parte del conjunto de Comisiones Clínicas del Área de Salud VI-Vega Media del Segura.

La Comisión está integrada por profesionales de Enfermería tanto del ámbito de la Atención Primaria como Atención Hospitalaria. En la actualidad está constituida por 18 personas y se realizan diferentes reuniones al año.

Entre las principales funciones están:

- ✓ Informar y asesorar en todas aquellas materias de incidencia directa en las actividades de cuidados del Centro Sanitario.
- ✓ Informar los planes de inversión que afecten a la actividad de cuidados.
- ✓ Analizar y proponer los programas de mejora de la calidad.
- ✓ Elaborar informes sobre materias que afecten a la actividad de los cuidados del Centro Sanitario.
- ✓ Proponer medidas tendentes a la actualización de los conocimientos, mejora asistencial y de coordinación entre niveles asistenciales.

Igualmente, se establecen diferentes objetivos y líneas de trabajo durante cada año, que son evaluados al finalizar cada año por parte de la Dirección del Área de Salud.

Entre las líneas de trabajo que se han seguido durante los últimos años están la normalización procedimientos y protocolos, así como la mejora de la coordinación asistencial entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria.

Entre las actividades desarrolladas en el marco de la Comisión de Cuidados podemos integrar el proyecto/programa de Seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria realizado por enfermeras de Atención Primaria.

La Comisión de cuidados ha impulsado la elaboración de Informes de continuidad de cuidados (ICC) por parte de las enfermeras de hospitalización, que asegure la información suficiente para el seguimiento del proceso de la atención. *Constituye un elemento clave de la*

continuidad y se deben articular todos los mecanismos posibles para que su operatividad sea máxima.

Figura 3. Miembros de la Comisión de Cuidados del Área VI



2. Descripción del proyecto/programa

Se trata de la Implantación de un programa de seguimiento telefónico, de los pacientes que son dados de alta en el hospital, realizado por las enfermeras de Atención Primaria.

Este proyecto es una réplica de otro similar desarrollado en el Área de Salud del Sureste⁵ del Servicio Madrileño de Salud y presentado ante la Comisión de Cuidados del Área VI por el Supervisor de Calidad e Investigación. Tras la buena acogida de este proyecto se decide que será uno de los objetivos de dicha comisión para el año 2015, ya que se ajusta a los valores, la misión y la visión de la organización.

El marco legislativo e institucional en los que se apoya este proyecto son, La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud⁶ que regula: "la atención hospitalaria 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 asistencial", la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias⁷ que 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" (Art 4.7d.).La estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud⁸ y la estrategia de atención a la cronicidad del Servicio Murciano de Salud⁹.

En la búsqueda bibliográfica realizada se han encontrado varias experiencias en otras Comunidades Autónomas basadas en el seguimiento telefónico:

- ✓ Centro de Seguimiento de Enfermedades Crónicas -CSMC-, puesto en marcha por el Instituto Catalán de la Salud, es un dispositivo de seguimiento telefónico proactivo enfermero que atiende a pacientes con **Insuficiencia Cardíaca** (IC) de forma transversal entre Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH), compartiendo la historia clínica informatizada.
- ✓ Plan de "tele continuidad de cuidados" mediante seguimiento telefónico a pacientes de unidades de hospitalización por Salud responde, puesto en marcha por el Servicio Andaluz de Salud, consiste en hacer un seguimiento telefónico a **personas frágiles** ante temperaturas extremas y con el Plan de seguimiento telefónico a pacientes frágiles dados de alta desde las Unidades de Hospitalización durante fines de semana y festivos.

2.1. Introducción

Todos los sistemas sanitarios cuentan entre sus prioridades la de ofrecer servicios y cuidados de calidad, ya que uno de los pilares donde se sustenta el Estado del Bienestar, es el Sistema Nacional de Salud y este, a su vez, genera un gran valor social. Los profesionales enfermeros que trabajan en este escenario asistencial suponen un recurso sanitario amplio, importante, próximo, que generan una alta confianza por parte del ciudadano¹⁰.

La Continuidad de Cuidados se fundamenta en la interrelación profesional en los diferentes niveles asistenciales y esto conlleva el desarrollo y puesta en marcha de un sistema de intercambio de información rápido, eficaz y seguro. En la situación actual se logra la continuidad de cuidados pero no facilita la proactividad, como sería deseable.

La continuidad asistencial, y en concreto la continuidad de los cuidados, es clave para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria que prestamos a los ciudadanos, además de contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario¹¹, que deben constituirse en objetivo prioritario de cualquier Sistema Sanitario.

Algunos estudios¹² concluyen que el 75% de los reingresos hospitalarios son evitables dentro de los treinta días siguientes al alta. La evidencia científica^{13,14} indica que esta situación se puede corregir con una serie de mejoras entre las que se encuentran:

- ✓ Promover una monitorización estrecha con el paciente
- ✓ Mejorar la comunicación y colaboración con la atención primaria después del alta.

Pero la realidad es que tenemos una deficiente continuidad de cuidados entre escenarios asistenciales: hospital y primaria.

La vuelta a casa tras el alta hospitalaria, supone un momento especialmente delicado para la persona dada de alta y su entorno cuidador: sale del hospital con incertidumbres e inseguridades sobre sus cuidados.

Los elementos clave para detectar las necesidades de cuidados y ofrecer las intervenciones adecuadas a cada situación son⁵:

- ✓ Garantizar el registro y transmisión adecuada de información relativa a los cuidados, mediante el uso de sistemas de lenguaje

estandarizados para la identificación de problemas, intervenciones y resultados entre Atención Primaria y de Atención Hospitalaria.

✓ Normalizar la práctica clínica disminuyendo la variabilidad en la praxis, independientemente del nivel asistencial que intervenga en los cuidados.

Objetivo General:

Garantizar la continuidad de los cuidados enfermeros entre ámbitos asistenciales.

Objetivos Específicos:

- Prevenir e intervenir precozmente ante los problemas de salud relacionados con el alta domiciliaria tras la hospitalización.
- Mejorar la continuidad de cuidados
- Mejorar la comunicación entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria.
- Aumentar la seguridad y confianza de pacientes y profesionales.
- Mejorar la calidad de atención del paciente/cuidador/familia.
- Normalizar la práctica clínica disminuyendo la variabilidad en la praxis, independientemente del ámbito asistencial que intervenga.
- Disminuir complicaciones e ingresos hospitalarios.

2.2. Metodología

Mediante un cambio organizativo, que consiste en una intervención proactiva, de manera que en vez de esperar a que la persona y/o cuidador, que ha sido dada de alta del hospital, haga la consulta, se realiza un seguimiento telefónico a la persona dada de alta en las primeras 24-48 horas tras el alta hospitalaria (72 horas si el alta se ha producido en fin de semana).

Población a la que va dirigido el programa: todos los pacientes dados de alta en el Hospital José M^a Morales Meseguer de Murcia.

Las personas del Área de Salud VI que son dadas de alta en otros hospitales de la Región, en estos momentos no se pueden beneficiar de este programa, ya que no tenemos acceso a esta información.

Pasos del proyecto:

1) Se ha diseñado un acceso a la Historia Clínica Electrónica SELENE específico para cada Zona Básica de Salud, desde donde se puede acceder a los pacientes que han sido dados de alta en los días que se soliciten.

Todos los días a primera hora el administrativo correspondiente, consulta en la intranet de la Gerencia del Área VI el listado de los pacientes de la Zona Básica de Salud correspondiente, que han sido dados de alta en el Hospital de referencia (Hospital General Universitario José María Morales Meseguer) del día anterior (los lunes el listado es desde el viernes al domingo). En el listado de pacientes aparece el nombre de la enfermera asignada del Centro de Salud.

2) A continuación este administrativo fuerza una cita a las 8,30 en la agenda de la enfermera correspondiente poniendo en observaciones ALTA HOSPITALARIA. Si el alta ha sido durante el fin de semana además se especifica la fecha del alta. De este modo la enfermera dispone de toda la mañana para realizar el resto de actividades.

3) Todos los días la enfermera entra en su agenda y ve la cita de las personas que han sido dadas de alta. La enfermera de Atención Primaria asume desde este momento la gestión de los cuidados de ese paciente, sus cuidadores y/o familia, ofertando una atención integral, continuada y coordinada con el resto de profesionales implicados en su cuidado. Valorará si precisa atención en el domicilio o si se prestan los cuidados en la consulta de Enfermería en el centro de salud.

4) Actividades a realizar:

- ✓ Consultar en Ágora los informes de alta, tanto el informe de alta médico como el realizado por la enfermera del Hospital.
- ✓ Consultar en la historia clínica de OMI_AP la información disponible sobre esta persona.
- ✓ Contactar telefónicamente con la persona o cuidador en los dos días posteriores al alta como máximo.
- ✓ Si es necesaria la continuidad de cuidados, se le da cita para realizar la continuidad de cuidados en el domicilio, en el caso de que la persona no se pueda desplazar al Centro de Salud o en la consulta de la enfermera.
- ✓ Se registra en OMI_AP en el protocolo de continuidad de cuidados.

En la siguiente figura se muestran gráficamente los pasos mencionados en el apartado anterior.

Figura 4. Pasos del Proyecto



Los dos escenarios contemplados son que se trate de un proceso crónico o agudo, se han diseñado dos guiones de apoyo para la entrevista telefónica (Anexo I y II). También se ha diseñado un tercer guión para el caso de el paciente fallezca (Anexo III).

Las excepciones previstas son: que la persona dada de alta o cuidador acudan a la consulta antes de realizar la llamada telefónica, que el paciente no tenga teléfono, el número sea incorrecto o no contesten, o que se trate de un proceso que no requiera continuidad de cuidados.

2.3. Pilotaje del proyecto

El proyecto se piloto en la Zona Básica de salud de Vista Alegre-La Flota. En el periodo de tiempo comprendido entre el 15 de marzo y el 15 de abril de 2015.

Figura 5. Centro de Salud Vista Alegre-La Flota



2.3.1. Descripción de la Zona Básica de Salud de Vista Alegre – La Flota

Se trata de una Zona de Salud urbana, tiene un solo punto asistencial y atiende a 27.445 personas. Dispersión geográfica G2.

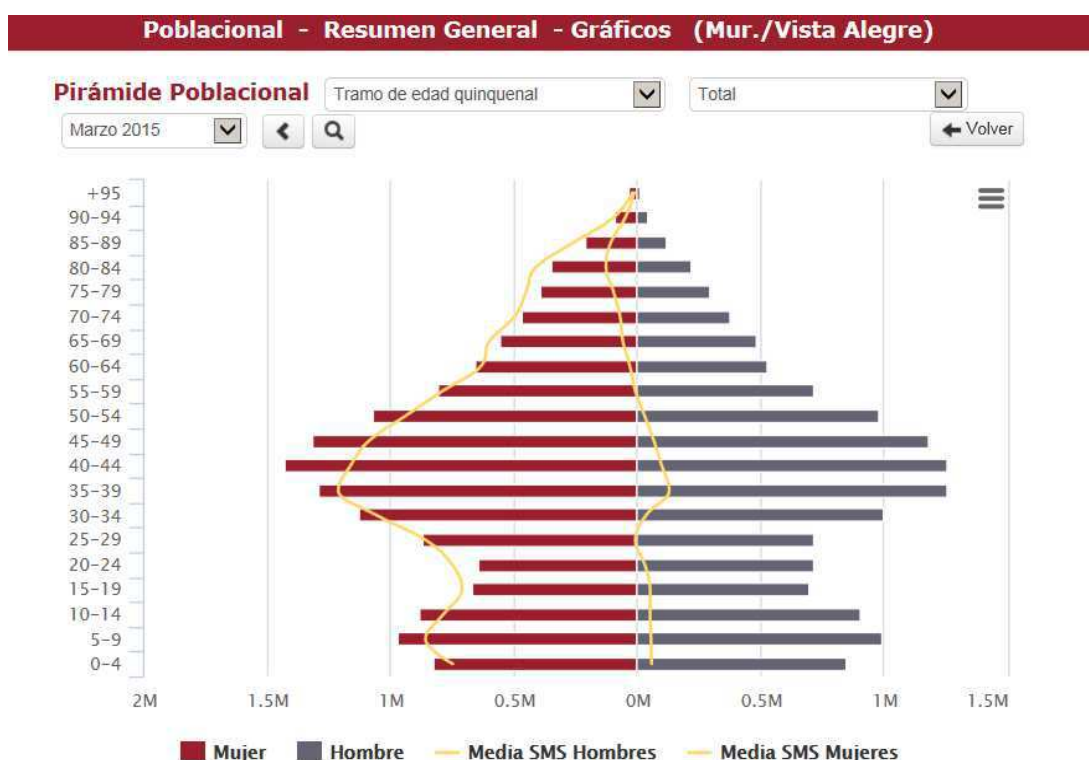
Tabla 2. Recursos humanos de la Zona Básica de Salud de Vista Alegre La Flota

Profesionales	Nº
Enfermeras de adultos	10
Enfermera pediatría	2
Médicos familia	14
Pediatras	4
Matrona	1
Fisioterapeuta	1
Auxiliar administrativo	6
Auxiliar enfermería	3

Tabla 3. Asignación de tarjeta individual sanitaria por enfermera, con especificación de mayores de 65 años y menores de dos

TIS Adultos	Rat/Adulto	>65a/Enf.	Rat/Pedit	< 2 años/Enf
22.283	2.228	350	1.724	519

Gráfica 2: pirámide de población de la Zona Básica de Salud de Vista Alegre-La Flota en el momento en que se realiza el pilotaje del proyecto.



2.3.2. Indicadores para la evaluación del proyecto

1. Caracterización de las personas que son dadas de alta: edad y género
2. Especialidad del proceso por el que han sido ingresados o que requiere continuidad de cuidados.
3. Número de informes de continuidad de cuidados emitidos desde el hospital/Total altas
4. Número de **citados** en agenda de OMI_AP de la enfermera correspondiente de Alta hospitalaria/ Total altas
5. Número de **vistos** en agenda de OMI_AP/ N° de citados.
6. Número de Llamada telefónica/Total vistos
7. Seguimiento:
 - a) Visita domiciliaria (10 días máximo)

- b) Visita en el Centro de Salud (15 días máximo)
- c) Causa/ motivo del seguimiento.

2.3.3. Resultados del pilotaje

En este periodo han sido dadas de alta 114 personas (entre el 15 de marzo y el 15 de abril de 2015), el 54% (61) hombres y el 46% (52) mujeres; la edad media es de 64,12 años (+/-3,79 IC 95%).

- De las cuales 67,2% correspondían a una especialidad médica y el 32,8% a quirúrgicas.
- El 87,7% tenían cita en la agenda de su enfermera al día siguiente del alta, en 73,3% constaba registrado la apertura de historia clínica en agenda y en 22,9% personas se había registrado la realización de una llamada telefónica de contacto.
- En 58,8% del total de altas constaba el Informe de Continuidad de Cuidados emitido desde el hospital de referencia.
- El protocolo de continuidad cuidados abierto en OMI-AP en 54,1% personas y con registro de seguimiento continuado en el 91,5%.
- De las personas que precisaron continuidad de cuidados el 48,1% fue por herida quirúrgica, 29,6% han precisado cuidados básicos (paciente inmovilizado, TA, glucemias, INR), el 14,8% han precisado de una cura no quirúrgica, el 3,7% administración de tratamiento y el otro 3,7% cuidados de la sonda vesical.

Problemas detectados

Tras el pilotaje se identificaron los siguientes problemas relacionados con la documentación, organización e infraestructura:

✓ Tardanza en aparecer informes tras el alta en Ágora. La posibilidad de consulta de los informes de alta realizados desde las unidades asistenciales de hospitalización en la aplicación Ágora tenían un tiempo largo. Estos eran colgados en la aplicación tras los cierres efectivos de los informes en SELENE, con el consiguiente tiempo de latencia, que en algunos casos resultaban excesivos para ser consultados por los enfermeros de atención primaria, ya que eran necesarios su consulta para realizar el seguimiento adecuado de los pacientes antes de que estuvieran disponibles en Ágora.

✓ Líneas de teléfono limitadas. Las líneas de teléfono disponibles en el Centro de Salud tienen permisos limitados para realizar las llamadas telefónicas a los pacientes. Desde los puestos de trabajo de los profesionales de enfermería (consultas de enfermería) las líneas existentes tienen acceso únicamente a llamadas internas, lo que obliga a utilizar teléfonos ubicados en administración, con ausencia de un PC a

disposición de los enfermeros para consulta y citaciones en tiempo real mientras se habla con el paciente, además de la falta de intimidad para realizar dichas comunicaciones. Existe otro teléfono, el utilizado por el responsable de enfermería, que al tener permiso a llamadas externas, eventualmente era utilizado en ocasiones.

✓ Inexistencia de un lugar donde realizar el registro en la H^aCa. En el protocolo de continuidad de cuidados no existía un lugar específico para registrar la realización de la llamada telefónica, lo que obligaba a hacer el registro en el apartado de observaciones/comentarios en texto libre, con la consiguiente dificultad para la posterior explotación de datos y comprobación del registro de la llamada realizada por el enfermero.

Mejoras introducidas

Para obtener algunas mejoras en los problemas mencionados anteriormente se realizaron las siguientes modificaciones:

✓ Acceso a SELENE desde AP motivado por la tardanza en aparecer informes tras el alta en Ágora. Al tener acceso directamente a SELENE, los profesionales de enfermería podían realizar la consulta de informes hospitalarios de forma inmediata, lo que facilita la obtención de información previa a la realización de la llamada telefónica.

✓ Creación de un campo dentro del protocolo de continuidad de cuidados en OMI-AP para el registro normalizado de que se ha realizado la llamada telefónica. Esta posibilidad permite realizar el registro directo de la realización o no de la llamada pertinente por el profesional de enfermería y por tanto explotar y monitorizar la realización de dichas llamadas con resultados más fáciles de obtener y más fiables.

2.4. Extensión del proyecto al resto del Área

Todos los datos anteriormente expuestos se presentan ante la Comisión de Cuidados del Área VI el día 16 de diciembre de 2015, junto con los problemas detectados y las intervenciones de mejora realizadas. Se decide iniciar la extensión al resto de los Equipos de Atención Primaria del Área durante el año 2016.

El día 21 de enero de 2016 se presenta, a todos los responsables de enfermería de los quince Equipos del Área, este programa y los resultados obtenidos del estudio piloto, y tras su buena acogida, se decide la extensión del proyecto al resto del Área a partir del día 1 de marzo de 2016.

2.5. Situación actual

En estos momentos, a junio de 2016, el proyecto se ha puesto en marcha en diez de los quince Equipos de Atención Primaria del Área VI. En cinco de ellos no ha sido posible ponerlo en marcha ya que se encuentran inmersos en un proceso de reorganización interna. Se prevé que para el último trimestre del año se haya concluido la implantación en toda el Área.

Se ha evaluado el periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 15 de mayo de 2016 y se han obtenido resultados de dos indicadores:

- ✓ Número de protocolos de continuidad de cuidados (PCC) abiertos en OMI-AP con respecto al total de altas dadas en cada Zona Básica de Salud.
- ✓ Número de llamadas realizadas y registradas correctamente en dicho protocolo, con respecto al total de protocolo de continuidad de cuidados abiertos en OMI-AP.

2.6. Resultados

En el periodo de tiempo evaluado 2.043 personas han sido dadas de alta en las diez Zonas Básicas en las que el programa esta puesto en marcha.

El número de protocolos de continuidad de cuidados abierto ha sido de 556, lo que supone un 27,8% sobre el total de las personas dadas de alta, de estos en 516 casos consta la realización de una llamada telefónica, lo que supone 92,8%, aunque este resultado varía en función

de la Zonas Básicas de Salud, tal y como se aprecia en la siguiente tabla de resultados.

Será necesario poder evaluar el resto de indicadores en futuras evaluaciones

Tabla 4. Número de protocolos de continuidad abiertos y llamadas realizadas en el periodo evaluado.

EAP	Altas	Protocolo de CC	Llamadas
Archena	321	68 (21,2%)	64 (94,2%)
Abanilla	95	19 (20%)	16(84,2%)
Fortuna	144	82 (56,9%)	74(90,2%)
Molina Norte	260	49 (18,8%)	47 (95,9%)
Molina Sur	331	101 (30,5%)	89(88,1%)
Mu-Centro	207	64 (30,9%)	60 (93,7%)
Ranero	121	13 (10,8%)	10(76,9%)
Stª Mª Gracia	194	46 (23,7%)	45(97,8%)
Vistalegre	274	91(33,2%)	82(90,1%)
Zarandona	87	32 (36,8)	29(90,6%)
Total	2034	556 (27,8%)	516(92,8%)

La Zona Básica de salud donde hay mayor porcentaje de protocolos de continuidad de cuidados abiertos, ha sido la de Fortuna con 56,9%, cuando la media del Área se sitúa en 37,8%, y el lugar donde se ha alcanzado un mayor porcentaje de llamadas registradas en dicho protocolo ha sido en Santa María de Gracia.

2.7. Satisfacción de los profesionales

Los profesionales con alto nivel de satisfacción laboral proporcionan un servicio de mayor calidad y más resolutivo de las necesidades de salud de la población^{15,16} por lo tanto conocer la opinión de los profesionales con respecto al programa, se convierte es un aspecto relevante para asegurar su buen funcionamiento.

La satisfacción de los profesionales con este programa, se ha evaluado con una encuesta diseñada "ad hoc" en el marco de la puesta en marcha de este mismo programa en la Comunidad de Madrid. Se trata de un instrumento probado con anterioridad, es autocumplimentado consta de ocho preguntas con respuestas en una escala de calificación tipo Likert (Anexo IV).

Se ha pasado la encuesta entre los profesionales de los diez Equipos de Atención Primaria en los que se ha puesto en marcha el programa. Han respondido a la encuesta 75 profesionales, lo que supone el 93,6% del total, este alto porcentaje de respuestas se debe a que se aprovechó una reunión con el Equipo para pasar la encuesta.

Resultados de la encuesta de satisfacción de los profesionales:

Pregunta nº1: el 100% de los profesionales afirmaba conocer el programa.

Pregunta nº2: el 79,8% están bastante de acuerdo o completamente de acuerdo en que la puesta en marcha de este programa supone una mejora en la atención de las personas.

Pregunta nº3: 77% bastante de acuerdo o completamente de acuerdo en que facilita la continuidad de los cuidados.

Pregunta nº4: 75,6% bastante de acuerdo o completamente de acuerdo en que este programa ha facilitado la detección de necesidades de cuidados en estas personas.

Pregunta nº5: 73,5% bastante de acuerdo o completamente de acuerdo en que contribuye a aumentar la adherencia terapéutica en estas personas.

Pregunta nº6: el 78,4% bastante de acuerdo o completamente de acuerdo en que contribuye a dar más seguridad a las personas dadas de alta.

Pregunta nº7: un 77% bastante de acuerdo o completamente de acuerdo en que contribuye a dar más visibilidad al trabajo de las enfermeras.

Pregunta nº8: un 86,5% dan una calificación de aprobado o más al programa y el 63,5% por encima de notable.

Solo tres profesionales califican el programa por debajo de cinco.

2.8. Satisfacción usuarios

La satisfacción se considera como un resultado en sí mismo¹⁷ del contacto con el servicio de salud, a la vez que modula la interacción del sujeto con el propio sistema de salud¹⁸. La información sobre la satisfacción de los pacientes se puede utilizar como medida de la calidad de diferentes aspectos del servicio, y ha permitido identificar áreas que presenten déficit desde el punto de vista del receptor del servicio, para adaptarlo a las necesidades de sus destinatarios.

Conocer la satisfacción del usuario, ofrece una medida singular de la capacidad de la organización para responder a las expectativas de los usuarios, y es un predictor de la «adhesión» o «fidelidad» del usuario al prestador del servicio¹⁹, se relaciona con la satisfacción del agente que proporciona el servicio, especialmente en el caso de las enfermeras²⁰, y se ha usado como argumento para legitimar diferentes propuestas de reformas sanitarias en nuestro medio^{21,22}.

La satisfacción de los usuarios se ha evaluado con una encuesta diseñada "ad hoc" en el marco de la puesta en marcha de este mismo programa en la Comunidad de Madrid⁵ (Anexo V). Se trata de un instrumento probado con anterioridad para hacer entrevista telefónica, consta de cinco preguntas y las respuestas con una escala de calificación tipo likert.

Se ha entrevistado telefónicamente a una muestra elegida al azar de 30 personas que habían recibido la llamada telefónica de su enfermera tras el alta, por lo que la primera pregunta de la encuesta, que se refiere precisamente a este aspecto, queda anulada.

La media de edad de los entrevistados fue de 67,3 años (+/- 8,5) de los que 13 eran mujeres y 17 hombres.

Resultados de la encuesta de satisfacción del usuario.

La segunda pregunta hace referencia a si conocían ya a su enfermera, o la han conocido mediante la llamada. El 40 % de los usuarios desconocían tener una enfermera asignada para el seguimiento de sus cuidados.

Los usuarios están bastante de acuerdo o completamente de acuerdo:

Pregunta nº3: El 100% en que el programa supone una mejora en la atención.

Pregunta nº4: El 100% consideran que la llamada supuso una ayuda en el autocuidado.

Pregunta nº5: El 100% en que el programa supone una mejora en la seguridad.

Pregunta nº6: El 100% creen que este programa se debería extender a todo el Servicio Murciano de Salud.

Pregunta nº7: El 100% de los usuarios dan una calificación de sobresaliente (9-10) al programa

La mayoría de los entrevistados, aunque no se preguntaba sobre ello, verbalizaron también sentirse bastante satisfechos con los cuidados recibidos durante su ingreso hospitalario.

2.9. Limitaciones

Los datos que se han evaluado corresponden a datos de proceso, una vez afianzado este programa en los quince EAP que componen el Área VI, será conveniente también evaluar los planes de cuidados que se han abierto y/ o revisado durante el proceso de la continuidad de cuidados de estas personas, las intervenciones, actividades y resultados, para poder tener datos sobre el impacto en salud fruto de esta iniciativa, tal y como plantean otros autores⁵.

Otra limitación consiste en que desconocemos a aquellas personas residentes en el Área de Salud VI y que han sido dadas de alta en otro hospital de la Región.

Se han evaluado solo dos indicadores del total de los previstos al inicio, sobre todo por dificultades derivadas de la herramienta informática. Sería necesario mejorar esta, para poder explotar los campos necesarios para extraer la información, o bien realizar un muestreo para los datos de la próxima evaluación.

Otro elemento interesante para futuras evaluaciones sería realizar un análisis de las llamadas telefónicas, lo que nos permitiría obtener información para adecuar los recursos de que se disponen en los diferentes niveles de atención: horario y número de llamadas a realizar, tipo de encuesta telefónica, días de atención necesarios para cada tipo de intervención y paciente, si el se requiere de seguimiento telefónico solamente o también domiciliario y/o en consulta enfermera...etc.

Como última limitación, la prácticamente inexistencia de líneas de teléfono con salida al exterior, lo que lógicamente dificulta considerablemente la realización de este programa. Sería necesario contar con al menos una línea en los Centros de Salud más pequeños y de una línea por planta en aquellos Centros más grandes y distribuidos en varias plantas.

2.10. Conclusiones

Del análisis de todos estos datos se puede destacar que se está produciendo un contacto telefónico entre la enfermera y el usuario, a las pocas horas de ser dado de alta, lo que ha permitido la detección precoz de necesidades de cuidados en 516 personas y se han realizado, al menos, 556 seguimientos registrados en el protocolo correspondiente.

Tal y como comentamos en el apartado anterior, es necesario disponer de información sobre aquellos aspectos relevantes de todos los indicadores del programa, ya que en estos momentos desconocemos elementos importantes: el número de personas que están citadas en la agenda de la enfermera al día siguiente del alta, tampoco sabemos si las 556 a las que se realiza continuidad de cuidados son solo aquellas que tienen informe de continuidad de cuidados o a qué criterio responde esta situación. Esta información es necesaria para nos establecer las mejoras necesarias en el programa.

Si tenemos en cuenta que el 75% de los reingresos (durante el primer mes tras el alta hospitalaria) son evitables, y que estos suponen el 13% del total de ingresos, podemos realizar una estimación aproximada del problema del que estamos hablando.

Algunos autores^{23,24} señalan una disminución de los costes cuando compara tres modelos de cuidados de enfermería tras el alta hospitalaria: la visita domiciliaria, la llamada telefónica y videoconferencia, y concluye que el seguimiento poshospitalización por teléfono o videoconferencia reduce los ingresos hospitalarios y las visitas a urgencias, pero la videoconferencia no presenta beneficios respecto a la atención telefónica y además es más cara. También hay pruebas de que la llamada telefónica estandarizada realizada por enfermeras permite la continuidad de la asistencia, ya que el paciente consulta de forma directa las dudas y se evalúan las complicaciones que van surgiendo, solucionándolas en la mayoría de las ocasiones sin necesidad de acudir a urgencias hospitalarias^{25,26}. Por lo que el seguimiento telefónico parece la elección más eficiente.

Conocer las necesidades de cuidados de las personas y establecer intervenciones proactivas, permite a la organización sanitaria una mejor gestión de los recursos. En este caso la aportación de la llamada es la inmediatez en la detección de necesidades de cuidados y la oferta proactiva de la enfermera sin que sea necesaria la iniciativa por parte del usuario.

3. Exposición de las razones por las que la candidatura se considera merecedora del premio.

✓ **Programa que aporta un gran valor añadido a la calidad de los cuidados** ya que tiene como primera finalidad, la atención al usuario, y pretende mejorar la accesibilidad, preservar la equidad, aumentar la información al ciudadano, mejorar el trato, mediante la atención personalizada y evitar posibles complicaciones relacionadas con el alta hospitalaria.

✓ **Alineado con las actuales estrategias de atención a la cronicidad** tanto a nivel de nuestra Comunidad Autónoma como a nivel nacional, aunque este programa está dirigido a todas las personas dadas de alta, tanto si su problema de salud es agudo o crónico, cobra especial relevancia en este último grupo de personas, que son las requieren mayores cuidados.

✓ **Satisfacción de los usuarios** tal y como demuestran los resultados de la encuesta de satisfacción de usuarios, estos ven muy positivas este programa basado en el seguimiento telefónico, les hace sentirse mejor cuidados y más seguros tras el alta hospitalaria.

✓ **Satisfacción de los profesionales** este programa también cuenta con la adhesión y satisfacción de los profesionales, aspecto fundamental para su puesta en marcha.

✓ **Cuenta con el apoyo de la organización** desde el momento en que se decide que este proyecto será uno de los objetivos de la Comisión de Cuidados para el año 2015, ya que se ajusta a los valores, la misión y la visión de la organización, se ha contado con el total apoyo tanto de la Gerencia del Área como de la Dirección de Enfermería.

✓ **Fácilmente reproducible:** la facilidad en la reproducibilidad del programa queda demostrada por su propia puesta en marcha, ya que tal y como se mencionó anteriormente en este documento, *es una réplica de otro similar desarrollado en el Área de Salud del Sureste⁵ del Servicio Madrileño de Salud.*

✓ **Coste:** En principio, la puesta en marcha de este programa, no requiere de ningún tipo de inversión económica, salvo que una línea, o en algunos casos dos, de teléfono con salidas al exterior que permitan realizar la llamada al usuario desde el Centro de salud. Algunos estudios demuestran que este tipo de intervenciones disminuyen los costes, no

Subcomisión de Continuidad de Cuidados. Comisión de Cuidados. Dirección Enfermería. Área VI

solo en consumo de recursos sanitarios sino también sociales, como es el caso de las incapacidades laborales.

✓ ***Avalado por la evidencia científica:*** a lo largo de este documento se ha aportado bibliografía que así lo demuestra.

Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado 102 del 29 de abril de 1986.
2. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, 1994.
3. Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia, 7092.
4. Gerencia Área VI. Misión Visión y Valores. Documento interno. Disponible en: <http://intranetmorales/images/docs/inform-general/MISION-VISION.PDF>
5. Calvo-Mayordomo MJ, JA Infantes Rodríguez, C Solano Villarrubia, E Rebollo López, JL Marín Maldonado. La enfermera de AP como garante de la continuidad de cuidados: Intervención proactiva tras el alta hospitalaria. *Risai* 2015; 7(1): 1-7. Disponible en: www.risai.org
6. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado 128 de 29 de mayo de 2003.
7. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado 280 del 22 de noviembre de 2003.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2012). Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid.
9. Servicio Murciano de Salud. (2011). *Estrategia 2015 del Servicio Murciano de Salud*. Recuperado el 24 de junio de 2013 de: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/255748-estrategia2015murciasalud.pdf>
10. Sarabia y Alvarezude, J. (2009). La Enfermería y el Barómetro Sanitario. *Revista de Administración Sanitaria*, 7(2), 207-220.

11. Marco referencial de la Continuidad de Cuidados en el Servicio Madrileño de Salud. 2014. Disponible en: <http://www.madrid.org>.

12. Irani M, Dixon M, Dean J. Care closer to home: past mistakes, future opportunities. *Journal Royal Society of Medicine*. 2007.;100:75-77

13. Bengoa R. Empantanados. Entorno externo cambiante, entorno interno empantanado. Artículo de Revisión. *Risai* 2008;1(1):1-7. www.risai.org.

14. Miguélez-Chamorro, A., Ferrer-Arnedo, C.(2014). La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico. *Enfermería Clínica*; 6(5):190-194. Doi:10.1016//j.enfcli.2013.12.002

15. Robles M, Dierssen T, Martínez E, Herrera P, Díaz A, Llorca J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gac Sanit* 2005; 19: 127-34.

16. Pérez-Ciordia I., Guillén-Grima F., Brugos A., Aguinaga Ontoso I. Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2013 Ago [citado 2016 Jun 22]; 36 (2): 253-262. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000200008&lng=es.

17. Mira J.J., and Aranaz J.: La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: pp. 26-33.

18. Andersen R.M.: National health surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care* 2008; 46: pp. 647-653.

19. Varela Mallou J., Rial Boubeta A., and García Cueto E.: Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria. *Psicothema* 2003; 15: pp. 656-661.

20. Szecsenyi J., Goetz K., Campbell S., Broge B., Reuschenbach B., and Wensing M.: Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ Qual Saf* 2011; 20: pp. 508-514.

21. Repullo J.R.: Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). Público y privado en la sanidad. *Rev Calid Asist* 2008; 23: pp. 83-87.

22. J. Martín-Fernández, G. Ariza-Cardiel, G. Rodríguez-Martínez, M. Gayo-Milla , M. Martínez-Gil , C. Alzola-Martín y M.I. Fernández-San Martín. Satisfacción con la enfermera en atención primaria: herramientas de medida y factores explicativos. *RevCalidAsist.2015;30(2): 86-94doi: 10.1016 / j.cali.2015.01.007*

23. Jerant AP, Azari R, Nesbitt TS. Reducing the cost of frequent hospital admissions for congestive heart failure: a randomized trial of a home telecare intervention. *Med Care*. 2001; 39:1234-45.

24. 3. Jerant AP, Azari R, Martinez C, et al. A randomized trial of telenursing to reduce hospitalization for heart failure: patient-centered outcomes and nursing indicators. *Home Health Care Serv Q*. 2003; 22:1-20.

25. Nodal MJ, Viñoles J, Montón E, Argente P, Traver V. Validation of an m-Health solution for the follow-Up of post-operative patients of ambulatory surgery. *EChallenges e-2010 Conference proceedings*. Paul Cunningham and Miriam Cunnigham (Eds). IIMC International Information Management Corporation, 2010.

26. Jakobsson J. Assessing recovery after ambulatory anaesthesia, measures of resumption of activities of daily living. *Curr Opin Anaesthesiol* 2011;24(6):601-4.

Nuestro agradecimiento a M^a Jesús Calvo Mayordomo. Directora Asistencial Enfermera. Área Sur este. Madrid.

Anexos

Recomendaciones generales para realizar la entrevista telefónica.

De forma general la entrevista debe ser breve, exploratoria de la situación inicial y de oferta de servicios. **Si procede seguimiento se citará al paciente, familiar o cuidador**

Para que la llamada sea efectiva es aconsejable tener información suficiente sobre al paciente al que se va a llamar.

➤ **¿Cuál es esta información?**

- ✓ Informe de alta del Hospital, listado de informes, etc.
- ✓ Historia Clínica en OMI_AP para tener una visión general de la situación del paciente.
- ✓ Motivo del ingreso: ingreso programado, desde urgencias o derivado de AP
- ✓ Últimas visitas. Ver listado de episodios abiertos.
- ✓ Ver próximas citas

➤ **Las fases de las que debe constar toda entrevista**

- ✓ Presentación
- ✓ Explicar el motivo de la llamada
- ✓ Devolver la información que se conoce
- ✓ En función del motivo del ingreso orientar las preguntas y las propuestas
- ✓ de intervención
- ✓ Despedida

Se elaboran tres guiones de entrevista:

Dos en función del motivo del ingreso y un tercero cuando tras el ingreso se produce el éxitus de un paciente conocido (se desestima la realización de la llamada si no se conoce al paciente o al cuidador principal)

Anexo I

1.- Guión de entrevista telefónica a un/a paciente con enfermedad crónica

Presentarse. (Si no le conoce hacer referencia a "no nos conocemos")

- Buenos días/tardes: Soy, su enfermera del centro de salud.
- Decir el motivo de la llamada.
- Me han comunicado del hospital que ha estado usted ingresado/a y le han dado de alta
- Devolver la información que se conoce: Veo que le han ingresado por...

Informarse sobre situación actual. En función del motivo orientar las Preguntas

- ¿Qué tal se encuentra?
- ¿Cómo le ha ido en el hospital?
- ¿Le han cambiado el tratamiento?
- ¿Repasamos el tratamiento para asegurar que todo está bien?
- ¿Tiene claro cómo ha de hacer su régimen terapéutico?
- ¿Tiene alguna dificultad para llevarlo a cabo?
- ¿Necesita algún recurso material de apoyo?

Intentar anticiparse a lo que pueda suceder en función de su situación clínica y ofrecer asesoramiento

- En su situación actual puede que..., o sería posible que le ocurriera...
- Si eso ocurre lo que debe hacer es...

Establecer plan de acción.

- Si le parece le veo en consulta/domicilio (según proceda) el día XXX

Cerrar entrevista. Despedirse

- Nos vemos ese día (si es que se le ha citado)
- Cualquier duda que le surja o cambio en su situación actual, ya sabe que puede contactar conmigo en el teléfono XXX o citarse directamente en mi agenda

Anexo II

2.- Guión de entrevista telefónica a un/a paciente que ha estado ingresado/a por un proceso agudo

_ Presentarse. (Si no le conoce hacer referencia a "no nos conocemos")

- Buenos días/tardes: Soy XXX, su enfermera del centro de salud.
- Decir el motivo de la llamada.
- Me han comunicado del hospital que ha estado usted ingresado/a y ya le han dado de alta
- Devolver la información que se conoce: Veo que le han ingresado por...

_ Informarse sobre situación actual. (En función del motivo orientar las preguntas)

- ¿Qué tal se encuentra?
- ¿Cómo le ha ido en el hospital?
- ¿Le han puesto algún tratamiento?
- ¿Tiene claro cómo ha de hacer su régimen terapéutico? ¿Lo repasamos?
- ¿Tiene prevista alguna visita de seguimiento en el hospital?

_ Intentar anticiparse a lo que pueda suceder en función de su situación clínica y ofrecer asesoramiento

- En su situación actual puede que..., o sería posible que le ocurriera...
- Si eso ocurre lo que debe hacer es...

_ Establecer plan de acción (si procede)

- Si le parece le veo en consulta/domicilio (según proceda) el día XXX
- Ofertar servicios preventivos/promotores si no necesita nada en la actualidad en relación con el proceso por el que ha sido ingresado
 - Aunque en este momento no necesite nada por este motivo, para cualquier otra cosa que precise, puede contactar conmigo o pedir cita en mi consulta (poner ejemplos: dejar de fumar, completar vacunación antitetánica...)

_ Cerrar entrevista. Despedirse

- Nos vemos ese día (si es que se le ha citado) o
- Nos vemos cuando usted considere que puedo ayudarle

Anexo III

Guión de apoyo para la entrevista telefónica a un/a familiar en caso de éxitus de paciente conocido

Marco general: Hay que tener presente que las respuestas del doliente siempre van a ser únicas e individuales, que hay muchos determinantes como el impacto de la pérdida, la relación con el fallecido, la forma de morir, la propia personalidad, la edad, etc.

Lo que se recomienda en estos casos es transmitir que importa realmente lo que ha ocurrido y escuchar activamente. Se debe expresar el pésame al familiar, manifestar la empatía de quien llama con la situación, interesarse por él/ella, dejarle claro que es normal que se sienta así, reforzar su labor como cuidador/a, si procede, y ofrecer la posibilidad de ayudarlo.

Preguntar por el cuidador/a principal o familiar directo.

_ Presentarse

- Buenos días/tardes: Soy XXX, enfermera de D/Dª XXX .
- Decir el motivo de la llamada
- Me han comunicado del hospital que su familiar ha estado ingresado y ha fallecido

_ Empatizar y hacer una pregunta abierta exploratoria

- Siento mucho el fallecimiento de su familiar
- ¿Cómo se siente usted en este momento?
- ¿Necesita que hablemos de lo sucedido?

_ Escuchar activamente, animando a que se expresen los sentimientos y "normalizando" el malestar que se siente

- Es normal que en este momento, que está tan reciente, usted se sienta así
- Reforzar su papel de cuidador/a (si procede)
- Sus cuidados han sido fundamentales...

_ Despedirse. Ofertar ayuda si lo necesita

- Para cualquier cosa que precise ya sabe que puede contactar conmigo en el teléfono del CS o citarse directamente conmigo.

Anexo IV



Encuesta de satisfacción para profesionales

Estimad@ compañer@, tu opinión es muy importante para nosotros. Por ello te pedimos que dediques unos minutos para cumplimentar la presente encuesta sobre el programa denominado "**Continuidad de cuidados, mediante seguimiento telefónico, tras el alta hospitalaria**" que se está llevando a cabo en los Centros de Salud del Área VI.

Centro de Salud al que perteneces: _____

1. ¿Conoces el programa **Continuidad de cuidados, mediante seguimiento telefónico, tras el alta hospitalaria** de llamada telefónica tras el alta hospitalaria?

- Sí No

2. ¿Crees que la puesta en marcha de este programa supone una mejora en la atención de las personas?

- Nada de acuerdo
 Parcialmente de acuerdo
 Bastante de acuerdo
 Completamente de acuerdo

3. ¿Consideras que facilita la continuidad de los cuidados?

- Nada de acuerdo
 Parcialmente de acuerdo
 Bastante de acuerdo
 Completamente de acuerdo

4. ¿Te ha facilitado la detección de necesidades de cuidados en estas personas?

- Nada de acuerdo
 Parcialmente de acuerdo
 Bastante de acuerdo
 Completamente de acuerdo

5. ¿Piensas que contribuye a aumentar la adherencia terapéutica en estas personas?

- Nada de acuerdo
 Parcialmente de acuerdo
 Bastante de acuerdo
 Completamente de acuerdo

6. ¿Piensas que contribuye a dar más seguridad a las personas tras ser dados de alta?

- Nada de acuerdo
 Parcialmente de acuerdo
 Bastante de acuerdo
 Completamente de acuerdo

7. ¿Piensas que contribuye a dar más visibilidad al trabajo de las enfermeras?

- Nada de acuerdo
 Parcialmente de acuerdo
 Bastante de acuerdo
 Completamente de acuerdo

8. Expresa del 1 al 10 tu grado de recomendación de esta línea de trabajo

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Anexo V



Encuesta de satisfacción para usuarios

Buenos días/tardes, mi nombre es.....Le llamo en nombre de la Dirección /Subdirección enfermería del Área VI. ¿Podría hablar, por favor, con (nombre del paciente)?

Recientemente se ha puesto en marcha una iniciativa para que las enfermeras de los Centros de Salud llamaran por teléfono a las personas que han sido dadas de alta del hospital. Estamos haciendo ahora una encuesta para conocer su opinión sobre esta iniciativa. Ha estado usted ingresado, ¿verdad?

1. ¿Recibió usted una llamada telefónica de su enfermera tras ser dado de alta del hospital?

Sí No

En caso afirmativo continuar con la encuesta. En caso negativo solo pregunta 2.

2. ¿Conocía usted ya a su enfermera antes de esa llamada?

Sí No

En una escala del 1 al 4, ¿nos podría decir en qué medida esta usted de acuerdo con los siguientes aspectos?: teniendo en cuenta que 1 es nada de acuerdo, 2 algo de acuerdo, 3 bastante de acuerdo y 4 Completamente de acuerdo.

3. ¿En términos generales, está de acuerdo en que la llamada de la enfermera supuso una mejora en la atención de su proceso después de que le dieran el alta?

Nada de acuerdo
 Parcialmente de acuerdo
 Bastante de acuerdo
 Completamente de acuerdo

4. ¿Piensa que el que le llamara su enfermera, al darle el alta le ayudó a saber mejor lo que tenía usted que hacer?

Nada de acuerdo
 Parcialmente de acuerdo
 Bastante de acuerdo
 Completamente de acuerdo

5. ¿Piensas que esta llamada al alta ha contribuido a que se sintiera más seguro una vez que ya estaba en su domicilio ?

Nada de acuerdo
 Parcialmente de acuerdo
 Bastante de acuerdo
 Completamente de acuerdo

6. ¿Recomendaría que esto se hiciera con todos los pacientes, que son dados de alta en la Región de Murcia?

Nada de acuerdo
 Parcialmente de acuerdo
 Bastante de acuerdo
 Completamente de acuerdo

7. Exprese del 1 al 10 la calificación que le da al programa, siendo 1 la mínima y 10 la máxima recomendación.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

