

Percepción del Informe de Continuidad de Cuidados al alta quirúrgica en Enfermería.

Perception of the Continuity of Care Report to the discharge in Surgical Nursing.

Autor: Sonia Sánchez Aragón (1)
Tutor del trabajo: Luisa Torrijano (2)
Dirección de contacto: sonits13@gmail.com
Fecha recepción: 16/10/2018
Aceptado para su publicación: 18/02/2018
Fecha de la versión definitiva: 09/05/2018

Resumen

Objetivo principal: Conocer las percepciones del personal de Enfermería con respecto a la continuidad de cuidados de los pacientes al alta en la Planta de Cirugía del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. **Metodología:** Se ha realizado un estudio fenomenológico hermenéutico utilizando la metodología cualitativa, a través de la entrevista abierta en profundidad hasta alcanzar el concepto de saturación. Otras herramientas utilizadas con el Diagrama de Ishikawa y el Brainstorming. Para la codificación se ha utilizado MAXQDA. **Resultados:** Los profesionales de enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia han destacado sobre todo la escasez de canales de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada con respecto al Informe de Continuidad de Cuidados (ICC). También han señalado la escasez de recursos informáticos y problemas para transcribir la información, así como el desconocimiento de la evidencia existente con respecto al ICC y sobrecarga de trabajo. **Conclusión:** El Informe de Continuidad de Cuidados al alta quirúrgica aumenta la seguridad del paciente, permite la implicación del núcleo paciente-familia, evita reingresos y muestra el rol autónomo de responsabilidad del personal de enfermería ante esos cuidados. Ofrecer esta continuidad resulta complejo debido a la variabilidad en la práctica clínica, escasos canales de comunicación en Atención Primaria y Especializada y la compartimentalización de los servicios.

Palabras clave

Continuidad de la Atención al Paciente; Enfermería; Documentación; Informe de Continuidad de Cuidados, Cirugía, Análisis Cualitativo.

Abstract

Main objective: To know the perceptions of nursing staff with respect to the continuity of patient care at discharge in the Surgery Plant of the Hospital Nuestra Señora de Gracia in Zaragoza. **Methodology:** The qualitative methodology has been used, through the open interview in depth until reaching the concept of saturation. Other tools used with the Ishikawa Diagram and Brainstorming. MAXQDA was used for the coding. **Results:** The nursing professionals of the Hospital Nuestra Señora de Gracia have highlighted the scarcity of communication channels between Primary Care and Specialized Care with respect to the Continuity of Care Report (CCI). They have also pointed out the scarcity of computer resources and problems to transcribe the information, as well as the ignorance of the existing evidence regarding the ICC and work overload. **Conclusion:** The Continuity of Care Report on surgical discharge increases patient safety, allows the involvement of the patient-family nucleus, prevents readmissions and shows the autonomous role of responsibility of the nursing staff in the face of such care. Offering this continuity is complex due to the variability in clinical practice, few communication channels in Primary and Specialized Care and the compartmentalization of services.

Key words

Continuity of Patient Care, Nursing, Documentation, Continuity Care Report, Surgery, Qualitative Analysis.

Categoría profesional

(1) Enfermera de cirugía en Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.; (2) Médico especialista en medicina familiar y comunitaria y en medicina preventiva y salud pública. Coordinadora de equipos de SESCAM.

INTRODUCCIÓN

Según Carpenito (citado por Hellin) "La planificación al alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de cuidados sanitarios y de asistencia social antes y después del alta. Requiere una acción coordinada y de colaboración entre los distintos profesionales de la salud del centro y la comunidad en general" (1). Se inicia durante la hospitalización del paciente y finaliza con la elaboración de un informe a todos los pacientes que al abandonar el hospital precisen cuidados enfermeros y sean transferidos a otros niveles asistenciales. Además, establece una vía de comunicación que contribuye a potenciar y clarificar el papel del profesional de enfermería en la población a la que atiende" (2,3).

Talamantes y Cilleros resaltan en sus respectivos artículos que el objetivo de planificar el alta es la continuidad de la asistencia; este concepto se refiere al mecanismo por el cual el paciente es remitido desde un marco asistencial a otro con el objetivo final de su reincorporación a la sociedad (4,5). Además, especifican que la planificación del alta es un proceso que exige la transdisciplinariedad entre los equipos de salud que atienden al paciente para garantizar la eficacia en la continuidad de los cuidados (6).

Por tanto, el objetivo de planificar el alta de enfermería es potenciar la continuidad de la asistencia que consiste en proveer unos servicios de salud, en este caso cuidados, coordinados y sin fracturas, mediante la coordinación de enfermería y el resto del equipo interdisciplinario (7). Así, se consigue que el paciente reciba los servicios necesarios tras el alta para conseguir los objetivos que se pretenden con ella (6,8).

Desde el principio, la comunicación entre profesionales ha supuesto un reto para los Servicios Autonómicos de salud. La Ley General de Sanidad de 14/1986 estableció dos niveles de asistencia sanitaria interconectados entre sí, la Atención Primaria y la Especializada (10). Desde que ese establecieron dichos niveles, el reto del sistema sanitario ha perseguido alcanzar la continuidad asistencial, siendo necesario un instrumento que la garantizase. Por tanto, resulta necesario establecer una herramienta que garantice la continuidad asistencial. En este contexto histórico, surge el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) (9).

Así, el ICC de enfermería al alta hospitalaria es el documento que cierra el proceso de atención de enfermería iniciado al ingreso del paciente en un centro hospitalario; puesto que comunica información acerca

de dicho paciente entre los dos niveles de asistencia existentes en nuestro Sistema Sanitario (2,8). El informe va dirigido al paciente y al personal de enfermería de Atención Primaria, por lo que se ha de tener en cuenta que la información va a ser leída tanto por profesionales, como por el paciente y su familia (12,17).

El ICC también se define del siguiente modo: "Se trata de un documento escrito en el que se reflejan todos los cuidados que le enfermo tiene que conocer para conseguir una total reincorporación la vida cotidiana así como los datos que necesitan otros profesionales para dar una continuidad a los cuidados recibidos en el hospital" (2,9).

Desde el punto de vista legal, la Ley General de Sanidad de 1986 regula todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución. Por ello, queda recogido en el artículo 10.11 de dicha ley que: los usuarios tienen derecho "a que quede constancia por escrito de todo su proceso. A finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de Alta". Por otro lado, el artículo 18.16 establece la necesidad de control y mejora de la calidad asistencial en todos sus niveles (10).

También, la importancia de el ICC queda corroborado en la Ley 41/2002 de 14 Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En dicha ley, se establece que: "los registros de enfermería son fundamentales para garantizar la continuidad y calidad en los cuidados de los pacientes, facilitar la comunicación entre los profesionales, desarrollar la investigación y colaborar en la docencia" (11). Algunos autores como Ducharme insisten en la necesidad de trabajar los registros como modelos o marco conceptuales, pues ello permite a los profesionales de enfermería precisar su contribución al campo de la salud y mostrar a la sociedad la naturaleza de nuestra profesión (10,11).

Por otro lado, El Real Decreto 1093/2010 del 3 de septiembre, aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. En él se habla de Informe de Cuidados de Enfermería como término adecuado para referirnos al mismo (12).

Pero no solo existe legislación en cuanto a la necesidad de un informe escrito que recoja todo el proceso que ha experimentado el paciente y los cuidados que necesita para su total recuperación al ser dado de alta sino que también se recoge en el BOE los contenidos mínimos que debe contener (12,13,14).

Así, el contenido del ICC consensuado con los diferentes niveles debe registrar ítems con información mínima acerca de (14):

- Filiación e identificación del paciente.
- Filiación e identidad de la persona cuidadora.
- Domicilio y números de teléfono actualizados y referidos al alta hospitalaria.
- Motivo de ingreso y/o diagnóstico médico.
- Fecha ingreso y alta.
- Motivo de alta.
- Antecedentes personales.
- Resumen de valoración inicial y al alta.
- Diagnóstico de enfermería NANDA (problemas de colaboración y autonomía si se adopta modelo de Virginia Henderson).
- Objetivos NOC y evaluación de sus indicadores.
- Intervenciones NIC y/o actividades principales.
- Recomendaciones y observaciones.
- Identificación de la unidad o servicio emisor y centro sanitario.
- Identificación de la enfermera referente y de la firmante si no fuera esta junto a su categoría profesional.

Aparte de esta legislación existente, otro elemento fundamental en el éxito de la continuidad de cuidados es la comunicación entre los distintos servicios y unidades de un hospital. El ICC es un registro que puede ser un buen instrumento para ello. En la elaboración del ICC; se fomenta la autonomía, el reconocimiento socio-profesional de la profesión enfermera y se potencia la coordinación y la comunicación en un mismo nivel (7,14). El informe de alta ha de recoger y transmitir información suficiente y actualizada para que otros profesionales asuman sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente y les pueda servir de ayuda a la hora de realizar su propia valoración. La importancia y necesidad de este informe es necesaria cuando el usuario sale de alta del hospital y sigue teniendo la necesidad de cuidados de enfermería; y para informar de los cuidados proporcionados durante la asistencia sanitaria (15,16).

Otros autores, resaltan a López Montesinos que indica que el formato de este informe debe ser estandarizado y consensuado entre los integrantes de los distintos niveles asistenciales que lo utilizan. Para facilitar la legibilidad debe ser informatizado lo que además supondría un fácil acceso para su análisis, auditorías e investigaciones posteriores. Donde no hay historia digital, su expedición tiene que ser física, mediante impresión y almacenaje en la historia clínica, entregándose en mano al paciente y sería recomendable utilizar el entorno virtual mediante correo electrónico corporativo, como vía rápida y segura de hacerlo llegar al profesional de referencia a quien va dirigido (17,18).

Egea González realizó un estudio descriptivo y transversal en la unidad de Urología de la Fundación Hospital Alcorcón, en el que se valoraba la opinión y realidad del informe de alta de enfermería en el Servicio de Urología (6). También Sierra Talamantes, a través del estudio longitudinal y cualitativo la satisfacción de Enfermería respecto al Informe De Continuidad de Cuidados en Unidad Coronaria (5). Cruzado Alvarez y Torres Navarro, muestran estudios descriptivos transversales que reflejan la valoración del Informe de Continuidad de Cuidados por Enfermeras de Atención Primaria (8).

Por tanto, en función de los resultados de los estudios expuestos, es necesario tener en cuenta que La actividad quirúrgica hospitalaria, coloca a las personas en una situación vulnerable, desde el punto de vista biopsicosocial, por lo tanto, es necesario establecer un plan de cuidados para el paciente quirúrgico. El proceso quirúrgico, abarca distintas fases, por tanto es necesaria una planificación de cuidados en base a un Plan de Cuidados para cada una de las principales fases: preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio inmediato y postoperatorio tardío (18). Todo este proceso de estandarización se encuentra estructurado bajo el proceso enfermero y, como el resto, influye en el éxito del mismo. Por ello, también es preciso valorar su importancia aunque el paciente ya no se encuentre en el medio hospitalario (19,20).

Este trabajo se va a centrar, en la Unidad de Cirugía del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, perteneciente a la Comunidad Autónoma de Aragón. El Sistema Sanitario de la Comunidad de Aragón se divide principalmente en 3 sectores, El Sector Sanitario de Zaragoza 1 abarca una población de 188 539 habitantes. Este Sector incluye 13 zonas de salud, cada una de las cuales está dotada de su correspondiente centro de salud y de

los consultorios locales necesarios para la prestación de una asistencia sanitaria primaria adecuada a las necesidades de salud de la población y a las características sociodemográficas de cada zona de salud. En todas ellas, la atención es prestada por el Equipo de Atención Primaria y sus correspondientes unidades de apoyo. Además, en el Sector 1 de Zaragoza están localizados los siguientes recursos de Atención Especializada: Hospital Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia y el Centro de Especialidades Grande Covián principalmente.

La unidad alberga, principalmente, pacientes de dos especialidades: Cirugía General y Ginecología. Se realizan intervenciones quirúrgicas que requieren corta estancia, y hay un gran volumen de pacientes que pasan por la Unidad. En el año 2015 hubo un total de 647 ingresos de la especialidad de cirugía general y 725 de la especialidad de Ginecología. En el año 2016, aumentó dicha cifra y hubo 711 ingresos correspondientes a Cirugía General y 767 de la especialidad de Ginecología.

El ICC de la Unidad de Cirugía del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza se informatizó a finales del año 2014. Dicho informe consta de diversas partes. En primer lugar, en la cabecera del mismo se incorporan los datos del paciente, a continuación hay un apartado de datos generales donde se establece el motivo de ingreso/derivación, índice de Barthel, destino, persona de referencia y contacto y alergias/intolerancias. Posteriormente, se establecen subapartados en base a las catorce necesidades de Virginia Henderson. Por último se incluye un apartado de tratamiento farmacológico, medicación y materiales entregados al alta así como un apartado de recomendaciones; así como la firma de enfermera con el teléfono y extensión de la unidad hospitalaria. (ver Anexo 1).

Al analizar los informes de continuidad de cuidados, se ha observado una disminución en la cumplimentación de los mismos; pasando del 40% en el año 2015, al 32% en el año 2016, detectándose por tanto, una oportunidad de mejora, donde es necesario detectar la percepción que poseen los profesionales de enfermería de dicha unidad.

Objetivo general:

Conocer las percepciones del personal de Enfermería con respecto a la continuidad de cuidados de

los pacientes al alta en la Planta de Cirugía del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

Objetivos específicos:

Identificar factores para potenciar el grado de cumplimentación del Informe de Continuidad de cuidados en el Servicio de Cirugía del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

Explorar el nivel de conocimientos con respecto al Informe de Continuidad de Cuidados del Servicio de Cirugía del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio de tipo fenomenológico hermenéutico. El autor del artículo ha participado como observador participante. La técnica principal utilizada en el estudio ha sido la entrevista abierta en profundidad (con el fin de obtener la máxima información posible) a la totalidad del personal de enfermería de la plantilla de la Planta, 12 personas en total (Ver Anexo 2). La duración de las entrevistas fue superior a media hora, hasta alcanzar el concepto de saturación. Además, se han utilizado otras herramientas como el Diagrama de Ishikawa y el Brainstorming (con el fin de que el propio personal participase en la identificación de las causas del problema de mejora). Se han elegido estas herramientas, ya que permite incentivar la creatividad, buscar soluciones o nuevas ideas.

El estudio se ha llevado a cabo fuera del ambiente hospitalario para tener mayor privacidad y evitar distracciones durante la ejecución del mismo. Una vez alcanzado el concepto de saturación se procedió al análisis de los datos obtenidos. Para la interpretación de los datos, se ha utilizado el programa MAXQDA que permitió establecer relaciones de códigos para focalizar los aspectos más importantes recabadas en la técnica de entrevista abierta y facilitar la categorización.

RESULTADOS

La información obtenida mediante Brainstorming del personal de enfermería de la Unidad con respecto al descenso de la cumplimentación de los informes de continuidad de cuidados, se unificó a través del Diagrama de Ishikawa.

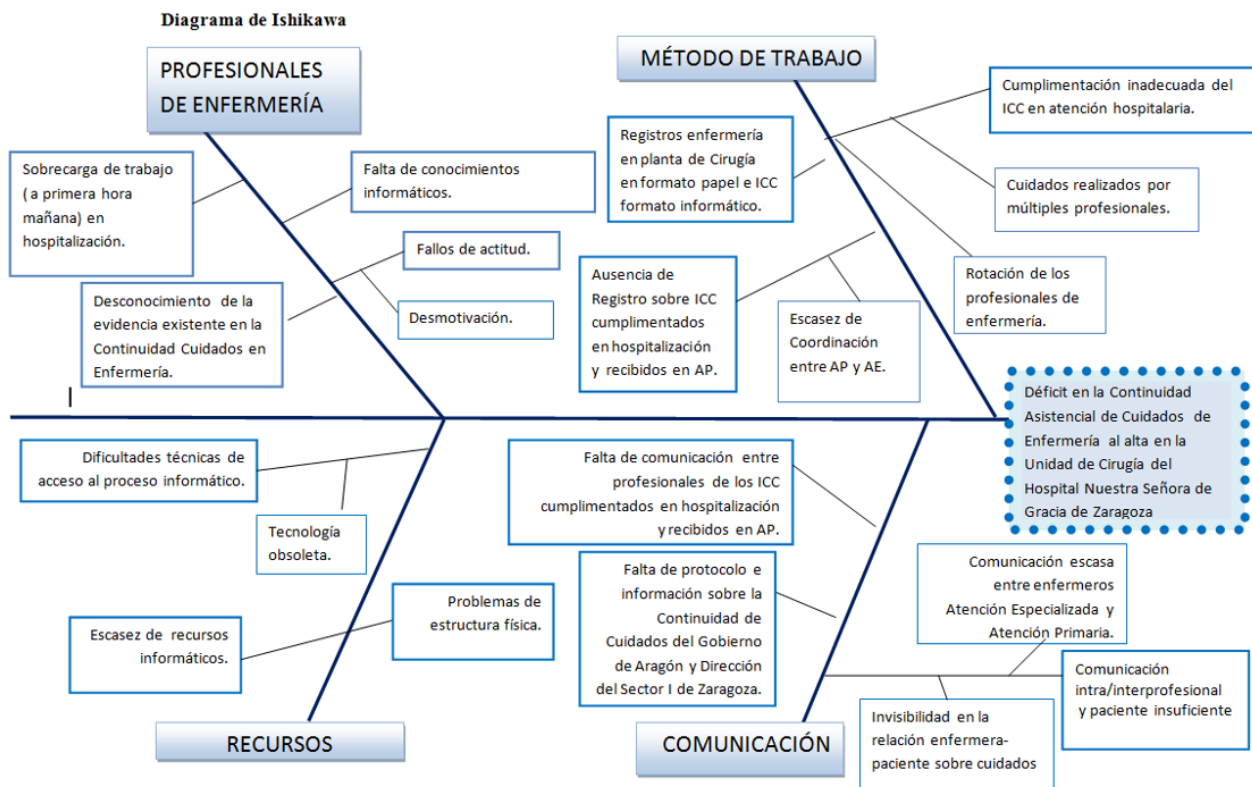


Figura 1. Diagrama de Ishikawa

Así, posteriormente tras llevar a cabo las entrevistas individuales y analizarlas con el programa MAXQDA, se han codificado las entrevistas y estructurado los resultados obtenidos en 4 categorías: profesionales de enfermería y método de trabajo, recursos, comunicación y contenido del informe.

Con respecto a los profesionales de enfermería y el método de trabajo, se destaca en las entrevistas analizadas la existencia de desmotivación, desconocimiento de la evidencia existente con respecto al ICC y sobrecarga de trabajo. Además se puntúa que los cuidados de enfermería son realizados por múltiples profesionales, y que es en el mismo día de alta cuando se realiza el ICC y este es llevado a cabo por un sólo profesional de Enfermería.

ENF1: "Tenemos mucha sobrecarga de trabajo, y por la mañana se realizan los pases de visita médica, las curas, algunos ingresos de personas que van a operar esa misma mañana.... muchas veces se rellena el informe de continuidad de cuidados deprisa porque si no da tiempo de atender a los pacientes"

ENF5: " El Informe de Continuidad de Cuidados lo realizamos solo una sola enfermera. Nosotras vamos a turnos, entonces si no has coincidido con el paciente días anteriores porque te ha tocado llevar otra parte de la planta, es necesario leer en profundidad las observaciones de enfermería para saber la evolución de dicho paciente"

El fin último del ICC es comunicar al paciente y al personal sanitario los cuidados para poder llevar a cabo esa continuidad y favorecer la pronta recuperación del estado de salud del paciente. También se destaca la importancia del ICC como instrumento para visibilizar los cuidados y el trabajo enfermero.

ENF2: "Lo más importante es que el paciente comprenda la información que le decimos, para fomentar su autonomía al alta..."

ENF 3: "El informe de continuidad de cuidados yo creo que es muy importante ya que visualiza la labor que hacemos en el día a día"

En lo que se refiere a los recursos informáticos, se señala sobre todo, las escasez de recursos informáticos en momentos puntuales del turno de mañana cuando es necesario imprimir tratamientos de los pacientes así como llevar un adecuado registro de la dietas. El personal de enfermería entrevistado, recalca la necesidad de transcribir la información, ya que el ICC está en formato electrónico y los registros de enfermería en formato papel, dando lugar en alguna ocasiones a la pérdida de información relevante a la hora de realizar dicha transcripción.

ENF 4: " A la hora de rellenar el informe de continuidad de cuidados, tenemos que transcribir la información de observaciones de enfermería a formato electrónico, a veces no es posible leer la totalidad de las observaciones de enfermería y se pierde información al transcribir la información"

ENF12: " Por la mañana es cuando los ordenadores están más solicitados porque es necesario imprimir los tratamientos de los pacientes que acaban de ser operados, establecer las dietas que van a seguir y además realizar los informes de continuidad de cuidados.. hay veces que no hay ordenadores suficientes y es necesario turnarse y esperar".

En tercer lugar, con respecto a la comunicación, la totalidad de personal de enfermería entrevistado ha destacado los escasos canales de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada e incluso se ha apreciado si la necesidad de establecer un registro con el fin de controlar la cantidad de informes emitidos al alta quirúrgica en la planta y recibidos por el personal de Atención Primaria. Se nombra a la enfermera gestora de casos para gestionar el papel de pacientes crónicos o con más complicaciones.

ENF7: " Cuando hacemos el informe y lo entregamos a la familia luego no sabemos si ese informe se entrega a la enfermera de Atención Primaria, no sabemos qué pasa con él..."

ENF 9: " Le explicamos al paciente los cuidados que tiene que llevar al cabo al alta, pero no existe ninguna comunicación con la enfermera de Atención Primaria... cuando existe un paciente complejo o pluripatológico, si que existe la Enfermera Gestora de casos a la que avisamos para continuar con los cuidados, pero eso no ocurre con todos los pacientes".

El ICC de la planta quirúrgica del Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia, está basado en las catorce necesidades de Virginia Henderson. Con respecto a su contenido, los profesionales de enfer-

mería comprenden que es un modelo común para la totalidad del centro hospitalario, sin embargo entienden que es necesario crear otros apartados, como por ejemplo dedicados a cuidados quirúrgicos o con información al alta que esté en interconexión con la satisfacción de dichas necesidades. Además también se nombra la necesidad de crear un informe de continuidad de cuidados postquirúrgico con el fin de recopilar en una hoja la información relevante que luego se puede plasmar en el informe de continuidad de cuidados.

ENF 8: " Yo creo que el informe da una información importante al paciente al alta, pero en el caso de una planta quirúrgica creo que también es necesario que se pueda rellenar algún aspecto importante, como por ejemplo, si el paciente se va con un sondaje vesical a casa, que tipo de sonda es y cuál es la fecha de su colocación."

ENF10: " Creo que el informe de continuidad de cuidados debería recoger información sobre cuándo se han retirado los drenajes tras una operación, si el paciente posee una úlcera por presión registrar la periodicidad de las curas"

ENF 11: "...En ocasiones que el paciente se va de alta con alguna colostomía, y en el informe de continuidad de cuidados existe poco espacio para redactarlo ya que sólo permite marcar si el paciente posee incontinencia o no creo recordarlo.."

ENF 5: " Los cuidados los realizamos muchos compañeros. Cuando el paciente está ingresado son varias enfermeras las que le atienden por turno, por lo tanto crear una hoja que nos permita anotar los aspectos más importantes que le ocurren al paciente en el postoperatorio nos permitiría recopilar la información importante para luego poderla plasmar en el informe.... Además también permitiría controlar si se producen algunas complicaciones tras la cirugía".

DISCUSIÓN

Existen diversos estudios cuantitativos sobre el sobre el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC), tales como el realizado por Cruzado Álvarez en el que se realiza un estudio descriptivo transversal sobre la valoración del ICC por las enfermeras de Atención Primaria en el que se concluye que es necesario fomentar las comisiones de cuidados con el fin de favorecer el flujo de información interniveles (8).

También existen otros estudios evalúan la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el

usuario interno y externo, como el realizado por Ube Pérez. En el que se constata la necesidad por parte de ambos usuarios, la utilidad de un informe de enfermería al alta hospitalaria que contribuye a la mejor continuidad y equidad en los cuidados enfermeros (25).

Con respecto al ámbito cualitativo, destaca el estudio realizado por Gonzales-Llinaresa sobre la Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. En dicho estudio, se destaca la importancia de que "Los pacientes que, con independencia de su proceso o diagnóstico médico, necesitan continuidad de cuidados en el ámbito asistencial primario son los que en el alta tienen alguna indicación establecida en el grupo de necesidades humanas y herida quirúrgica". Además, dicho resultado "permite a las enfermeras, las organizaciones y las agencias financiadoras homogeneizar la práctica clínica sustentada en: la toma de decisiones basadas en la opinión, experiencias de los profesionales, revisión sistemática de la bibliografía e investigación y permite una evaluación de la efectividad del proceso"(26).

Sin embargo, no se ha encontrado ningún estudio cualitativo de tipo fenomenológico con la técnica de entrevista abierta, realizado a profesionales de enfermería que desarrollan su ámbito profesional en una planta quirúrgica con respecto al Informe de Continuidad de Cuidados. Cabe destacar, que los resultados de este estudio no son extrapolables a otros contextos. Aunque cada unidad de hospitalización posee un método de trabajo propio, si que dentro de la misma unidad de hospitalización (en este caso quirúrgica) es posible aplicar dichos resultados o tomarlos como referencia.

Los resultados de estudio revelan la necesidad de crear un circuito o sistema de coordinación a lo largo de la asistencia, estableciendo los responsables o referentes del proceso en el nivel que se sitúe y evaluar cada situación para poder mejorar. Por otro lado, también es necesario potenciar un canal de comunicación efectivo, entre la enfermería de atención hospitalaria y la enfermería de Atención Primaria, donde el paciente sea el eje central y tome parte activa en el proceso para garantizar una continuidad de cuidados y favorezca la atención desde una visión holística. Teniendo en cuenta que, a la hora de establecer este canal de comunicación, las enfermeras de atención hospitalaria son una de las piezas clave en este proceso, ya que son las que inician ese proceso de comunicación al realizar el Informe de Continuidad de Cuidados al alta.

En segundo lugar, los resultados obtenidos evidencian que a la hora de realizar los informes en la planta; es necesario tener en cuenta que la enfermera que va en ese turno de mañana, es la que realiza el informe de continuidad de cuidados y explica las pautas a seguir al paciente el día que es dado de alta. Sin embargo, son varios profesionales los que proporcionan asistencia sanitaria a lo largo de la estancia en el hospital del paciente, y aunque existen hojas de registro de enfermería, es difícil la elaboración del ICC a partir de esos registros, ya que en ellos puede no aparecer información esencial y clave a primera vista, siendo muchas veces es necesario releer las observaciones de enfermería. Por ello, es necesario valorar la creación de una hoja de registro de continuidad de cuidados postquirúrgico donde se recopile la información más relevante por parte de los profesionales de enfermería de cada turno, y que evite la pérdida de información relevante a la hora de realizar el ICC. Talamantes, también concluye en su estudio la importancia del registro del ICC al alta ya que garantiza la continuidad de cuidados al ser un documento legal estandarizado que aporta una visión global, rápida y clara del estado del paciente(5).

Por otro lado, en lo que respecta a Atención Primaria, se desconoce si estos profesionales reciben el informe correctamente; y por tanto es necesario crear registros para controlar dicha recepción, así como valorar de manera cualitativa y cuantitativa la opinión del paciente con respecto al ICC. En los resultados del estudio realizado se han evidenciado los escasos canales de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada y se ha formulado como solución la elaboración un registro de ICC para controlar el flujo de información entre la enfermería de atención especializada y la enfermera de atención primaria. En concordancia, el estudio de Egea Gonzalez considera preciso unificar los criterios para la realización del ICC con el objetivo principal de alcanzar una comunicación eficaz entre los diferentes niveles asistenciales (6).

Los resultados también han evidenciado la sobrecarga de trabajo, la escasez de recursos informáticos y el desconocimiento de la evidencia existente con respecto al ICC, por lo tanto, estos aspectos se podrían valorar en estudios posteriores y contrastar si dichos aspectos se producen en otras unidades de otros Servicios de Salud.

El informe de Continuidad de Cuidados al alta quirúrgica, es una herramienta útil que ayuda a favorecer el flujo de información interniveles y con el paciente. Su adecuada implementación es algo

buscado desde hace tiempo pero sin conseguir el éxito deseado a pesar de los esfuerzos. Por ello es necesario tener en cuenta la opinión de los profesionales de enfermería que participan en la elaboración y recepción del informe.

El Informe de Continuidad de Cuidados al alta quirúrgica aumenta la seguridad del paciente, permite la implicación del núcleo paciente-familia, evita reingresos y muestra el rol autónomo de responsabilidad del personal de enfermería ante esos cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Hellin Gil F. Mejora en la recepción de los informes de continuidad de cuidados en el área 1 murcia-oeste.2012 (Consultado el 15 de abril de 2017). Disponible en: https://www.um.es/calidadsalud/TRABAJOS%20FINALES/FUENSANTA%20HELLIN/M%20C2%AA%20Fuensanta%20Hellin%20_Definitivo_.%20TFM%20%20MEJORA%20EN%20LA%20RECEPCI%20%20%20DE%20LOS%20INFORMES%20DE%20CONTINUIDAD%20DE%20CUIDADOS%20EN%20EL.pdf
- Martínez Vidal LE, Cantero González ML. Informe de cuidados en enfermería: revisión de su situación actual. *Enferm Global*.2013;12(32):336-345.
- Carpenito LJ. Diagnósticos de Enfermería: aplicaciones a la práctica clínica [Internet]. Madrid [etc.]: McGraw-Hill Interamericana; 2003 [citado 24 may 2014]. Disponible en: http://catalogue.urv.cat/record=b1174146~S13*cat
- Cilleros ER, Velasco Montes J, López Alonso JC. "Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización." *Nuberos Científica*. 2013. (Consultado el 15 de abril de 2017). Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/viewFile/63/60>
- Talamantes CS, Chuliá VS, Poveda MF, Izquierdo AM, Andrés MP, Hernández EG, et al. Continuidad de cuidados: alta de enfermería. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*.2007(41):35-40.
- González, SC Egea, and Ana Mª Bravo Esteban. "Opinión y realidad del informe de alta de enfermería en el Servicio de Urología." *Enfuro* 104 (2007): 6-10.
- Gómez CC, Flors TP, Bernabeu MG. Análisis informe continuidad de cuidados según criterio enfermero. *Enfermería Global*.2008;7(1).
- Cruzado Álvarez C, Bru Torreblanca A, González Peral R, Aída Otero S. Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de atención primaria. *Revista Cardiológica*.2008;45:21.
- Torres Navarro M, Cazorla Pérez AJ, Fernández Ayala JC, Fernández Lozano G, Gil Milán ML. ¿Qué opinan los enfermeros de Atención Primaria de los informes de enfermería al alta hospitalaria? *Enf. Cient*.2000;222-223:6-10.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (L.G.S). BOE,29 de abril de 1986, num.102,p15207-15224.(Consultado 16 mayo 2017).Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y obligaciones en Materia de información y Documentación clínica. BOE núm. 274, p 40126 a 40132.(Consultado 21 abril 2017). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002-11-15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm 225, p 78742 a 78767. (Consultado el 11 de mayo de 2017). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>
- Martínez Ramos M. Evaluación y mejora del proceso de alta hospitalaria. 2014. (Consultado el 13 de Marzo de 2018). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/36417>
- de Paz D, Galdeano N, Garrido M, Martín R, Morales JM. Continuidad de cuidados entre Atención especializada y Atención primaria." Comisión para el desarrollo de la enfermería en el Servicio Andaluz de Salud.2003. (Consultado el 15 de abril de 2017). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0229.pdf>
- Chaparro L, García DC. Registros del profesional de enfermería como evidencia de continuidad del cuidado. *Actual.enferm*.2003;6(4):16-21.
- Dasí MJ, Rojo E. Continuidad de los cuidados de en-

- fermería: necesidad de coordinación entre niveles. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2000;3(2):27-33.
17. Esteo Agüero S, Paravic Klijn T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Ciencia y enfermería.2010;16(3):33-39.
 18. Jódar-Solà G, Cadena-Andreu A, Parellada-Esquius N, Martínez-Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. Atención primaria 2005;36(10):558-562.
 19. Juárez RG, Cebada LF, de Vaca Pedrosa, María José Cabeza, Soriano AP, Vallejo JJM, Pérez IJ. La asignación de Enfermería Primaria; una forma de gestionar los cuidados en Atención Especializada. Revista de Administración Sanitaria 2004;2:751-762.
 20. Vallejo JCB, Becerra FP, Hervás JC. Planificación de cuidados en el paciente quirúrgico. Inquietudes: Revista de enfermería 2007;13(36):4-16.
 21. Cilleros ER, Montes JV, Alonso JCL. Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización. Nuberos Científica.2013;2(8).
 22. IAEST: Instituto Aragonés de Estadística [Internet].(Consultado el 5 abril 2017). Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServicios-Sanitarios/OrdenacionSanitaria/MapaSanitario/SECTOR_ZARAGOZA_I_2007.pdf
 23. Lyla Fedman et al. La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. Rev Calidad Asistencial 2007;22:133-40.
 24. SALUD: Servicio Aragonés de Salud [Internet]. (Consultado el 17 de junio de 2017). Disponible en: http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/paginas-libres/portal-sector/sector-zaragoza-ii/1083c_atencion-primaria.html
 25. Pérez, Jose Manuel Ubé, et al.Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. 2006; 24.
 26. González-Llinares, M. R., Aramburua, I., & de Ocendab, M. J. R. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. Revista de Calidad Asistencial.2002;17(4), 232-236.

ANEXOS

Anexo 1. Informe de continuidad de cuidados de la unidad de cirugía del hospital nuestra señora de gracia de Zaragoza.

salud
servicio aragonés de salud

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Ramón y Cajal, 60.
50004 Zaragoza

1.º Apellido _____
2.º Apellido _____ N.º Seguridad Social _____
Nombre _____ N.º Historia _____
F. Ingreso _____ F. Alta _____ Unidad _____
F. Nacimiento _____ Edad _____ Cama _____

CONTINUIDAD DE CUIDADOS

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

DATOS GENERALES

MOTIVO DE INGRESO/DERIVACIÓN _____
 INDICE DE BARTHEL: ☐ <20 DEPENDIENTE TOTAL ☐ 25-35 GRAVE ☐ 40-55 MODERADA ☐ > 60 LEVE ☐ 100 INDEPENDENCIA (96 SILLA RUEDAS)
 DESTINO A: HOSPITAL ☐ DOMICILIO ☐ TRASLADO A OTRO CENTRO ☐
 PERSONA DE REFERENCIA/TELÉFONO DE CONTACTO _____
 ALERGIAS/INTOLERANCIAS SI ☐ CONTRASTE YODADO _____ NO CONOCIDAS ☐

NECESIDADES BÁSICAS

1. RESPIRACIÓN ☐
 LIMPIEZA INEFICAZ DE VÍAS AÉREAS ☐
 PATRÓN INEFICAZ DE RESPIRACIÓN ☐
 PORTADOR: O₂ ☐ MASCARILLA ☐ GAFAS ☐ BIPAP ☐ CÁMULA ☐ TPO/Nº _____
 OBSERVACIONES _____

2. ALIMENTACIÓN ☐
 DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN ☐
 RIESGO DE ASPIRACIÓN ☐
 DESEQUILIBRIO DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO ☐ POR EXCESO ☐
 DÉFICIT DE AUTOALIMENTADO TOTAL (3) ☐ PARCIAL (5) ☐ NO (10) ☐
 PORTADOR: Sonda nasogástrica ☐ ESTOMA DE ALIMENTACIÓN _____
 DIETA NORMAL ☐ PRÓTESIS DENTAL ☐
 OBSERVACIONES _____

3. ELIMINACIÓN ☐
 ESTREÑIMIENTO ☐
 INCONTINENCIA: URINARIA SI (3) ☐ OCASIONAL (5) ☐ NO (10) ☐ FECAL: SI (3) ☐ OCASIONAL (5) ☐ NO (10) ☐
 PORTADOR: Sonda vesical SI ☐ TPO/Nº _____ FECHA _____ NO ☐
 DRENAJES SI ☐ TPO/Nº _____ FECHA _____ NO ☐
 BOLSA OSTOMÍA SI ☐ TPO/Nº _____ REF. _____ NO ☐
 PAÑAL SI ☐ NO ☐ COLECTOR DE ORINA SI ☐ NO ☐
 DÉFICIT DE AUTOALIMENTADO PARA UTILIZAR WC: TOTAL (3) ☐ PARCIAL (5) ☐ NO (10) ☐
 OBSERVACIONES _____

4. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA ☐
 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA ☐
 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD ☐
 DEAMBULAR SI (15) ☐ CON AYUDA (10) ☐ CON SILLA DE RUEDAS (5) ☐ NO (0) ☐
 SUBIR Y BAJAR ESCALERAS SI (10) ☐ CON AYUDA (5) ☐ NO (0) ☐
 TRASLADO ENTRE SILLA Y CAMA O VICEVERSA SI (15) ☐ Poca ayuda (10) ☐ Mucha ayuda (5) ☐ INCAPAZ (0) ☐
 PORTADOR: BASTÓN SI ☐ ANDADOR ☐ SILLA DE RUEDAS ☐ OTROS ☐
 OBSERVACIONES _____

5. SUEÑO Y DESCANSO ☐
 DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO SI ☐ NO ☐
 OBSERVACIONES _____

6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE ☐
 DÉFICIT DE AUTOALIMENTADO SI (2) ☐ NECESITA AYUDA (5) ☐ NO (10) ☐
 OBSERVACIONES _____

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL ☐
 RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL SI ☐ NO ☐

OBSERVACIONES _____

8. HISTORIA Y ESTADO DE LA PIEL ☐

DETURBORIO DE LA INTEGRIDAD: DE LA PIEL ☐ SÍ ☐ NO ☐ DE LAS MUCOSAS ☐ SÍ ☐ NO ☐

LESIONES POR PRESIÓN ☐ SÍ ☐ NO ☐ PUNTUACIÓN ESCALA NORTON _____

PORTADOR DISPOSITIVO DE ALMO DE PRESIÓN ☐

LESIÓN LOCALIZACIÓN ORADOMF _____

LESIÓN LOCALIZACIÓN ORADOMF _____

EFECTOS DE AUTOCUIDADO-BIEN ☐ SÍ ☐ NO ☐

EFECTOS DE AUTOCUIDADO-ABO ☐ SÍ ☐ NO ☐

DESCRIPCIONES: LESIÓN DE HERIDA-SURGIDA Y SOAP _____

9. SEGURIDAD ☐

RIESGO DE LESIÓN ☐ SÍ ☐ NO ☐

RIESGOS ☐ SÍ ☐ NO ☐

RIESGO DE INFECCIÓN ☐ SÍ ☐ NO ☐

DOLOR ☐ SÍ ☐ NO ☐ ESCALA DE DOLOR (EVA 1-10) _____ LOCALIZACIÓN _____

CAUSAS DE VAGUANCIONES: ANTIGUAL ☐ ANTITÉTANICA Y DOSEPTICA ☐ OTRAS ☐

CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ SOMNOLENTE ☐ DESORIENTADO ☐ INCONSCIENTE ☐

HÁBITOS TÓXICOS ☐ SÍ ☐ TABACO ☐ ALCOHOL ☐ OTROS ☐ 18 OLIVARILLOS ☐ NO ☐

PORTADOR: BOMBA PERFUSIÓN ANALGESIA ☐

OBSERVACIONES _____

10. COMUNICACIÓN ☐

DÉFICIT SENSORIAL ☐ SÍ ☐ VISUAL ☐ AUDITIVO ☐ NO ☐

VIVE SOLO ☐ ACOMPAÑADO ☐ VALORACIÓN DE APOYO SOCIAL ☐ SÍ ☐ NO ☐

IDIOMA DE EXPRESIÓN CASTELLANO _____ DIFICULTAD PARA EL IDIOMA ☐ SÍ ☐ NO ☐

OBSERVACIONES _____

11. CREENCIAS Y VALORES ☐

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTERIORES ☐ SÍ ☐ NO ☐

OBSERVACIONES _____

12. REALIZACIÓN PERSONAL/AUTONOMÍA ☐

ACTIVO ☐ ABANDADO ☐ INCAPACITADO ☐ OTROS ☐

OBSERVACIONES _____

13. ACTIVIDADES RECREATIVAS/ocio ☐

DEPORTE FÍSICO ☐ PASATIMELO ☐ JARDINERÍA ☐ GARDINERÍA ☐ PASATIMELO ☐

OBSERVACIONES _____

14. APRENDIZAJE ☐

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES ☐ SÍ ☐ NO ☐

EDUCACIÓN PARA LA SALUD (BEN) TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ☐ HÁBITOS HIGIENICOS DETECTADOS ☐ HIGIENE POSTURAL ☐

OBSERVACIONES _____

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ADMINISTRADO-HORA ADMINISTRACIÓN

Nº	1	2	3	4
1	HORA _____	HORA _____	HORA _____	HORA _____
2	HORA _____	HORA _____	HORA _____	HORA _____
3	HORA _____	HORA _____	HORA _____	HORA _____

INDICACIÓN ENTREGADA AL ALTA

Nº	1	2	3	4
1	REP. _____	REP. _____	REP. _____	REP. _____
2	REP. _____	REP. _____	REP. _____	REP. _____

RECOMENDACIONES:

 (Firma de la enfermera)

 (Firma del paciente)

FECHA _____ HORA _____ ENFERMERA _____ UNIDAD/CENTRO _____

TEL. INT. _____ Extensión _____ FIRMA _____

Anexo 2. Guión de entrevista

Guión de entrevista aplicado en el estudio.

- ¿Consideras adecuada la información ofrecida al paciente en el actual modelo ICC? En caso negativo ¿Qué información añadirías al ICC para que fuese de utilidad para el paciente?
- ¿Realizas el ICC cuando el paciente se va de alta? ¿Cuántas copias del ICC realizas? ¿A quién entregas o dónde depositas dichas copias?
- ¿Piensas que el ICC es útil para el paciente?
- ¿Piensas que Los ICC cumplimentados llegan a la Enfermería de AP? En caso negativo, ¿Se puede mejorar este aspecto? ¿Cómo?
- ¿Consideras útil la elaboración de un ICC?
- ¿El ICC es una buena herramienta de comunicación entre Atención Especializada y Atención Primaria?
- ¿Quién es el responsable de Enfermería de todos los que le han proporcionado cuidados al paciente que firma y cumplimenta el ICC?
- ¿Consideras adecuados los recursos de material proporcionados para la realización del ICC en la Unidad?

*ICC= Informe de Continuidad de Cuidados

*AP= Atención Primaria

*AE= Atención Especializada