



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2017/18**

**VALORACIÓN DE LA EFICACIA
DEL INFORME DE
ENFERMERÍA AL ALTA EN LA
CONTINUIDAD DE CUIDADOS**

Alumna: Paula Arminio Jiménez

Tutora: María López Vallecillo

RESUMEN

Introducción: La aplicación de la metodología científica en el trabajo diario de la enfermera ha permitido el desarrollo de la profesión. Una herramienta fundamental para llevar a cabo la continuidad de cuidados, apoyada en dicha metodología, es el informe de cuidados de enfermería al alta.

Objetivo: Analizar la eficacia del informe de cuidados de enfermería al alta realizado en el ámbito hospitalario con el fin de asegurar la continuidad de cuidados en Atención Primaria.

Método: Se revisaron estudios descriptivos que abordaran el informe de cuidados de enfermería al alta publicados entre 2008 y 2018. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en Pubmed, Cuiden, Cinahl, Cochrane plus, IBECS y Google académico. La selección se realizó por medio de tres cribados.

Resultados: Se identificaron 217 registros. Se seleccionaron 6 estudios para evaluar a texto completo. En todos los artículos, el informe de cuidados al alta se consideró útil para proporcionar una continuidad de cuidados, siendo cambiantes entre los estudios variables como contenido, áreas de mejora, dificultades en la realización o utilidad para el paciente.

Conclusiones: a pesar de la escasez de estudios obtenidos, se pudo afirmar que el informe de cuidados de enfermería al alta es la herramienta adecuada para garantizar la continuidad asistencial. Se concluyó que es necesario modificar sus características llevando a cabo un patrón común y una formación para el personal de enfermería en este ámbito.

Palabras clave

Informe de cuidados de enfermería al alta;

Continuidad de cuidados;

Planificación del alta;

Registros de enfermería.

Keywords

Nursing Care
Discharge Report;
Continuity of patient
care;
Patient discharge;
Nursing records;

ABSTRACT

Introduction: The employment of scientific methodology in nursing on a daily basis has been allowed to foster their professional development. The nursing care discharge report is an essential tool to develop a methodology that allows the continuity of patient care.

Objective: To analyze the effectiveness of nursing care discharge report in the hospital setting in order to ensure continuity of care in primary care.

Method: Descriptive studies between 2008 and 2018 which employed the nursing care discharge report were reviewed. The literatura review was carried out using Pubmed, Cuiden Cinahl, Cochrane plus, IBECS and Google Scholar databases. The data were identified by three filtering processes.

Results: 217 records were identified. 6 studies were selected to assess the whole text. In the papers reviewed the nursing care discharge report was considered useful to provide a continuity of patient care. Variables as subject-matter, improvement area and difficulties were inconstant during their development as well as according to the usefulness for the patient.

Conclusions: Despite the lack of studies identified, we can state that the nursing care discharge report is a useful tool to guarantee the continuity of patient care. We conclude that it is necessary to modify the characteristics of the content of the care report to carry out a standard pattern as well as training programmes devoted to nurses in this field.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Aspectos legales de los registros de enfermería	2
2. OBJETIVOS	6
2.1. Objetivo principal.....	6
2.2. Objetivos específicos.....	6
3. METODOLOGÍA	7
3.1. Fuentes de información y estrategias de búsqueda	7
3.2. Criterios de inclusión	7
3.3. Criterios de exclusión.....	7
3.4. Selección de estudios y extracción de datos.....	8
4. RESULTADOS.....	9
4.1. Características de la población	11
4.2. Análisis de los datos	12
5. DISCUSIÓN	15
5.1. Fortalezas y limitaciones de la revisión	17
5.2. Futuras líneas de investigación	17
6. CONCLUSIONES	18
7. BIBLIOGRAFÍA	19
8. ANEXOS	22

1. INTRODUCCIÓN

La necesaria utilización del método científico en los cuidados de la población contribuyó a que las enfermeras diseñaran y consensuaran un sistema de trabajo ordenado, metodológico y adaptado a las características propias del trabajo enfermero, dando lugar al nacimiento de la metodología enfermera¹.

El uso de la metodología enfermera se integró en la profesión hacia finales del siglo XX, siendo el punto de partida la constitución del Grupo Nacional de la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería en la I Conferencia Nacional sobre Clasificación de Diagnósticos celebrada en 1973. En 1982 se fundó la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de enfermería (NANDA) agrupándose estos en 9 Patrones del Hombre Unitario. En 1986 se presentó y aprobó la Taxonomía I, que clasificaba las etiquetas diagnósticas en función de los 9 Patrones de Respuesta Humana. En el año 2000 se aprobó la Taxonomía II, consiguiendo su publicación en 2002 y pasando, a partir de ese momento, a hablar de NANDA Internacional (NANDA-I). La organización de los diagnósticos enfermeros se hizo agrupándolos en 13 dominios, apoyados en los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon².

El uso de esta metodología ha favorecido estándares de cuidado y como consecuencia ha otorgado autonomía a la profesión. De esta manera es posible predecir y evaluar resultados propios de enfermería y generar evidencia científica en su ámbito disciplinario. Como señala Juana María Hernández Conesa: “Con la incorporación del Método Científico se puede afirmar la Idea de Ciencia de Enfermería”³.

Con esta idea surge el desarrollo de un instrumento específico, el Proceso Enfermero (PE), que facilita la resolución irrefutable de los problemas en el ámbito de los cuidados⁴.

El proceso enfermero consta de cinco fases, todas ellas están ordenadas, son correlativas y están vinculadas entre sí, afectándose unas a otras de manera directa⁵. (Ver figura 1).



Figura 1. Fases del proceso enfermero.

(FUENTE: elaboración propia, basada en Alfaro-LeFevre, R.)

Todo ello se unificó en un lenguaje común a través de la Taxonomía NANDA – I, herramienta empleada para nombrar, ordenar y clasificar los diagnósticos de enfermería, lo que permitió una estandarización de los registros de enfermería⁶.

1.1. Aspectos legales de los registros de enfermería

Conforme a la Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se establecen un conjunto de documentos en los que aparecen todos los procesos asistenciales del paciente, así como los profesionales sanitarios que han intervenido en ellos. El objetivo es integrar toda la documentación en una Historia Clínica, regulada según el artículo 15 de la citada ley. Los datos incluidos deben permitir el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Entre ellos cabe destacar los registros de enfermería que conforman una parte fundamental de la historia clínica, que comprende los siguientes apartados: la evolución y planificación de cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica y el gráfico de constantes. Todos ellos requieren del registro del trabajo llevado a cabo por la enfermera, así como la correspondiente identificación de la persona que lo realiza⁷.

La finalidad principal de estos registros es asistencial, enfocada en prestar unos cuidados de máxima calidad. Permiten llevar a cabo análisis estadísticos que contribuyen al desarrollo profesional de la enfermería y por tanto a la mejora de los cuidados. Y puesto que son el soporte documental de todas las actividades que la enfermera realiza a cada paciente, cabe destacar su finalidad jurídico-legal⁸.

En cuanto a su función asistencial, cabe subrayar el Registro de la Evolución y Planificación de Cuidados de Enfermería, documento que recoge la valoración, la programación y la ejecución de los cuidados realizados al paciente durante su hospitalización. Incluye los siguientes apartados: Valoración de Enfermería, en la cual se registran los datos de salud/enfermedad del paciente al ingreso a través de la valoración de las necesidades básicas planteadas por Virginia Henderson; Plan de Cuidados de Enfermería, cuya realización se lleva a cabo mediante la Taxonomía NANDA – I; Observaciones de Enfermería, que permiten el registro de las incidencias producidas durante la asistencia al paciente; Modificaciones del Plan de Cuidados e Informe de Cuidados al Alta⁹.

Todos los registros cumplen con los requisitos formulados en la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesionales Sanitarias. En base a dicha ley, la continuidad asistencial de los pacientes, tanto la de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro, como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad¹⁰.

Cabe destacar el valor que tiene como herramienta que permite la comunicación y coordinación interniveles entre la Atención Hospitalaria, donde se lleva a cabo la realización de dichos registros, y la Atención Primaria. Esto supone un factor clave para rentabilizar, en términos de calidad y coste, los cuidados enfermeros garantizando que éstos responden a las necesidades de los usuarios, al tiempo que aseguran la continuidad de los cuidados que puede ofrecer el personal de enfermería y los profesionales sanitarios en general¹¹.

Dentro del abanico de registros de enfermería, el Informe de Cuidados al Alta nace de la necesidad de construir un documento que contenga toda la información del paciente referente a su estado de salud cuando abandona el hospital y el tipo de seguimiento y cuidados que va a requerir, post-hospitalización, en su centro de Atención Primaria. Para favorecer la continuidad de cuidados, es necesaria la comunicación entre los profesionales, facilitada en este caso por dicho informe. En las unidades de enfermería a nivel hospitalario, la cumplimentación de esta información aporta datos sobre el estado de salud del paciente utilizando metodología enfermera¹².

En el caso de los hospitales de la Red Sanitaria de Castilla y León, la información que contiene el registro se agrupa en 7 apartados que permitirán recoger todos los datos del informe de cuidados: Fecha de realización y enfermera que lo realiza; Antecedentes del paciente; Situación al alta; Actuaciones preventivas; Valoración activa; Registros de enfermería; Recomendaciones. Para conseguir un proceso óptimo de continuidad asistencial, estos cuidados deben ser explicados a la familia y al paciente en el momento del alta, y enviados a la enfermera de Atención Primaria para el posterior seguimiento del paciente y familia en el domicilio. De esta manera, se consigue que el Informe de Cuidados al Alta de Enfermería, sea la herramienta adecuada y por la que se opta en Atención Hospitalaria, para garantizar la continuidad de cuidados, en el traslado del paciente desde el hospital a su domicilio. En definitiva, la importancia principal del tema radica en conseguir utilizar el informe de manera adecuada como canal de comunicación, lo más eficaz, útil y ágil posible, que fomente la atención desde una visión holística y no meramente biomédica¹².

La implicación del personal de enfermería en la realización de este informe y su utilización es la clave principal para conseguir los objetivos de cuidados planificados. Supone, además, un desarrollo y aumento de la visibilidad de la profesión, ya que convierte a la enfermera en una parte fundamental del proceso de recuperación del paciente. Se conseguirá, que tanto el paciente como la familia, entiendan que seguir las recomendaciones pautadas por la enfermera que le ha tratado durante su estancia hospitalaria, tiene tanto valor como seguir las recomendaciones pautadas por el personal médico. Tiene sentido que, si todo paciente debe recibir el informe médico a su alta hospitalaria, también deba contar con el de Enfermería.

Por todo lo expuesto anteriormente, se ha planteado analizar la eficacia del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta realizado en el ámbito hospitalario que permite asegurar la continuidad de cuidados en Atención Primaria.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

- Analizar la eficacia del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta realizado en el ámbito de hospitalización con el fin de asegurar la continuidad de cuidados con Atención Primaria.

2.2. Objetivos específicos

- Estudiar las características y la utilidad del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta.
- Identificar las posibles dificultades que puede tener el personal de enfermería para realizar un Informe de Cuidados de Enfermería al Alta completo y adecuado.
- Valorar el contenido que debe incluir el Informe de Cuidados de Enfermería al Alta.

3. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de Estudios Descriptivos publicados en los últimos diez años (2008-2018) sobre el Informe de Cuidados de Enfermería al Alta.

3.1. Fuentes de información y estrategias de búsqueda

La búsqueda se efectuó en las bases de datos: Pubmed, Cuiden, Cinahl, Cochrane plus, IBECs y Google académico, en inglés y español. Los artículos relevantes se identificaron utilizando los descriptores MeSH combinados con el operador booleano AND, con las siguientes ecuaciones de búsqueda: [«Patient discharge» AND «Continuity of patient care»] y [«Patient discharge» AND «Nursing records» AND «Continuity of patient care»].

No ha habido recuperación secundaria de la literatura. La última búsqueda se hizo el 15 de Abril de 2018.

3.2. Criterios de inclusión

Estudios Descriptivos publicados en español o inglés, que aportaran información y evaluaran la eficacia del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta, haciendo una valoración de éste y reflejando las ventajas que supone, tanto para el paciente y la familia, como para los profesionales de enfermería.

En un principio se inició la búsqueda con estudios publicados entre 2013 y 2018 (5 años) pero debido a la escasez de información disponible, se amplió el rango a estudios publicados entre 2008 y 2018 (10 años).

3.3. Criterios de exclusión

Estudios Descriptivos que trataran el Informe de Alta con una visión exclusivamente médica o que, dentro de la valoración, este estuviera referido a alguna patología en particular.

3.4. Selección de estudios y extracción de datos

Se examinaron los títulos y los resúmenes de las referencias identificadas para evaluar la potencial elegibilidad según los criterios de búsqueda establecidos.

Se realizó una lectura crítica de los textos completos incluidos en el trabajo.

En la recogida de datos relevantes para el estudio se diseñó una tabla de extracción de datos en la que se incluyó: año de publicación, país, tipo de estudio, características de la muestra, intervención, variables estudiadas, resultados y comentarios adicionales. (Ver anexo 1).

Debido a la heterogeneidad de los estudios, se han sintetizado los resultados obtenidos en un resumen narrativo con el fin de dar respuesta a los objetivos del trabajo.

4. RESULTADOS

Se encontraron un total de 217 registros que fueron sometidos a tres procesos de cribado con el fin de obtener los artículos precisos que proporcionasen información lo más ajustada posible, a los objetivos justificativos de la revisión.

En el primer cribado se descartaron las publicaciones que no respondían adecuadamente a la pregunta PICO tras la lectura del título y/o resumen. Se eliminaron 176 artículos, seleccionando un total de 41 artículos.

En el segundo cribado se rechazaron aquellas publicaciones duplicadas y que no cumplían con los criterios de inclusión. Se retiraron 32 artículos, optando por un total de 9 artículos.

Finalmente, tras el tercer cribado en el que se realizó una lectura completa de todos los artículos, se desestimaron 3 por ser revisiones de publicaciones escritas en las que no se llevaba a cabo ninguna intervención en la población a modo de encuesta.

Finalmente se seleccionaron 6 artículos para la realización de la revisión bibliográfica. (Figura 2).

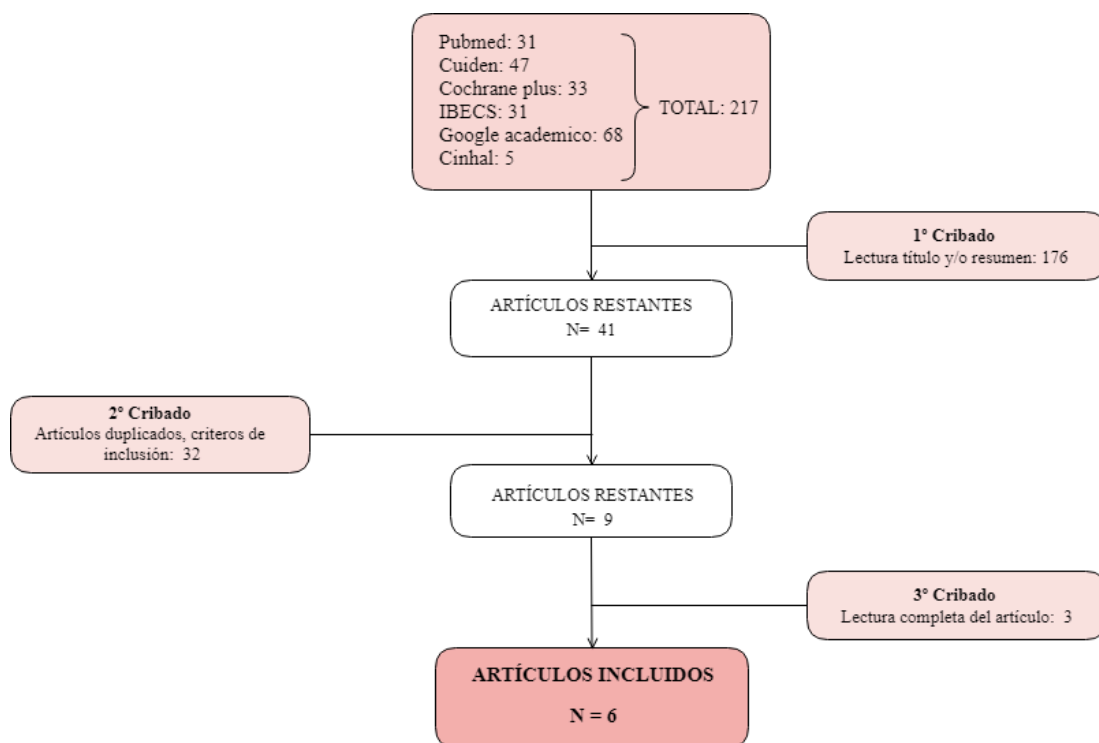


Figura 2. Diagrama de flujo para la selección de artículos.

A continuación, se describe brevemente las características de los seis artículos incluidos en la revisión.

El estudio de Merino-Ruiz et al. ⁽¹³⁾ utilizó un cuestionario cumplimentado por enfermeras del ámbito de Atención Especializada de un hospital de Fuenlabrada. El instrumento recogió variables sociodemográficas, variables referidas a la percepción de la utilidad del informe en general y variables para medir su dificultad de cumplimiento en un total de 9 preguntas (7 cerradas y 2 abiertas).

Álvarez et al. ⁽¹⁴⁾ analizaron los datos obtenidos a través de un cuestionario entregado a enfermeras de 11 centros de Atención Primaria en la provincia de Málaga, que incluía variables referidas a la percepción de la utilidad del informe en Atención Primaria y variables para valorar aspectos mejorables en un total de 10 preguntas (8 cerradas y 2 abiertas).

Los resultados alcanzados por Fernández et al. ⁽¹⁵⁾ surgieron de las respuestas a la herramienta facilitada a enfermeras de una Unidad de Hospitalización a Domicilio y de Atención Primaria ubicadas en Torrevieja, en el que se recogieron variables sociodemográficas y otras referidas al contenido del informe. Cabe destacar su importancia en relación con la calidad y la continuidad de los cuidados, la comunicación interprofesional y la frecuencia con las que estas enfermeras accedían a los informes emitidos por el personal del hospital.

El cuarto artículo analizado, fue el realizado por Cilleros et al. ⁽¹⁶⁾, que llevaron a cabo un estudio utilizando un cuestionario cumplimentado por profesionales de enfermería de Atención Especializada de un hospital de Cantabria y de Atención Primaria de dos áreas del servicio Cántabro de Salud. El instrumento aglutinó variables sociodemográficas, variables referidas a la utilidad del informe para la continuidad de cuidados y su planificación, valoración sobre su contenido, frecuencia de realización y valoración de su necesidad en todos los pacientes que recibían el alta en un total de 12 preguntas (9 cerradas y 3 abiertas).

En el estudio de Seva-Llor et al. ⁽¹⁷⁾ la muestra fueron los profesionales de enfermería de Atención Especializada de un hospital de Murcia. El cuestionario incluyó variables sociodemográficas y variables referidas a la utilidad del informe para la enfermería, para garantizar la continuidad de cuidados y como indicador de seguridad del paciente,

a la dificultad de realización y a la necesidad de formación específica para llevarlos a cabo en un total de 46 preguntas.

Para finalizar, Arribas et al. ⁽¹⁸⁾ llevaron a cabo el estudio a través del análisis de calidad de los Informes de Cuidados al Alta del Hospital Universitario de Burgos durante el mes de mayo del 2015 y 2016, mediante criterios estandarizados consensuados por el equipo investigador. Valoraron cada apartado del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta dotándolo de una calificación muy buena, buena, regular o mala.

4.1. Características de la población

En los artículos analizados, la población estudiada fue de 732 enfermeras y 666 informes de enfermería. La población tenía en común ser profesionales de enfermería que en el momento del estudio se encontraban en activo y eran responsables de la valoración de los informes de cuidados, excepto en el estudio realizado por Arribas et al, ⁽¹⁸⁾ cuya población fueron los propios informes de cuidados de enfermería de dos hospitales evaluados por los investigadores.

Los estudios de Seva-Llor et al. ⁽¹⁷⁾ y Merino-Ruiz et al, ⁽¹³⁾ sólo llevaron a cabo la intervención con personal de enfermería en el ámbito de la Atención Especializada; otros como los de Cilleros et al. ⁽¹⁶⁾ y Fernández et al. ⁽¹⁵⁾ unificaron los criterios para realizar la valoración tanto en el ámbito de la Atención Especializada como en el de la Atención Primaria; y el estudio de Álvarez et al. ⁽¹⁴⁾ se centró únicamente en valorar la opinión de los profesionales en el ámbito de la Atención Primaria.

Los datos de edad del personal y años de ejercicio profesional varían entre los diferentes estudios, siendo los de Merino-Ruiz et al. ⁽¹³⁾ y Cilleros et al. ⁽¹⁶⁾ los únicos que incluyeron estos parámetros dentro de las variables sociodemográficas de sus cuestionarios.

4.2. Análisis de los datos

En la mayoría de los estudios analizados ⁽¹³⁻¹⁷⁾, la intervención que llevaron a cabo con la población a estudio se realizó mediante cuestionarios que analizaban la opinión del personal de enfermería de diferentes ámbitos. En el estudio de Arribas et al. ⁽¹⁸⁾ la intervención consistió en el análisis directo de datos objetivos respecto a unos informes de cuidados concretos.

Los tipos de cuestionarios, así como las variables de estudio, son distintas en cada artículo por lo que los resultados obtenidos han sido muy heterogéneos.

A continuación, se presenta un resumen narrativo con el que se pretende agrupar los resultados y datos simbólicos en función de las variables incluidas en los objetivos específicos que se propusieron: (1) **Utilidad** del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta hospitalaria; (2) **Dificultades** para la realización del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta hospitalaria; (3) **Contenidos** de los Informes de Cuidados de Enfermería al Alta hospitalaria.

Utilidad del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta hospitalaria

Esta variable obtuvo resultados en todos los estudios excepto en el de Arribas et al. ⁽¹⁸⁾. Los análisis de Merino- Ruiz et al. ⁽¹³⁾, Álvarez et al. ⁽¹⁴⁾, Fernández et al. ⁽¹⁵⁾, y Seva-Lloret al. ⁽¹⁷⁾, aportaron cifras de valoración de la utilidad del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta hospitalaria para asegurar la continuidad de los pacientes, muy altas, por encima del 80% (82,4%, 98%, 95,5% y 89,8% respectivamente). En el caso del estudio de Cilleros et al., solo el 30,8% de enfermeras consideraron que el informe garantizaba siempre o casi siempre la continuidad de cuidados y el 50,7% valoró que pocas veces o nunca era útil para planificar los cuidados. Como dato a reseñar, se da especial importancia al resultado obtenido por Merino- Ruiz et al. ⁽¹³⁾, en el que las enfermeras más jóvenes y con menos tiempo trabajado y las unidades de especialidades médicas, fueron las que consideraron menos útil la elaboración del informe. Hay que incluir así mismo, otra consideración de utilidad obtenida por Seva-Lloret al. ⁽¹⁷⁾, referida al 71,8 % de acuerdo por parte de las enfermeras, de la necesidad de realizar dicho informe.

Dificultades para la realización del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta hospitalaria

Los estudios analizados, sugirieron datos relacionados con la dificultad percibida por las enfermeras encuestadas, para la realización del informe motivo de análisis. En cada uno de ellos la dificultad se valoró desde diferentes perspectivas. En el caso de Merino-Ruiz et al. ⁽¹³⁾, el 82,2% reflejaron dificultades para la realización debido a que la estructura era poco adecuada y por ello aconsejaban mejorarlo. Álvarez et al. ⁽¹⁴⁾, destacaban el problema de transmisión del informe, ya que el 37% de las enfermeras de Atención Primaria refirió que no lo recibía con regularidad. Desde otro ámbito, el 95% de las enfermeras que participaron en el estudio de Cilleros et al. ⁽¹⁵⁾, en referencia a las dificultades de realización, describían la necesidad de establecer indicadores que pautasen cómo y cuándo llevarlo a cabo para facilitar su cumplimentación. La última consideración es la aportada por Seva-Lloret al. ⁽¹⁷⁾, que afirmaron que el 68% de las enfermeras consideraban que se debería facilitar su realización, ya que en muchas ocasiones debido a la dificultad y a la carga de trabajo no se llevaban a cabo. En el caso del estudio de Fernández et al. ⁽¹⁵⁾, no presentaron problemas ni dificultades en cuanto a la realización del informe.

Contenidos de los Informes de Cuidados de Enfermería al Alta hospitalaria.

Los resultados referidos a los contenidos de los informes son variados en los diferentes estudios.

El único artículo que no aportó datos al respecto fue el de Merino- Ruiz et al. ⁽¹³⁾. Las recomendaciones que nombraron como las más adecuadas y útiles, en el artículo de Álvarez et al. ⁽¹⁴⁾, fueron las de “control de anticoagulantes” y “acudiré AP para curas”. Fernández et al. ⁽¹⁵⁾, indicaron que para el 75% el formato era adecuado. Este dato difiere mucho del aportado por Cilleros et al. ⁽¹⁵⁾, donde solo el 49.2% opinaba que los contenidos pocas veces o nunca reflejaban toda la información que consideraban necesaria para planificar mejor los cuidados al alta. Por tanto, expresaron que el informe debía sufrir modificaciones en cuanto a la estructura y contenido, estableciendo un espacio abierto para recomendaciones de enfermería, descripción de cuidados y medidas higiénico-dietéticas, situación del paciente desde su llegada al hospital hasta su marcha y su evolución durante la estancia hospitalaria.

En el estudio de Arribas et al ⁽¹⁸⁾, se centraron en los contenidos del informe. El 47% eran de calidad mala, solo el 56% tenían cumplimentada de forma adecuada el apartado de observaciones (resumen de la estancia del paciente), el 97,4% no tenía cumplimentado el apartado de diagnósticos de enfermería resueltos, el 92,3% no tenía el apartado resultados y solo el 43,2% incluía las recomendaciones al alta. Analizando los datos anuales, se encontró que en 2016 aumentaron los informes de calidad muy buena o buena y disminuyeron los de calidad mala, al igual que prácticamente todos los apartados aumentaron el número de cumplimentación con respecto a 2015.

Aun así, los datos confirmaban que solo el 25% de los informes tenían calidad buena o muy buena y por ello resultaba necesaria la planificación de intervenciones que consiguiesen mejorar la calidad de la cumplimentación

5. DISCUSIÓN

Después del análisis de los estudios seleccionados, se puede afirmar que el Informe de Cuidados de Enfermería al Alta es una herramienta fundamental para proporcionar continuidad de cuidados a los pacientes que reciben el alta hospitalaria.

Se han encontrado muchas diferencias de opiniones en cuanto a contenidos y utilidad del informe, dependiendo de si éste era valorado por enfermeras de Atención Especializada, de Atención Primaria o de ambas. Por ello, resulta necesario consensuar la información que debe contener el informe destinado a las enfermeras de ambos ámbitos para unificar los criterios y establecer medidas que puedan ser cumplidas de manera adecuada y completa por quienes emiten estos informes (enfermeras de Atención Especializada) para que la información que transmitan tenga valor asistencial y facilite la continuidad de cuidados^(13,14,16,17,18).

Otra diferencia evidente se encuentra en el estudio de artículos que tratan el tema en diferentes ciudades y comunidades autónomas, ya que en cada sitio el informe tiene unas características y por tanto la satisfacción y utilidad de éste, puede estar influenciada por el lugar de procedencia. Muestra de ello se encuentra en el estudio de Fernández et al.⁽¹⁵⁾, en el que se evidenció una alta satisfacción con el informe y no presentaron problemas ni dificultades para llevarlo a cabo.

Resulta muy interesante la intervención llevada a cabo en el Complejo Asistencial de Burgos (CAUB), en la que se elaboró un documento-guía llamado “ayuda a la cumplimentación del ICE”, con el objetivo de mejorar la cumplimentación del Informe de Cuidados de Enfermería, descrita en el artículo de Arribas et al.⁽¹⁸⁾. Intervenciones como ésta confirman su valor y demuestran que mejoran de manera objetiva la calidad de los informes realizados.

La unificación de criterios para establecer pautas comunes en cuanto al contenido que debe incluir el informe, junto con intervenciones formativas a las enfermeras, tanto de Atención Especializada, como de Atención Primaria, consiguen que se realicen informes con contenidos válidos y que se garantice la continuidad de cuidados. Además garantiza la utilización de estos informes como método de seguimiento y de desarrollo de las necesidades del paciente⁽¹³⁻¹⁸⁾.

Preocupa, en gran medida, el dato obtenido en el estudio realizado por Merino-Ruiz et al. ⁽¹³⁾, en el que las enfermeras más jóvenes fueron las que consideraron menos útil la realización del informe. Resulta llamativo, ya que en sus estudios universitarios de estas enfermeras se ha integrado la metodología enfermera con el objetivo de dar valor a la importancia de la continuidad de cuidados.

Otros estudios⁽¹⁹⁻²²⁾, no seleccionados por no cumplir los criterios de selección establecidos, coinciden con los resultados obtenidos en esta revisión. Aunque se analizaron variables muy dispares entre unos artículos y otros, se ha comprobado que el análisis de la utilidad del informe era el dato común más preguntado. La mayoría concluyeron que era una herramienta útil para llevar a cabo la continuidad de cuidados.

En el estudio llevado a cabo por Bugallo⁽¹⁹⁾ concluyó que la comunicación y la coordinación del equipo sanitario eran una pieza fundamental que se podría conseguir a través de la utilización de una herramienta útil como era el Informe de Cuidados de Enfermería al Alta, pero la realidad demostraba que, a pesar de considerarlo como principal mecanismo para garantizar la continuidad de cuidados, era poco utilizado entre el personal de enfermería.

Otros estudios^(17,21) respaldaban que la escasez de realización de los informes tenía relación con la carga de trabajo a la que las enfermeras estaban expuestas a diario, y puesto que el completar el informe les llevaba mucho tiempo por la dificultad que esto suponía, había un número elevado de enfermeras que no lo realizaban.

Respecto a la satisfacción de los usuarios con el informe, cabe destacar el estudio llevado a cabo por Ubé Pérez et al.⁽²⁰⁾ en el que el 79,99% de los pacientes encuestados, consideraron adecuados o muy adecuados los contenidos del informe para continuar en su domicilio con los cuidados pertinentes.

Otro punto de discusión se refiere a las diferentes opiniones encontradas respecto a la determinación de las situaciones en las que el paciente requería el informe de cuidados.

La realidad es que todos los pacientes que reciben al alta hospitalaria deberían tener un Informe de Cuidados al Alta. Muy lejos de la teoría, actualmente se ha observado, en estudios como el llevado a cabo por Gómez et al. ⁽²²⁾, que los informes se realizaban dependiendo de cada enfermera y si consideraba o no que el paciente iba a requerir cuidados específicos. Prácticamente todas las enfermeras opinaban que todos los

pacientes con úlcera por presión al alta debían tener un informe de cuidados. En las demás situaciones lo valoraban como útil pero prescindible, siendo el paciente encamado, con herida quirúrgica o con oxigenoterapia las siguientes variables más consideradas.

Se demuestra, por tanto, que el informe de cuidados de enfermería al alta debe ser un registro utilizado en la totalidad de pacientes que reciben el alta hospitalaria, ya que, como se recoge en este estudio y según las referencias de otros trabajos, establece las herramientas necesarias para garantizar la continuidad de los cuidados y para asegurar la comunicación adecuada entre los profesionales de Atención Hospitalaria con los de Atención Primaria, así como con el paciente y la familia.

5.1. Fortalezas y limitaciones de la revisión

Las fortalezas de la revisión se enfocan en la elección de un tema de interés específico para el desarrollo de la profesión de enfermería, que implica el análisis de variables que intervienen en el buen funcionamiento del sistema sanitario, haciendo referencia a un recurso que permite la continuidad asistencial interniveles y por tanto la mejora de los cuidados a los pacientes.

Como limitaciones cabe señalar la falta de estudios de investigación que analicen la eficacia de los informes de cuidados de enfermería al alta, valorado por enfermeras de Atención Especializada y de Atención Primaria, así como estudios actuales que analicen la calidad de los informes que se emiten desde los hospitales para lograr la continuidad de cuidados.

5.2. Futuras líneas de investigación

En base a los resultados obtenidos y a la importancia del tema estudiado, se plantea llevar a cabo un trabajo de campo en todos los hospitales de la red sanitaria de Castilla y León para unificar criterios y establecer pautas comunes de registro y posteriormente realizar sesiones de formación al personal de enfermería para la correcta cumplimentación de estos informes.

6. CONCLUSIONES

- El Informe de Cuidados de Enfermería al Alta es el método más eficaz para garantizar la continuidad asistencial del paciente entre los ámbitos de la Atención Especializada y la Atención Primaria.
- Las características de dicho informe deben ser modificadas para adecuar su contenido a las necesidades del paciente y la familia, y aportar la información necesaria al personal de enfermería, encargado de la continuidad de cuidados en los pacientes que reciben el alta hospitalaria.
- Se considera una herramienta útil de comunicación entre los ámbitos de la asistencia especializada y la primaria, y entre estas y el paciente.
- Resulta necesario formar al personal de enfermería en el ámbito hospitalario para conseguir emitir unos informes de calidad y con valor asistencial, y para ello se deben marcar unas pautas específicas que indiquen los contenidos que son útiles en la continuidad asistencial y faciliten su realización a las enfermeras.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ome.es [Internet]. Observatorio de Metodología Enfermera; 2018 [Citado 17 Dic 2017]. Disponible en: http://www.ome.es/01_01.cfm?id=59.
2. Fernández Fernández M, Santo Tomás Pérez M. Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la enfermería. 3a ed. DAE; 2016.
3. Hernández Conesa J, Moral de Calatrava P, Esteban Albert M. Fundamentos de la enfermería. 2a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
4. Hernández Martín F, Del Gallego Lastra R, Alcaraz González S, González Ruiz JM. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. Cultura de cuidados [Internet]. 1997 [citado 8 Feb 2018]; 21 (2): 1-15. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/CC_02_05.pdf
5. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. 4a ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.
6. Herman T.H, Kamitsuru S. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación. 10ª ed. Madrid: Elsevier; 2015.
7. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín oficial del Estado, nº 27, (15-11-2002). Disponible en: www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf
8. García Ramírez S, Navío Marco AM, Valentín Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Investigacion. 2007;28(7).
9. Boletín oficial de Castilla y León. Decreto 101/2005, de 22 de Diciembre, por el que se regula la historia clínica [Internet]. España. BOCyL. [Citado 6 Mar 2018]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/asistencia-sanitaria/prestaciones-derechos/decreto-101-2005-22-diciembre-regula-historia-clinica>.
10. Boletín oficial del estado. Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. [Internet]. España. BOE 280. (22/11/2003). [Citado 7 Mar 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
11. Manito Lorite I, Ondiviela Cariteu A, Servera Mir M, Tomás Sánchez M. Estudio sobre las dificultades en la implantación y seguimiento de la continuidad asistencial entre niveles. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona de la fundación “la Caixa” [Internet]; 2005 [citado 8 mar 2018]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21507/1/2005.pdf>

12. Endrino Lozano V. El Informe de Continuidad de Cuidados en Urgencias como herramienta de mejora de la comunicación y continuidad de cuidados entre Atención Primaria y Atención Especializada. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2011 [Citado 10 mar 2018]; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0582.php>
13. Merino Ruiz M, Sebastián Viana T, Gómez Díaz MC, Leo del Castillo Y. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. *Enferm Clínica* [Internet]. 2008 [citado 10 mar 2015]; 18 (2):77–83. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862108707022>
14. Cruzado Álvarez C, Bru Torreblanca A, González Peral R, Aída Otero S. Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de Atención Primaria. *Enfermería en Cardiología* [Internet]. 2008 [Citado 11 mar 2018]; 45:21-25. Disponible en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/4503.pdf>
15. Chica Fernández MJ, Costa Ruiz A, Rodríguez Villagordo MJ, Sanchez Salmerón A, Torres Gómez J. Informe alta enfermería: historia clínica integral. *Enfuro* [Internet]. 2012 [citado 12 mar 2018]; 122 (1625):19–24. Disponible en: <http://www.enfuro.es/enfuro-2012.html>
16. Rivas Cilleros E, Velasco Montes J, López Alonso JC. Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización. *Nuberos Científica Colegio de Enfermería de Cantabria* [Internet]. 2013 [citado 15 mar 20018]; 1. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/8/52>
17. Seva-Llor A, López Montesinos M, Barberá Ortega C, Cecagno D, Pina Roche F. Report of nursing at hospital. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 [citado 15 mar 2018];28(2):101-6. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200101&lng=en&tlng=en
18. Martínez Arribas S, Peña Molinero C, Valiñas Sieiro F, Otero Pinto S, González Hernando S, Hormilla Martínez M. Evaluación del Informe de Cuidados de Enfermería en un hospital universitario. *Metas enfermería*. 2018; 21(3): 50-7.
19. Rivera Bugallo A. Comunicación entre niveles asistenciales como garantía de continuidad asistencial: Situación actual del Informe de Alta de Enfermería en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. *Universidade Da Coruña*; 2013 [Citado 20 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>

20. Ubé Pérez JM, Urzanqui Rodríguez M, Rodríguez Herce C, Blaco Ros M, Ascarza Rubio S, Musitu Pérez V. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. NURE Inv [Internet]. 2006 [Citado 4 abr 2018]; (24). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/283>
21. Jiménez Fernández JC, Cerrillo Martín D. Registros de Enfermería: un espejo del trabajo asistencial. *Metas de Enfermería* 2010;13(6): 8-11.
22. Castillo Gómez C, Pitarch Flors T, García Bernaeu MC. Análisis informe continuidad de cuidados según criterio enfermero. *Enfermería global* 2008;12:1-8.

Tabla 1. Cuadro de extracción de datos.

Referencia bibliográfica / Tipo de estudio	Intervención /variables de estudio (escalas de medida)	Características de la muestra/tamaño/duración seguimiento	Resultados	Comentarios adicionales
Merino-Ruiz et al. ⁽¹³⁾ (2008) España. Estudio Descriptivo. Corte transversal.	Cuestionario autoadministrado de 9 preguntas. - Variables sociodemográficas. - Utilidad para continuidad de cuidados. - Utilidad para informar al paciente. - Estructura y contenidos. - Utilidad para el personal de AP. - Utilidad para el paciente. - Dificultad para elaborarlo. - Aspectos mejorables. - Sugerencias.	20-50 años (Edad media: 32'37). Muestra inicial de 129 profesionales de enfermería de ámbitos de hospitalización médica, quirúrgica y materno-infantil. Muestra final de 74 cuestionarios (57,4%). Media de años de ejercicio profesional: 8'9.	- Utilidad para continuidad de cuidados: Útil o muy útil (>80%). - Utilidad para informar al paciente: Útil o muy útil (>75%). - Estructura y contenidos: Poco adecuados (>80%). - Utilidad para el personal de AP: Mayor utilidad la situación al alta del paciente (>55%). - Utilidad para el paciente: Poco útil (>40%). - Dificultad elaboración: Mayor dificultad las necesidades de continuidad de cuidados (>80%).	La sugerencia más propuesta fue la elaboración de plantillas para agrupar las recomendaciones por patologías. La población más joven y con menor tiempo trabajado, era la que consideraba menos útil la elaboración de estos informes. Las unidades de especialidades médicas consideraron que el informe era menos útil y más dificultoso de realizar.
Álvarez et al. ⁽¹⁴⁾ (2008) España. Estudio Descriptivo. Corte transversal.	Cuestionario de 10 preguntas. - Utilidad para comunicación entre atención hospitalaria y primaria. - Comprensibilidad. - Accesibilidad. - Frecuencia de uso. - Recomendaciones al alta más relevantes. - Utilidad observaciones al alta más usados. - Aspectos modificables. - Sugerencias.	Muestra de 60 profesionales de enfermería de Atención Primaria.	- Utilidad: Si (>95%). - Accesibilidad: Si (>60%). - Frecuencia de uso (>70%). - Recomendación mejor valorada: uso de anticoagulantes (85%).	Las sugerencias más propuestas fueron realizar reuniones entre AP y AE, no dar instrucciones cerradas en los informes para dar autonomía a las enfermeras de AP e informar a la familia. Preocupaba el número de enfermeras de AP que no recibían el informe con regularidad.

Tabla 1. (Continuación)

Referencia bibliográfica / Tipo de estudio	Intervención /variables de estudio (escalas de medida)	Características de la muestra/tamaño/duración seguimiento	Resultados	Comentarios adicionales
<p>Fernández et al. ⁽¹⁵⁾ (2012) España. Estudio descriptivo. Corte transversal.</p>	<p>Cuestionario que agrupa ítems referentes a variables sociodemográficas, contenido del informe, importancia, utilidad, relación con la calidad y continuidad de los cuidados, comunicación interprofesional, frecuencia de acceso.</p>	<p>Muestra de 67 profesionales de enfermería de Atención Primaria (AP) y Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - >95 % considera necesaria su elaboración. - >85% considera de gran importancia su utilización. - >80% lo considera útil. - 75% considera que el formato es adecuado. 	<p>La población con más tiempo trabajado fue la que considera menos útil y necesaria la elaboración de estos informes.</p> <p>Algunos encuestados consideraron que reduce el gasto ya que economizaba el tiempo y reducía el consumo de material.</p>
<p>Cilleros et al. ⁽¹⁶⁾ (2013) España. Estudio descriptivo. Corte transversal.</p>	<p>Cuestionario de 12 preguntas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variables sociodemográficas. - Utilidad para continuidad de cuidados. - Utilidad para planificación de cuidados. - Contiene información necesaria. - Utilidad en todos los pacientes que reciben el alta. - Cambios o modificaciones. - Frecuencia de realización. 	<p>Edad media: 40,38 años.</p> <p>Muestra inicial de 99 profesionales de enfermería de atención Especializada (AE) y 111 de Atención Primaria (AP).</p> <p>Muestra final de 131 cuestionarios (62,38%).</p> <p>Media de años de ejercicio profesional: 17,53.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilidad para continuidad de cuidados: Pocas veces o nunca (>35%), siempre o casi siempre (>30%). - Utilidad para planificación de cuidados: Pocas veces o nunca (>50%). - Contiene información necesaria: Pocas veces o nunca (>49%). - Utilidad en todos los pacientes que reciben el alta: No necesario (>50%). - Frecuencia de realización (AE): Siempre (>80%). 	<p>Los cambios más propuestos fueron tener un espacio para recomendaciones de enfermería, descripción de cuidados, situación del paciente a su llegada hasta su marcha, incluir diagnósticos médicos y evolución durante la estancia.</p>

Tabla 1. (Continuación)

Referencia bibliográfica / Tipo de estudio	Intervención /variables de estudio (escalas de medida)	Características de la muestra/tamaño/duración seguimiento	Resultados	Comentarios adicionales
<p>Seva-Llor et al. ⁽¹⁷⁾ (2015) España. Estudio descriptivo. Corte transversal.</p>	<p>Cuestionario de 46 preguntas. Variables cuantitativas y cualitativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variables sociodemográficas. - Utilidad para la enfermería. - Utilidad para la continuidad de cuidados. - Momento de realización. - Utilidad como indicador de seguridad del paciente. - Necesidad de formación específica. - Dificultad en la realización. 	<p>25-61 años (Edad media: 37.24). Muestra inicial de 530 profesionales de enfermería de ámbitos de hospitalización. Muestra final de 400 cuestionarios validos (75,47%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilidad para la enfermería: SI (>70%) - Utilidad para la continuidad de cuidados: SI (>85%) - Momento de realización: al alta SI (>55%), en cambio de unidad del hospital NO (>75%). - Utilidad como indicador de seguridad del paciente: SI (>85%). - Necesidad de formación específica: SI (>65%) - Dificultad en la realización: SI (>85%) – carga de trabajo. 	<p>El personal más joven era el que consideraba más difícil la realización del informe.</p> <p>En unidades donde la carga de trabajo era más grande y había más ratio paciente/enfermera, era donde menos informes se realizaban.</p> <p>La mayoría consideraron que servía para resaltar el nivel académico de la enfermería.</p>
<p>Arribas et al. ⁽¹⁸⁾ (2018) España Estudio descriptivo Corte longitudinal</p>	<p>Análisis de la calidad (muy buena, buena, regular o mala) de informes de cuidados de enfermería a través de variables comunes, valoradas por estar completas o no. Las variables estudiadas son los parámetros incluidos en el informe de cuidados al alta del programa GACELA care.</p>	<p>Muestra inicial de 811 informes de cuidados de enfermería. Muestra final de 666 informes. Las muestras están recogidas en el mes de mayo de los años 2015 y 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad global: mala >45% - Diagnósticos resueltos: no reflejado >95%. - Diagnósticos activos: no reflejado >65%. - Observaciones (resumen): si reflejado >55%. - Observaciones (dispositivos/continuidad de cuidados): si reflejado >40%. - Valoración activa: si reflejado 75%. 	<p>En el año 2016 hubo un aumento significativo de informes de calidad muy buena y disminuyen los de mala.</p> <p>Las variables menos completadas fueron las referentes al tratamiento, protocolos, diagnósticos resueltos, resultados de enfermería e intervenciones de enfermería.</p> <p>La variable más completada fue la última toma de constantes, seguida de las observaciones (resumen) y valoración activa.</p>

