

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA
de la Fundación "la Caixa"**

TÍTULO

**Informe de Alta de Enfermería: Un camino hacia la
coordinación de los cuidados asistenciales**

**AUTORES: M. Del Rosario Angulo Cañaveras
Pilar Magrans Breu
M de la Luz Pino Roque
Anna María Riera Casadesús
Rosa Maria Viana Huerta**

14a.

**Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Cuidados de
Enfermería para la obtención del Máster.**

11 JUL. 2005

Trabajo dirigido y asesorado por el profesor:

JOSE TEJADA

Comisión Evaluadora

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| - Montserrat Teixidor | Presidenta |
| - Estre Pout | Secretario |
| - Jose Tejada | Vocal |
| - Concepciu Ferrer | Vocal |
| - | Vocal |
| - | Vocal |

Presentado en fecha:

Aceptado en fecha:

Queda prohibida cualquier reproducción parcial o total de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

AGRADECIMIENTOS:

Quisieramos agradecer la colaboración desinteresada de todos aquellos profesionales de enfermería anónimos de los diferentes centros de estudio, así como a sus cargos intermedios y directivos.

A nuestros compañeros de promoción que colaboraron con sus opiniones y validación de los instrumentos del estudio.

A Jose Tejada, por su paciencia y colaboración.

A Montse Teixidor, por su ánimo constante a continuar y seguir adelante con el trabajo.

A Jesús por atendernos tan correcta y pacientemente en todas nuestras demandas y dudas al respecto

INDICE

Agradecimientos	Pág. 2
Índice	Pág. 3-4
Abreviaturas	Pág. 5
Razonamiento	Pág. 6
Justificación	Pág. 7
Problema	Pág. 8
Objetivos de la investigación	Pág. 9
MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL DE REFERENCIA	
1, Antecedentes	Pág. 11
1,1 Breve reseña histórica	Pág. 11-13
1.2 Desarrollo Normativo de la Coordinación entre atención primaria (AP) y atención especializada (AE)	Pág. 14-15
1.3 La enfermería del siglo XX	Pág. 15-16
1.4 Presente y futuro de la enfermería	Pág. 16-20
2. Registros de Enfermería	Pág. 21-22
3. Informe de alta de enfermería (IAE)	Pág. 27
3.1 Objetivos del informe de alta de enfermería	Pág. 28-29
3.2 El informe de alta de enfermería como instrumento de continuidad de cuidados	Pág. 29-30
3.3 Herramientas útiles para planificar el informe de alta de enfermería	Pág. 30-32
3.3.1 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	Pág. 32-33
3.3.2 Importancia del PAE	Pág. 33
3.3.3 Ventajas del PAE	Pág. 33-34
3.3.4 Indicadores del proceso de enfermería Fases del proceso	Pág. 34-49
3.4 Elaboración de un Informe de Alta de Enfermería	Pág. 49
3.4.1 Modelo de registro	Pág. 49-50
3.4.2 Análisis para la cumplimentación del Informe de Alta	Pág. 51-55

4. Análisis de la situación actual	Pág, 56
4.1 Coordinación entre niveles asistenciales	Pág, 56-57
4.2 La interrelación entre niveles es imprescindible para el desarrollo profesional	Pág, 58
4.3 Condicionantes y problemas	Pág, 58-60
4.4 Experiencia de coordinación entre ambos niveles	Pág. 60-61
4.5 Como estrechar los lazos	Pág. 61-63
4.6 ¿Hemos avanzado algo?	Pág. 63-65
5. Marco legal de los Registros de Enfermería	Pág. 66-69
6. Alternativas. Propuesta de soluciones.	
6.1 Recomendaciones generales de calidad para la coordinación entre niveles asistenciales	Pág. 70-72

MARCO PRÁCTICO

METODOLOGIA

Ámbito	Pág. 74
Referencias de los hospitales de estudio	Pág. 74
Hospital A	Pág. 74-78
Hospital B	Pág. 78-82
Variables del estudio: Definición	Pág. 83-85
Hipótesis	Pág. 86-87
Diseño	Pág. 88
Población y muestra	Pág. 89
Tamaño de la muestra	Pág. 90-93
Instrumentos	Pág. 94-95
Cuestionario	
Entrevista	
Otras definiciones de interés	Pág. 96

ABREVIATURAS

A.P.	Atención Primaria
A.E.	Atención Especializada
M.I.R.	Medico Interno Residente
I.N.S.A.L.U.D	Instituto Nacional de Salud
I.A.E.	Informe de Alta de Enfermería
O.A.S.C.C.	Organización de la Salud para el Cuidado Coordinado
N.A.N.D.A	North American Nursing Diagnostics Association
P.A.E.	Proceso de Atención de Enfermería
P.A.D.E.S.	Programa d'Atenció Domiciliaria Equip de Suport
O.M.S.	Organización Mundial de la Salud

RAZONAMIENTO

La Enfermería requiere para alcanzar un nivel profesional adecuado y óptimo estar inmersa en un proceso dinámico, de cambio y mejora continuo, adecuado al tiempo en que vivimos y fiel reflejo de la importancia específica que tiene dentro del equipo de salud; para ello, es necesario que seamos conscientes de la importancia de cada una de las tareas que realizamos; aquí resalta una de las actividades de enfermería más habituales y en ocasiones olvidada desde un punto de vista metodológico: los registros de enfermería y a partir de éstos la elaboración del informe de alta de enfermería como instrumento de coordinación entre niveles asistenciales.

Registrar es anotar, apuntar. Los registros e informes que realizamos nos permiten dar continuidad a la atención y facilitan la identificación de problemas.

Nuestra percepción es que al seguir una metodología en la documentación de enfermería y elaboración de informes, se contribuye a una mejor profesionalización y se abre un abanico de posibilidades para incrementar la calidad de la atención sanitaria y la coordinación de los cuidados ofrecidos a los usuarios. La información que transmitimos con la elaboración del informe no es un fin en sí mismo, sino un medio para conseguir resultados importantes en los cuidados.

El informe de alta de enfermería es una herramienta útil y versátil que puede facilitar nuestro trabajo de forma funcional, operativa y sencilla. Probablemente no existirá Enfermería de calidad sin registros e informes de calidad.

JUSTIFICACIÓN

La finalidad de los servicios sanitarios es ofrecer bienestar y salud a la población a través de los diferentes niveles asistenciales. Conseguir la continuidad de la atención entre los mismos mediante su coordinación, es una mejora de la calidad de los servicios.

Uno de los objetivos prioritarios del Plan de Salud de Cataluña es la preparación del alta hospitalaria, que tiene como finalidad garantizar la continuidad asistencial entre los diferentes niveles para mejorar los aspectos relacionados con el seguimiento del tratamiento, cuidados a domicilio, atención a pacientes en fase terminal, etc...

Gracias a la aparición del Informe de Alta de Enfermería, como herramienta necesaria para la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, este reto a conseguir se ve cada día más cerca. Diferentes estudios han evidenciado que en el alta hospitalaria, el hecho de asegurar la continuidad de la atención mediante la coordinación entre niveles, reduce los re-ingresos, las consultas externas, las atenciones en urgencias, la duplicidad de las exploraciones, suprime traslados innecesarios y optimiza las estancias hospitalarias, reduciendo por tanto el coste de la atención, e incrementa la satisfacción de la población y de los profesionales.

Sin embargo la utilización de este instrumento no se está realizando de forma homogénea en todos los hospitales. Nuestra pregunta es la siguiente ¿Por qué?

A partir de aquí nos proponemos conocer cuáles son los motivos por los cuales este instrumento no está instaurado a nivel hospitalario en todos los hospitales de referencia de los centros de atención primaria, y al mismo tiempo constatar la afirmación sobre que el alta de enfermería mejora la coordinación de los cuidados asistenciales, tal y como han afirmado ya muchos "colegas" en antiguos estudios de investigación.

PROBLEMA

- El problema parte de la falta de coordinación existente entre los ámbitos asistenciales de atención sanitaria de nuestro país, atención primaria y atención hospitalaria, conocida y descrita por los profesionales integrantes de éstos y por los investigadores en cuyo tema de estudio se han basado sus estudios. Partimos de la hipótesis de que el informe de alta de enfermería mejora la interrelación entre ambos niveles.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Determinar la validez del IAE en los centros de Atención Primaria
2. Determinar el nivel de conocimientos del proceso de atención de enfermería al alta de las enfermeras de Atención Especializada.
3. Conocer diferentes modelos de Alta hospitalaria de Enfermería.
4. Conocer si existe unificación de criterios para la realización de IAE.
5. Determinar conocimientos y actitudes sobre el informe de alta de enfermería
6. Identificar ventajas, dificultades y repercusiones sobre la utilización y la no utilización del IAE.

1ª PARTE: MARCO TEÓRICO Y
CONTEXTUAL DE
REFERENCIA

1. ANTECEDENTES

Clásicamente se ha señalado a la descoordinación entre niveles asistenciales (entre AE y AP) como uno de los grandes problemas de nuestro sistema sanitario. Pero grande no significa irresoluble. Muchos profesionales creemos que es posible superar esta situación con medidas eficaces y relativamente poco costosas. Creemos que es absolutamente necesario comunicarnos como compañeros que compartimos algo tan importante como es la salud de la población a la que atendemos.

Si logramos mejorar la comunicación, haciendo que ésta circule fluidamente de manera bidireccional, mejorando la resolutivez, en definitiva, aumentando la calidad de la atención al ciudadano, estaremos en camino de aumentar el prestigio de nuestro sistema de salud y el nuestro propio.

1.1 Breve reseña histórica sobre la evolución del sistema sanitario

El problema de la mala coordinación entre los niveles de AE y AP tiene su origen en los años 60, cuando la fascinación por la incipiente tecnología nacida alrededor de los hospitales fue desviando recursos económicos hacia ese medio en detrimento de una asistencia sanitaria más próxima a la vida cotidiana de los individuos.

A principios del siglo XX, la medicina, como en general todas las ciencias, experimenta un enorme desarrollo gracias al continuo avance de la investigación y el desarrollo de la tecnología. Sin embargo, los pacientes son atendidos ambulatoriamente o en sus propios domicilios, y los escasos centros de internamiento se utilizan como centros de beneficencia o para enfermedades específicas (leproserías, residencias para tuberculosos...). El trabajo en el hospital es visto por los profesionales como algo complementario a su labor principal, que es la consulta propia, que da prestigio y dinero.

Tras la Segunda Guerra Mundial, se hace evidente que la gran cantidad de avances y de técnicas nuevas que se han introducido en la práctica médica en

la primera mitad de siglo requieren de un lugar específicamente preparado para ellas: nace así el concepto moderno de hospital. Poco a poco crece el convencimiento de que la tecnología lo puede todo y el hospital se convierte en el centro del sistema sanitario.

La aparición de nuevos centros hospitalarios de alta tecnología, convierte a los hospitales en centros llamativos para desarrollar la labor profesional de los sanitarios, que a su vez requieren de una formación específica en los nuevos avances. Sin embargo, y en contrapartida, el trabajo en el primer nivel, conocido como atención primaria de salud, que se desarrolla en los ambulatorios, comienza a ser visto como poco apetecible por los profesionales, que se centran más en la faceta hospitalaria, y van abandonando las consultas de ambulatorio, dada la escasez de recursos económicos y diagnósticos.

En esta etapa, la atención ambulatoria se va deteriorando a un ritmo acelerado, hasta que en los años 70 la situación es desastrosa: masificación, dedicación a labores burocráticas, nula capacidad resolutive, mala relación con el paciente, escasísima formación... Todas estas circunstancias conducen a un fuerte desprestigio social y profesional. Tanto la población como la administración se vuelcan en los hospitales, donde se encuentran los profesionales que tienen auténtica capacidad resolutive.

La opinión popular, y con ella la de los políticos, se convenció de que la única medicina resolutive se hallaba en manos de los especialistas, y los recursos económicos incrementaron su tendencia, de por sí natural, a desviarse hacia los grandes centros sanitarios. Así, la atención médica deja de centrarse en la persona para orientarse a la enfermedad, con una confianza casi ciega en los avances tecnológicos y una paralela despreocupación por los costes (sociales y económicos) y por los resultados.

El resultado final fue el desprestigio absoluto desde todos los puntos de vista: a los ojos de la sociedad y del conjunto de la profesión, donde ser personal sanitario de Atención Primaria (AP) era sinónimo de "no servir para nada más". El divorcio comunicativo estaba servido. La incomunicación y los reproches recíprocos ante la indiferencia de las Administraciones sanitarias persisten hoy en la

actualidad, pese a los intentos de un gran número de profesionales que luchan día a día para que esto cambie.

Cuando en la conferencia de Alma-Ata de 1978 la OMS decide impulsar la Atención Primaria de Salud, el gobierno español implanta la reforma de atención primaria para que sea un nivel eficiente de atención. Se decide además que los profesionales de AP han de tener una formación específica, por lo que se crea la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, integrándola desde el principio en el sistema MIR (nacido en 1978).

Este cambio, impulsa el compromiso a trabajar en equipo, pero no entre niveles, sino en el seno del propio equipo de AP, la formación es mucho mayor, y los esfuerzos se dirigen no sólo a la curación, sino también a la prevención y a la promoción de la salud.

La mayor dedicación lleva a mejorar la atención a los pacientes, pero persiste la desconfianza, el rechazo de los colegas hospitalarios, y en cierto modo, también de la población, convencida de que sólo el nivel hospitalario puede resolver de una manera efectiva sus problemas de salud. La falta de cultura sanitaria y de conciencia de gasto de la población en general supone hoy en día una constante presión: la seducción de las pruebas diagnósticas, la tecnología sanitaria y la figura del sanitario hospitalario "todopoderoso" permanece marcado a fuego en las costumbres de nuestros pacientes, de generación en generación, cual si de bolas de cristal de adivinos, de elixires de la eterna felicidad o de brujos se tratara. Esta desconfianza, basada como vemos en motivos históricos, conduce a que todo el esfuerzo de mejora del sistema sanitario se vea lastrado por la mala comunicación, o mejor dicho, por la incomunicación absoluta en algunos casos, entre la atención primaria (AP) y la atención especializada (AE). Es evidente, que una adecuada comunicación y coordinación entre niveles asistenciales traerá consigo el enriquecimiento mutuo de los profesionales que trabajan en sanidad. Sin una efectiva coordinación internivelar resulta inviable alcanzar cotas aceptables de atención sanitaria que ofrecer a la sociedad.

1.2 Desarrollo Normativo de la Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

A nivel legislativo, desde que se iniciara la reforma sanitaria este tema ha sido contemplado:

- ◆ En 1984 se publica el real Decreto sobre estructuras básicas de salud, en el que se hace referencia en el artículo 7º a la coordinación de niveles: *“Los EAP desarrollarán su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den en otro nivel, lo que se determinará específicamente en los dispositivos de desarrollo de este Real Decreto”*.
- ◆ En 1986 con la publicación de la Ley General de Sanidad se definen en el artículo 56, las Áreas de Salud como *“las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario”* y en el mismo artículo se delimitan dos niveles de atención: el nivel de la AP integrado por los Equipos de Atención Primaria y sus equipos de apoyo, y el nivel de AE, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes de éstos.

En el artículo 65, apartado 19, se recoge que *“Cada área de salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud”*. En el apartado 3 del mismo artículo se dispone que *“... en todo caso, se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales”*.

Posterior a la aprobación de la ley General de Sanidad no se llevó a cabo la creación de vínculos institucionales y organizativos entre la AP y la AE, existiendo hasta hoy una descoordinación entre los niveles de Atención Sanitaria.

Como último esfuerzo se constituyó en el ámbito del INSALUD la organización de los Servicios Territoriales, cuya función entre otras muchas consistía en

potenciar la coordinación funcional de los servicios de AP y AE, con el objetivo de asegurar la continuidad y el carácter integral de la asistencia.

En nuestro medio sanitario no se han tomado medidas algunas para conseguir la coordinación de los distintos niveles.

1.3 La enfermería del SIGLO XX

En España la mala situación de la enfermería se prolonga hasta los años 20, aunque en 1915 se instituyó el título de enfermera por primera vez en la historia. La primera escuela española de enfermeras fue la Escuela de Santa Isabel de Hungría en Madrid, fundada por el Dr. Rubio y Galí (las clases eran impartidas por médicos).

En los años 1917 y 1919 se fundan en Barcelona la Escuela de Santa Madrona y la Escuela de la Mancomunidad de Cataluña.

Es en los años 30 cuando la enfermería llega a su máximo nivel de actividad gracias a la infraestructura sanitaria de la Segunda República.

Con la Guerra Civil comienza una involución de la profesión y de las libertades de la mujer. Mediante la Sección Femenina y leyes retrógradas se pretende reducir a las mujeres al ámbito doméstico.

En el año 1952 se crea el título de Auxiliar Técnico Sanitario (A.T.S) que unifica los planes de estudios de practicantes, comadronas y enfermeras por primera vez, y empieza a dar consistencia al trabajo de las enfermeras hasta llegar al año 1977 en que se crea el título de Diplomado en Enfermería que permite que las enfermeras tengan una formación universitaria.

Durante este siglo los avances tecnológicos y sociales han ido a un ritmo vertiginoso. Es imposible nombrarlos todos: En comunicación (televisión, teléfono móvil, vídeo-conferencia, internet...), en transportes (tren de alta velocidad, aviones, ...), en tecnología (robots, ordenadores, realidad virtual, energía nuclear,...), en salud (transplantes, microcirugía, tratamientos altamente sofisticados, reproducción in vitro, clonación,...) e incluso en el espacio el hombre llega a la luna y explora los planetas y el sistema solar.

Con respecto a la Enfermería los avances también han sido notables, pero sin embargo no se han equiparado con el desarrollo de otras ciencias o profesiones:

1. El nuevo concepto de salud que la define como el máximo bienestar posible, resultado de la adaptación y participación activa de la persona, en la promoción y conservación de un equilibrio dinámico con sí mismo y con su entorno.
2. Diagnóstico de enfermería que define los problemas de salud, reales o potenciales que afectan a un individuo, familia o grupo, y que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera.
3. La definición de la relación de necesidades fundamentales de orden bio-psico-social de las personas (las 14 necesidades definidas dentro del marco conceptual de Virginia Henderson).
4. Y por último el Proceso de Atención de Enfermería, conocido popularmente por P.A.E., que es la herramienta de trabajo que permite la aplicación del método científico, unifica criterios de trabajo y permite hacer estudios posteriores para evaluar la efectividad.

Este siglo ha tenido grandes enfermeras y enfermeros que con su trabajo nos han permitido llegar a lo que es hoy en día en el siglo XXI la profesión de enfermería.

1.4 Presente y futuro de la enfermería.

Durante estos últimos 20 años de profesión enfermera, hemos sufrido una serie de acontecimientos que han marcado la historia de nuestra profesión; si recordamos este período vemos que coincide con los trascendentales cambios hacia la recuperación de la democracia en nuestro país, en este momento histórico, las enfermeras se embarcan en la tarea de transformar la profesión.

Se reforma la situación de la Organización Colegial (1978) se estrenan Escuelas Universitarias y Planes de Estudios (1977), la O.M.S. en Alma Ata proclama la necesidad de reorientar los sistemas de salud para hacerlos universales e igualitarios, enfatizando los aspectos de prevención de la enfermedad y la participación de la comunidad en la gestión de la salud (1978).

Todos estos cambios, propician que la Enfermería Española comience a hablar de metodología científica, de enfoques teóricos, del concepto paciente/cliente, etc., dando un impulso importantísimo a nuestra profesión. No podemos dejar de decir, que estas transformaciones se han producido de forma poco planificada, con importantes diferencias entre profesionales (unos que se adaptan rápidamente a los cambios desde el punto de vista teórico/práctico y otros que mantienen una defensa a ultranza de situaciones no acordes con los tiempos), y por último con un apoyo de la administración sanitaria al cambio y sus consecuencias, en un principio decidido y poco después casi siempre ocasional. Sin embargo y a pesar de todo esto ¿qué hemos conseguido?:

1. A nivel de la *labor asistencial* hemos unificado muchos criterios, clarificando bastante nuestro ámbito disciplinar y valorizándolo. Se va reconociendo socialmente el importantísimo papel que juegan nuestros compañeros que trabajan en AP, dentro de los equipos de salud, y lo que es más importante y tema principal de nuestro propio trabajo de investigación, se reconoce entre los profesionales la enorme importancia de la comunicación entre los propios profesionales de los diferentes niveles asistenciales y entre éstos y los pacientes y las familias para lograr un restablecimiento de la salud más rápido, unos hábitos de vida más saludables y un rehabilitación más temprana. Para conseguir todo ello en muchos hospitales se elaboran registros, manuales de protocolos y procedimientos y se realizan sesiones de enfermería programadas, donde se comparten los casos y se discuten nuevas formas de trabajo y por último se reconoce la monitorización y evaluación de indicadores de

calidad de cuidados enfermeros, haciendo hincapié en la necesidad de la formación continuada en la actualización de la planificación, las herramientas y los procedimientos usados por los enfermeros en el cuidado de los pacientes.

2. En el *ámbito docente* hemos conseguido una Enfermería Universitaria de alto nivel, y la puesta en marcha de dos especialidades para Enfermería (de momento) como son la de matrona y salud mental.
3. En la *investigación*, año tras año, son más y mejores los trabajos presentados por los profesionales de Enfermería, sin embargo nos queda un largo camino por recorrer respecto a esta materia.
4. De la *gestión* podemos decir, que han sido muchas de las Direcciones de Enfermería de los diferentes centros las que han hecho capaz el desarrollo de todas estas estrategias encaminadas a modernizar los métodos de trabajo, formar a los profesionales capaces de realizar los cambios, impulsar políticas de calidad, etc. Todo ello nos ha facilitado poder llevar a cabo los cambios mencionados.

Pero y en la actualidad ¿en qué momento nos hayamos?. Después de describir todo lo que hemos ido consiguiendo durante estos últimos 20 años de historia de la profesión de enfermería de los que hemos partido, podemos decir que ha sido mucho y bueno, sin embargo, nos encontramos en un momento delicado de nuestra actividad profesional por las siguientes razones:

- Un número importante de profesionales, aún organiza su actividad profesional en torno a las tareas, no emplean un criterio definido en la sistemática ni en el método de trabajo, es decir, aún no consideran al usuario como eje del sistema.

- Algunos profesionales piensan que los registros son pérdidas de tiempo, los protocolos y procedimientos solo buenos para decir que se tienen.
- Otros no toman en consideración que la atención integral de calidad a los pacientes por parte de los profesionales de Enfermería, pasa por una completa valoración y planificación individualizada de sus cuidados.
- Se confía poco en las Direcciones de Enfermería, cuestionando su valía, y éstas a su vez se quedan en la práctica como pura gestión de personal (en algunos centros sucede así).

Nuestro futuro por tanto es incierto, sin embargo si conocemos que camino debemos iniciar para seguir avanzando:

1. En la labor asistencial, habremos de reconocer al usuario, el pleno derecho a ser escuchado, informado y a participar en la toma de decisiones respecto a su salud.
2. La comunicación pasa a ser una herramienta básica de la atención al usuario de nuestros servicios. Debemos modificar nuestro lenguaje para que se nos entienda y además entender las necesidades del paciente/cliente que necesita de nuestro cuidado en todas sus dimensiones.
3. Dada la complejidad de los problemas de salud de la población, todos los profesionales sanitarios de los diferentes niveles de actuación, (AE, AP, Atención Sociosanitaria, Atención Residencial, Atención de Salud Mental, etc...) tendremos que aprender a trabajar en equipo para su solución.
4. Para ello, y haciendo referencia al punto 3 citado anteriormente, deberemos integrar sistemas de comunicación eficaces y viables que

nos permitan mantener la interrelación necesaria para que esta información llegue al siguiente nivel de actuación y poder seguir ofreciendo así unos cuidados continuados y de calidad.

5. Dadas las características de nuestra población presente y futura, debido al progresivo aumento del envejecimiento de la población y al consecuente aumento de la esperanza de vida, debemos modificar los objetivos de nuestra atención encaminados más hacia el bienestar físico y emocional, donde la enfermera será el eje de la atención del paciente y la intervención médica se produzca a demanda.
6. La plena capacidad investigadora nos otorgará la licenciatura (2º ciclo) y el doctorado. Sin este paso, no conseguiremos nunca el reconocimiento pleno de nuestras capacidades investigadoras.
7. Las direcciones de Enfermería, deberán consolidarse como un elemento importante en la gestión sanitaria, y deberán preocuparse por mejorar y valorizar el producto enfermero.

Todo este proceso de cambio futuro y esperado, implicará como venimos diciendo a lo largo de todo el texto, de una potenciación y mejora de los métodos de comunicación entre los profesionales de enfermería. En los estudios de Lidia Hall y colaboradores, se demuestra que *“una buena comunicación con los usuarios y entre los propios profesionales que deberán dar atención a este usuario a lo largo de su proceso de enfermedad (mediante educación sanitaria, consenso de los objetivos terapéuticos, etc.) permite dar el alta a los pacientes en la mitad de tiempo, con la mitad de reingresos posteriores y a la mitad de coste (dato importante partiendo del hecho de que no disponemos de los recursos necesarios para satisfacer todas las necesidades de la población en tiempo y forma)”*.

Este hecho ya identificado y estudiado por otros investigadores, en nuestra realidad actual está en vías de desarrollo.

2. REGISTROS DE ENFERMERÍA

Es imprescindible que los registros de enfermería no se contemplen como hechos aislados sino como un proceso dinámico que permita comparar, evaluar y asegurar la continuidad de los cuidados en los diferentes niveles asistenciales.

Los objetivos de los registros de enfermería cubren varios e imprescindibles propósitos dentro de la práctica de nuestra profesión, ya que identifica las responsabilidades principales de la enfermera y su ejecución. Las ventajas de su utilización implican:

- Universalización de los cuidados de enfermería.
- Individualización, prestando asistencia específica y diferente para cada paciente.
- Identificar necesidades y establecer un plan de atención integral de enfermería, definiendo el trabajo de la enfermera.
- Asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería ayudando a la consecución del objetivo final: independencia y curación del paciente.
- Ayuda a comprender la importancia de los cuidados de enfermería y el papel de la enfermería a los usuarios y otros profesionales de la salud.
- Motivación , referida a la satisfacción por objetivos cumplidos, con cuidados excelentes.
- Proporciona criterios objetivos para la valoración de la actividad de la enfermera.
- Ayuda al perfeccionamiento y evaluación de la propia actuación de enfermería y los cuidados de salud "per se".
- Identifica las necesidades de personal en una unidad de hospitalización para el reajuste de plantilla por parte de la Dirección de Enfermería.
- Puede ser la esencia de programas de formación continuada, identificando necesidades.

- Instrumento para la investigación
- Ayuda en la formación de futuros profesionales, con el diseño de planes de cuidados de enfermería integrales e individualizados.
- Permite el trabajo en equipo (interdisciplinario).
- Permite auditar, para la mejora continua.
- Documentación legal. Aceptado en un juicio como prueba, en algunos. Se considera que pertenece al centro, aunque el cliente a petición suya, tiene derecho a conocer los datos registrados.

2.1 Dossier de enfermería

Hace relativamente pocos años, desde principios de los 80, la enfermería vé la aparición de nuevos modelos y teorías así como la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.), que más adelante explicaremos, que marca el plan de acción para prevenir, promocionar, dar asistencia y rehabilitar al individuo. Para conseguir estas metas, se debe realizar un riguroso proceso de recogida de datos para posteriormente detectar unos problemas, elaborar un diagnóstico y planificar actividades pertinentes para conseguir alcanzar unos objetivos prefijados.

Lise Lamontagne (1988), nos explica que se habla mucho actualmente del dossier de cuidados o documentación de enfermería, sería la historia clínica de cada uno de los pacientes con la documentación propia de enfermería. Este dossier incluye, a nombre de cada enfermo, todas las informaciones necesarias para desarrollar un proyecto de cuidados individualizado. Se trata de una herramienta, no de un fin en sí mismo, permitiendo la individualización, lo más fiel posible, de una concepción de los cuidados que se preocupa del enfermo y la puesta en práctica de un plan individualizado de cuidados. Se inscribe una lógica de cuidados centrada sobre cada enfermo y requiere una organización de los cuidados que refleje esta misma lógica.

Es el reflejo de la concepción de cuidados de una asistencia. Permite comprender qué informaciones son necesarias para la elaboración del plan de cuidados identificando claramente la finalidad. De esta forma, si los cuidados

tienen como objetivo promover el más alto nivel de independencia para cada enfermo, el dossier de cuidados permitirá por sus informaciones identificar claramente las áreas y los niveles de dependencia del enfermo así como sus recursos para evolucionar hacia la independencia. Estas informaciones se organizarán de modo que faciliten la elaboración del plan de evolución, etapa a etapa, hacia la independencia, y nos serán facilitadas por el enfermo, por su enfermedad, origen de dependencia, y por cualquier otro profesional que tenga relación con él. En este proceso es la enfermera quien asegura la coordinación.

Evidentemente, si la finalidad de los cuidados está mal identificada, si no existe un verdadero plan de cuidados, el dossier no tiene mucha utilidad. Su objetivo prioritario es llegar a un plan individualizado de cuidados y debe, en consecuencia, reflejar todas las fases indispensables a su concepción, a su puesta en práctica y a su evolución: recogida de datos, análisis de éstos e identificación de los problemas prioritarios (diagnóstico de enfermería), plan de cuidados, evaluación de los efectos de los cuidados y de las reacciones del enfermo y las notas de evolución. Nos lamentamos a menudo de que el dossier de cuidados es una traba para la toma de datos, esto se debe a que se limita casi siempre al rol que le delega el médico, donde la enfermera solo tiene iniciativa al nivel de recogida de datos. Como por otra parte conceptualiza mal su propio rol, aquel en el interior del cual tiene toda la iniciativa y lo controla, se entiende fácilmente que no puede llevar a cabo ningún proceso científico. Esto explica también por qué el dossier de cuidados, cuando existe, está a menudo con "avería".

El dossier es también reflejo de la organización de los cuidados del servicio. Surgido de una lógica de los cuidados centrada sobre cada enfermo, necesita la misma lógica de organización de los cuidados. Si ésta se centra sobre las tareas a realizar más que sobre las personas a cuidar, el dossier de cuidados no puede funcionar, siendo incompatibles estas dos diferentes lógicas. Así pues, es esencial que se confíen a las enfermeras enfermos a los cuales tendrán que administrarles todos los cuidados, en lugar de efectuar tareas respecto a todos los enfermos, si se quiere individualizar los cuidados.

También es importante que cada enfermo tenga una “figura cuidadora” de referencia, es decir, una enfermera particularmente responsable de la evolución de su plan de cuidados. Lo que es responsabilidad de todos no es, en realidad, responsabilidad de nadie; y la experiencia ha demostrado que cuando los planes de cuidados están bajo la responsabilidad de todos, o bien no llegan a realizarse o bien son abandonados muy pronto.

El primer beneficiario del dossier de cuidados es el enfermo, ya que ofrece la inmensa ventaja de permitir una síntesis fácilmente accesible de todas las informaciones que le conciernen y que hacen posible que reciba unos cuidados adaptados a lo que él es, a lo que vive, a lo que quiere, a lo que puede. En efecto, sin esta síntesis, no podemos adaptar los cuidados a las necesidades de cada enfermo. Muy frecuentemente cuidamos enfermedades, síntomas y no unos individuos únicos luchando contra las enfermedades y contra los síntomas, como lo demuestran claramente los documentos escritos utilizados en la mayoría de los servicios. Y, sin embargo, todas las investigaciones recientes dentro de los campos de la enfermedad y de la salud ponen de relieve que la enfermedad, al igual que la salud, son procesos bio-psico-sociales-culturales, que se desarrollan y evolucionan de forma muy individualizada. Estas investigaciones ponen también de manifiesto que el proceso de curación depende en gran parte de las reacciones del enfermo y de sus esperanzas. Solamente es eficaz un acercamiento individualizado. El dossier de cuidados creemos que nos lo facilita.

Es un auténtico medio de organización de los cuidados de Enfermería. En efecto, el segundo beneficiario del dossier de cuidados es la enfermera. Haciendo que organice y planifique sus cuidados en función de objetivos precisos acerca de la realidad del enfermo, proporciona unos puntos de referencia, haciendo factible un feedback sobre su trabajo y, de esta forma, un nivel más alto de satisfacción. Podemos afirmar que existe un nivel más alto de satisfacción de los cuidadores cuando los cuidados se centran sobre los

enfermos en lugar de los centrados sobre las tareas. No hay nada que nos haga sentir más infravalorado y menos satisfactorio que el trabajo por tareas y sin posibilidad de medir los efectos. Además, esta forma más científica de trabajar, que garantiza más la seguridad de los enfermos, aumenta en el plano legal, al mismo tiempo, la seguridad de la enfermera.

El dossier de cuidados:

1. Facilita de la misma forma el trabajo del equipo sanitario, proporcionando los elementos indispensables para éste: unos objetivos comunes claramente identificados.
2. Coordina los esfuerzos de todos llevándolos hacia una misma meta, obteniéndose por consiguiente, una mejor utilización de la energía y del trabajo de los cuidadores.
3. Proporciona consignas precisas guiando el trabajo de cada uno.
4. Permite efectuar el seguimiento de la calidad de los cuidados.
5. Permite al equipo de enfermería tener una guía para la organización del servicio y unos argumentos valiosos para justificar las peticiones de personal, cualificaciones, actividades formativas y también de equipamiento.

Conclusión: Es el punto de partida de una organización de los cuidados que nos evita los errores.

Es en sí, como hemos citado anteriormente una herramienta de comunicación, ya que reagrupa en un único documento todos los elementos indispensables para los cuidados del enfermo. Es accesible, lógico y fiable, siempre que la enfermera lo utilice con tal finalidad y no sólo como libreta de registros, evitando retranscripciones, fuentes de errores y pérdidas de tiempo. Asegura así, una mejor continuidad de los cuidados a lo largo de las 24 horas. Permite también una mejor colaboración interdisciplinaria y pone de manifiesto la importancia del trabajo de enfermería en su contribución para un acercamiento global al enfermo.

Hemos de contribuir enérgicamente, a integrar el método científico con el fin de que puedan utilizarlo sistemáticamente para poner en práctica sus cuidados. Es preciso volver a cuestionar toda la organización de los cuidados, con el fin de

asegurarse que permite centrarse sobre los enfermos y de proporcionar a cada uno de ellos una "figura cuidadora" como hemos dicho antes, de referencia. Esta es, seguramente, la etapa más difícil de salvar, pero es indispensable para instaurar un dossier de cuidados que sea válido.

Después, hay que crear una herramienta que permita alcanzar los objetivos que son los suyos, evitando al mismo tiempo a las enfermeras que se pasen el día escribiendo. La experiencia ha demostrado que, cuando el trabajo de escritura pedido a las enfermeras es demasiado importante, el dossier de cuidados se descuida. Así, un dossier de cuidados constituido por hojas blancas, en el que se debe escribir todo, tiene pocas probabilidades de éxito. Un dossier de cuidados es propio de cada centro asistencial, incluso algunas de sus hojas deben adaptarse a las necesidades de cada servicio, por lo que es impensable que se tome de otra parte un dossier de cuidados y se aplique tal cual en un servicio. Hay que crearlo.

Al iniciar la puesta en funcionamiento de un dossier de cuidados, se trata de empezar un movimiento de mejora de los cuidados, y a partir de los cuales nacerán otros documentos, que como nuestro informe de alta de enfermería mejorarán la conexión entre niveles asistenciales y en sí la calidad de los servicios prestados de enfermería a nuestra comunidad.

3. INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA. DEFINICIÓN.

Podemos definir el Informe de Enfermería al Alta (I.A.E.) como el resumen de la historia de enfermería y uno de los objetivos principales de éste es la continuidad de los cuidados. No debe ser extenso, ni debe plantear dificultades a la hora de su redacción o elaboración. Todo contenido superfluo y poco útil debe suprimirse de él.

La dificultad estriba en valorar qué es importante y qué es necesario para cubrir los objetivos que se persiguen.

Por otro lado, toda la información que se recoja deberá estar incluida y habrá sido extraída de la Historia de Enfermería, a fin de que sea demostrable en caso de necesidad.

El informe debe incluir lo más relevante de la valoración inicial que condicionó nuestras actuaciones, los diagnósticos de enfermería (en el caso de que se realicen) y los problemas interdisciplinarios que destacan por:

- su importancia,
- que tengan repercusión posterior,
- estar en vías de solución,
- y su cronicidad.

También se incluirán aquellos cuidados iniciados para cumplir los objetivos correspondientes, que no hayan podido solucionarse en el período de hospitalización y estimemos conveniente continuar en su centro de atención primaria; así como la evaluación global de los resultados obtenidos con nuestros cuidados.

La evaluación del plan de cuidados debe llegar a la conclusión de que el paciente y/o familia es capaz de tomar decisiones informadas y adaptadas a su cuidado.

Se crea la necesidad de establecer vías de comunicación fluidas y eficaces, dentro del entorno sanitario, para ofrecer servicios profesionales integrados y de mayor calidad.

3.1 Objetivos del Informe de Alta de Enfermería.

Podemos decir que los objetivos del IAE a grandes rasgos son:

- Coordinar los distintos servicios y niveles de asistencia, asegurando el cumplimiento de los estándares de la Organización de la Salud para el Cuidado Coordinado (OASCC).
- Garantizar la continuidad de los cuidados.
- Mejorar el confort y la calidad de vida del paciente
- Informar y orientar al cliente y/o familia.

Los objetivos específicos que extraemos a partir de los objetivos generales son:

- Proporcionar un lugar, un impreso y un proceso específico que faciliten el resumen del alta, dejando en él constancia escrita de las actuaciones de enfermería realizadas, donde quiera que se produzcan.
- Identificar las necesidades asistenciales del cliente a partir del alta, conociendo el grado de autonomía y de dependencia en el momento del alta.
- Enseñar al cliente y/o familiar/cuidador a controlar en su domicilio las distintas situaciones que pueden presentarse en las AVDs, evitando la sensación de abandono que sufre el paciente al ser dado de alta.

- Intercambiar información con los profesionales que atenderán al cliente en su domicilio, coordinando así eficazmente los distintos niveles asistenciales.
- Remitir al cliente a los servicios asistenciales de apoyo y/o comunitarios.
- Evitar derivaciones innecesarias al hospital.
- Disminuir la variabilidad de la atención mediante el desarrollo de protocolos de atención consensuados entre ambos niveles.
- Aumentar la satisfacción de la población y de los profesionales.

3.2 El informe de Alta de Enfermería como instrumento de continuidad de los cuidados.

La existencia de una comunicación fluida, flexible y equilibrada entre la Atención Primaria de Salud y la Atención Especializada es condición indispensable para garantizar la eficacia del Sistema Sanitario. Una de las funciones más importante de la enfermera hospitalaria, independientemente de la función asistencial como tal, consiste en poner a disposición de sus pacientes todos los recursos necesarios, coordinando la atención prestada con otros niveles del sistema sanitario.

Cuando el paciente es dado de alta, en muchas ocasiones precisa de una continuidad en su asistencia, bien sea en un hospital de media y larga estancia, centros de acogida, instituciones socio-sanitarias o por su médico de cabecera. En cualquiera de estas situaciones, precisará de un informe en el que se recoja tanto las atenciones recibidas durante su ingreso como las recomendaciones al alta, en el que se incluyen cuidados de enfermería.

El Informe de Alta de Enfermería (IAE) es un tema de interés creciente para muchísimos profesionales de nuestro país, como evidencian los muchos artículos publicados en revistas profesionales de Enfermería.

En primer lugar nos gustaría dar a conocer que entendemos nosotras por planificación del alta exponiendo que definición, de las muchas existentes, hemos aceptado para nuestro estudio: *“La planificación del alta es un proceso por el cual el personal de enfermería y el resto del equipo interdisciplinario, se coordinan para establecer que el cliente reciba los servicios necesarios tras el alta, para conseguir los objetivos que se pretenden con ella.”*(O’Hara PA, Terry MA:1988).

A partir de aquí deducimos que la planificación del alta es un proceso que exige transdisciplinariaidad entre los equipos de salud que atienden al cliente para garantizar la eficacia en la continuidad de los cuidados. La evidencia muestra que es la asistencia de enfermería la que proporciona continuidad durante las 24 horas del día en el medio hospitalario. Como proveedor de asistencia sanitaria las 24 horas del día, el personal de enfermería es de hecho el coordinador principal de los restantes servicios profesionales que intervienen en la asistencia a los pacientes hospitalizados o institucionalizados. Sin embargo esta función de coordinación sufre una fractura total cuando se produce el alta del paciente, no solo del hospital a su domicilio, sino incluso entre las distintas unidades de hospitalización o servicios donde es atendido dentro del mismo Centro. Nosotras nos centraremos en el primero de los casos, es decir, en el alta del paciente desde el centro hospitalario.

3.3 Herramientas útiles para planificar el IAE

No podemos hablar del Informe de Alta de Enfermería sin hacer un inciso en la matriz o base de conocimientos filosóficos a partir de los cuales nacen los procesos de cuidados de enfermería y cómo consecuencia de éstos la necesidad de proporcionar toda esta información elaborada a partir del tratamiento de toda esta información que parte de los cuidados suministrados día a día por el colectivo de enfermería a nuestros pacientes.

La enfermería diagnostica y trata las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud; para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica profesional; asegura la continuidad y la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en este campo.

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanente como sujeto de atención. Esto nos ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable y, a través de la práctica, necesaria.

La diferencia entre la enfermería y las demás disciplinas sanitarias, con las que nos relacionamos, reside en la profundidad y amplitud de foco de la enfermería. Las demás disciplinas se centran en algo más limitado que la enfermería. Es cierto que el especialista en nutrición sabe más de nutrición y el farmacéutico de farmacología terapéutica que cualquier enfermera. Sin embargo, cada enfermera aporta conocimientos de nutrición y farmacología a las relaciones con los sujetos de atención. El grado de estos conocimientos es suficiente en muchos casos; cuando resulta insuficiente, entonces hace falta una consulta. Ninguna otra disciplina posee esta variedad de conocimientos, lo cual explica por qué han resultado costosos y finalmente un fracaso los intentos por sustituir la enfermería por otras disciplinas.

Profesión es la acción y el efecto de profesar. Esta definición indica el compromiso con principios y teorías científicas, a los cuales se profesa un afecto sincero, es decir, la adhesión a un conjunto de prácticas, aceptadas, que involucran un código de ética profesional, el dominio del conjunto de conocimientos científicos y la relación con otras profesiones. La sociedad le concede a la profesión un reconocimiento, le demanda un trabajo específico y le otorga la autonomía para poderlo realizar. Esta decide qué hacer, cómo hacerlo y quién debe hacerlo.

Como hemos citado anteriormente, a partir de la Segunda Guerra Mundial la enfermería inicia su transformación, pues busca crear un marco conceptual que le sea propio. De allí nacieron las teorías de enfermería; una teoría es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos; estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación. La teoría, además, es útil como soporte del quehacer profesional.

Quienes han teorizado tienen una filosofía de lo que es la profesión y su quehacer; dicha filosofía constituye el fundamento de su teoría y refleja el estado del conocimiento científico de la época en la cual fueron elaboradas. Los productores de teorías tuvieron como base, entre otras, las siguientes fuentes:

- 1) su propia educación,
- 2) su experiencia,
- 3) la observación,
- 4) la interacción con profesionales de enfermería y otras disciplinas y
- 5) los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.

Las teorías sirven de guía en los procesos de atención y son el fundamento para la aplicación del proceso científico. Brindan autonomía profesional porque orientan las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina. Cada teoría proporciona los criterios para dirigir la valoración, la organización y el análisis de los datos; la elaboración de diagnósticos; y la planeación, ejecución y evaluación de la intervención de enfermería.

3.3.1 Proceso de atención de enfermería

Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud, para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería.

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

3.3.2 Importancia del proceso de enfermería

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

3.3.3 Ventajas del proceso de atención de enfermería

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. A la otra parte, el profesional, le facilita la comunicación, concede flexibilidad en el cuidado, e genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo, e permite conocer objetivos importantes para el

sujeto de atención, propicia el crecimiento profesional, permite asignar los sujetos de atención de forma racional y le proporciona información para investigar.

En resumen, el uso del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención, y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención.

3.3.4 Indicadores del Proceso de Atención de Enfermería. Fases del proceso.

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral. Se organiza en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente. El proceso de atención tienen como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

Como se mencionó anteriormente, el proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

- 1) valoración,
- 2) diagnóstico de enfermería,
- 3) planeación,
- 4) ejecución-intervención y
- 5) evaluación.

La primera fase es la de recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas —presentes, potenciales o posibles— en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro: facilita entonces la intervención de enfermería, y se logra a través de las siguientes etapas:

Recolección de la información de fuentes variadas (sujeto de atención, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.

Organización de los datos, validación de los mismos e identificación de las alteraciones. Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad. Esto tiene varios propósitos como lo anota Iyer P: *"..establece una forma mecánica de comunicación entre los miembros del equipo de salud...; la anotación completa ayuda a eliminar la repetición de interrogatorios y exploraciones realizados por el personal de salud; y ...Permite al profesional de Enfermería desarrollar diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería"*.

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.

En la novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: *"diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera"*.

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos en forma eficaz.

En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la creación de una taxonomía diagnóstica propia.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

Los diagnósticos se clasifican según características. Según Carpenito un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible. El de bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar. El diagnóstico real describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar. El posible señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo); y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, y signos y síntomas).

Los siguientes ejemplos, tomados de Carpenito, ilustran los componentes de los diferentes tipos de diagnósticos:

Diagnóstico de bienestar: *potencial para favorecer la paternidad.*

Diagnóstico de alto riesgo: *alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades domésticas, dieta y medicamentos.*

Diagnóstico posible: *posible incapacidad para el autocuidado relacionado con la afectación en la capacidad de utilizar la mano izquierda secundaria a una vía intravenosa.*

Diagnóstico real: *alteración de la nutrición por defecto, relacionado con anorexia, cambios en el gusto, náuseas/vómitos persistentes, y aumento del índice metabólico.*

El diagnóstico de enfermería tiene un componente estructural: problema, etiología, y signos y síntomas y un componente taxonómico, cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería, según el marco o modelo conceptual escogido: teoría de autocuidado de D. Orem; necesidades humanas de A Maslow, o patrones funcionales de M. Gordon.

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del sujeto de atención y la segunda describe la etiología o causa del problema, los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase *relacionado con*, la cual se indica *r/c*.

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.

Es necesario valorar los patrones de normalidad del sujeto de atención para poder ubicar sus respuestas dentro del contexto, pues esta normalidad depende de la cultura, la educación, el trabajo y las experiencias anteriores de

cada individuo. En algunos casos un problema evidente tiene causa desconocida, entonces se formula el diagnóstico de enfermería con el problema identificado r/c causa desconocida, lo cual genera actividades de búsqueda de la etiología.

Cuando se va a elaborar el diagnóstico de enfermería se deben tener en cuenta algunas reglas:

- 1) usar términos técnicos;
- 2) evitar juicios de valor, supuestos o deducciones;
- 3) escribir el diagnóstico como respuesta o problema del sujeto de atención;
- 4) la primera parte sólo debe enunciar problemas del sujeto de atención;
- 5) escribir *con relación a* o *relacionado con* en vez de *debido a*;
- 6) la primera y segunda parte deben ser diferentes;
- 7) evitar invertir las dos partes del enunciado;
- 8) no utilizar el diagnóstico médico y
- 9) el problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar.

Todas estas reglas servirán posteriormente como premisas a tener en cuenta a la hora de elaborar una hoja de registro de alta de enfermería, ya que todo lo que registremos en ella partirá de las consideraciones realizadas durante todo este proceso que estamos explicando y definiendo.

Al redactar el diagnóstico se pueden cometer errores como: escribir más de un problema en un solo enunciado; elaborar diagnósticos confusos; expresar problemas de enfermería y no problemas del sujeto de atención; hacer enunciados muy extensos o imprecisos e inespecíficos; omitir la perspectiva del sujeto de atención sobre sí mismo y su salud, e invertir los componentes.

Si se siguen las reglas mencionadas anteriormente y no se comenten estos errores, se obtendrá un buen diagnóstico y con este las siguientes ventajas:

Facilita abordar el cuidado del sujeto de atención en forma individualizada

Facilita la comunicación profesional

Ayuda a determinar resultados en el sujeto de atención

Ayuda al profesional de enfermería a articular con claridad el ámbito de la práctica.

Como podemos observar, si nos detenemos un momento a comparar estas ventajas con las de la elaboración del informe de alta de enfermería, nos damos cuenta de que son muy similares, casi idénticas, de ello la importancia de conocer bien este proceso de cuidados para una buena elaboración del informe. Es importante así mismo, distinguir los diagnósticos de enfermería de los diagnósticos médicos, los cuales no pueden ser tratados ni abordados por profesionales de enfermería, pero que muchas veces al cometer estos errores se registran como tales, lo veremos en la siguiente tabla:

Tabla 1. Diferencias entre los diagnósticos de enfermería y médico

Diagnóstico de enfermería	Diagnóstico médico
Describe una respuesta humana a los problemas de salud.	Describe una situación patológica o de enfermedad.
Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención.	Se mantiene en tanto la enfermedad esté presente.
Es tratado por la enfermera en el entorno de la práctica de enfermería.	Es tratado por el médico en el entorno de la práctica médica.
La mayoría de las veces tiene que ver con la autopercepción del sujeto de atención.	La mayoría de las veces tiene que ver con los cambios fisiopatológicos.
Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos.	Se aplica solamente a las enfermedades de individuos o colectivos.

En la práctica clínica el médico centra su atención en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o, cuando esto no es posible, en el control de los signos y síntomas. Los profesionales de enfermería, por el contrario, dirigen su atención a la identificación de las respuestas del sujeto de atención a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.

Un diagnóstico médico puede sugerir o generar uno o varios diagnósticos de enfermería. Por ejemplo, el diagnóstico médico úlcera péptica puede producir el diagnóstico de enfermería, dolor relacionado con úlcera péptica.

El diagnóstico de enfermería es esencial porque es un juicio que encadena la recolección de la información con el planeamiento del cuidado. Cuando se emite un diagnóstico de enfermería la responsabilidad de confeccionar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido, mientras en el caso de los problemas interdependientes, el profesional de enfermería colabora con el equipo de salud para el tratamiento.

Finalmente, el diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en

- 1) *independientes* (las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería; se derivan de la visión global de su sujeto de atención);
- 2) *dependientes* (aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las órdenes médicas); o
- 3) *interdependientes* (son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud).

La tercera fase del proceso de atención es la planeación de la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación de objetivos con el sujeto de atención y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarlo a lograr los objetivos.

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos.

Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades: la jerarquización de las necesidades se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería. Por ejemplo, utilizando la teoría de Maslow para guiar el suministro de atención de enfermería, el profesional debe :

- 1) aliviar el dolor del sujeto de atención (una necesidad fisiológica) antes de fomentar la higiene matutina (autoestima);
- 2) satisfacer las necesidades que el sujeto de atención siente más importantes, siempre y cuando no interfieran con el tratamiento médico o con la supervivencia y
- 3) considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades.

En la siguiente fase, al determinar los objetivos, determinamos el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.

Por último, las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

Antes de enunciar la cuarta fase se mencionarán las características de las órdenes de enfermería. Estas deben ser coherentes con el plan de atención, estar basadas en principios científicos, ser individualizadas para cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva a cabo la acción, indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever, indicar la hora, el intervalo,

la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería.

Siempre deben quedar escritas porque además de facilitar la comunicación son un elemento de control para verificar el cumplimiento de las metas. Pueden escribirse varias acciones para el logro de una meta y a medida que el sujeto de atención va mejorando o empeorando su estado, van modificando cuantas veces sea necesario.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuáles son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.

La ejecución es la cuarta fase de las cinco que componen el proceso de enfermería. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería.

Consta de varias actividades:

- Validar el plan,
- Documentarlo,
- Suministrar y documentar la atención de enfermería y
- Continuar con la recopilación de datos.

Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.

Documentación del plan de atención. Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Los primeros son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes estandarizados con modificaciones, que permiten la individualización, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar. Los planes de cuidado computarizados se pueden elaborar en la terminal del cuarto del sujeto de atención o en un control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite. Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados y estandarizados con modificaciones.

Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede proceder a dar la atención como se planeó. La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería. En Colombia la información se consigna en la hoja de observaciones de enfermería. Además, se utilizan las hojas para otros registros como control de líquidos y signos vitales, entre otros.

Existe una forma adicional, la forma de documentación por problemas o evolución de enfermería basado en SOAPIER: S, signos subjetivos; O, signos objetivos; A, valoración (assessment); P, plan; I, implementación, intervenciones; E, evaluación; R, revaloración.

A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.

La quinta, y última, fase es la evaluación. Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

La primera, la evaluación del logro de objetivos, es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de dos formas. La primera un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. La segunda es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.

El resultado debe quedar escrito en la historia dentro del plan. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.

La revaloración del plan, es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones:

- 1) que las prioridades hayan cambiado su orden,
- 2) que haya surgido un nuevo problema,
- 3) que el problema haya sido resuelto,
- 4) que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe y
- 5) que el objetivo no se logró o sólo se logró en forma parcial.

Ante cualquiera de los anteriores resultados el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones como cambiar el orden de prioridad de los problemas; elaborar nuevos diagnósticos de enfermería con base en los nuevos problemas; eliminar los diagnósticos de los problemas resueltos; replantear nuevas metas y acciones para solucionar el problema persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró o sólo se logró parcialmente.

En cuanto a este último punto, las razones más frecuentes para no alcanzar el resultado enunciado son: el diagnóstico de enfermería, del cual se deriva el objetivo, es inadecuado; el diagnóstico es adecuado pero el objetivo es irreal para las capacidades del sujeto de atención para los recursos con que se cuenta; el diagnóstico y el objetivo son adecuados pero las acciones de enfermería no lo son para alcanzarlo; y el diagnóstico, el objetivo y las acciones son adecuados pero las circunstancias del hospital cambiaron o del sujeto de atención cambiaron, o se indicaron nuevas órdenes médicas opuestas al plan de atención de enfermería.

Por último, la satisfacción del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con él.

Es importante resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan.

La evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permiten diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente.

Debemos aprovechar la utilidad que puedan tener los Diagnósticos de Enfermería en el PAE como herramienta de trabajo e investigación y como lenguaje común.

Según R. Alfaro " *El PAE es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de los objetivos*".

Empleando la metodología del Proceso de Atención de Enfermería podemos formular objetivos:

- A corto plazo.
- A medio/largo plazo.
- Objetivos continuados
- Objetivos para el alta: de proceso y de resultado.

Como venimos repitiendo una y otra vez, y todas las estadísticas así lo confirman, las demandas de los usuarios del sistema de salud cada vez se dirigen más hacia una atención rápida, individualizada y de calidad. Al mismo tiempo, la eficiencia de los servicios sanitarios depende del uso adecuado de los recursos en todos los niveles de atención. La evolución ocurrida en nuestro sistema de salud y las experiencias de otros países dirigen la atención hacia sistemas que garanticen la continuidad asistencial entre niveles de atención (con las ventajas que ofrece el creciente desarrollo informático) y que

contribuyan a mejorar los servicios que se prestan, racionalizar la utilización de recursos y optimizar los costes.

Es responsabilidad de los profesionales de la salud articular herramientas de comunicación interniveles que permitan la pronta llegada de la información, para ofrecer servicios continuados e integrales, independientemente de dónde se presten, que a la vez que garantizan la calidad y la eficiencia, elevan el nivel de satisfacción de los usuarios.

La misión de la Enfermería es ofrecer cuidados al individuo sano y enfermo, a la familia y a la comunidad, tanto en el medio hospitalario como en el ámbito extrahospitalario. Por ello, la enfermera está obligada a garantizar la calidad de los servicios prestados a sus usuarios

Cuando el paciente, tras su hospitalización, es dado de alta, generalmente el equipo de atención primaria recibe como único documento el informe médico, que aporta datos biológicos referentes a la enfermedad, su evolución y el tratamiento. En el informe de Enfermería al alta figurarían las necesidades del individuo, los cuidados llevados a cabo y todos aquellos aspectos que requieran una atención continuada, sobre todo teniendo en cuenta que el alta hospitalaria no supone, en muchos casos, el final del proceso que causó su ingreso.

El objetivo del informe de enfermería al alta es mejorar la comunicación y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, garantizando la continuidad de los cuidados y mitigando la ansiedad del usuario y su familia.

Se trata de un documento dirigido al enfermero de referencia del paciente con el fin de que conozca inmediatamente y de primera mano cómo ha sido la estancia en el hospital y en qué situación vuelve el individuo a su domicilio. Por tanto, facilita la identificación de los problemas de salud, deja constancia escrita de los cuidados prestados y educación llevada a cabo, ayuda a establecer una comunicación más estrecha con el paciente, genera una gran satisfacción entre los pacientes y sus familias al no percibir en ningún momento abandono de la prestación de cuidados, puede evitar visitas a urgencias y reingresos hospitalarios, etc.

Todo aquello que contribuya a la implantación de un sistema de documentación en enfermería supone un vínculo entre la teoría y la práctica asistencial, y la posibilidad de reflejar el trabajo enfermero y la evolución de los enfermos desde una perspectiva integral. Asimismo abre una vía de comunicación interprofesional que además puede suponer una notable fuente de información para el desarrollo de programas de formación y de proyectos de investigación.

Otro aspecto no menos importante es la obligación de todos los profesionales, cada uno en su área de competencia profesional, de cumplimentar correctamente la documentación y el registro de las actividades, evolución e incidencias del proceso asistencial. Un registro adecuado no es solo imperativo de calidad sino también una exigencia legal ante posibles reclamaciones o demandas judiciales.

3.4 Elaboración de un Informe de Alta de Enfermería

3.4.1 Modelo de Registro

Un modelo de registro completamente abierto puede conducir a la no cumplimentación. Una hoja semiestructurada y ágil, con ítems abiertos y cerrados, permite una mayor y mejor cumplimentación y el uso de un lenguaje común.

Es un elemento de trabajo consensuado con Atención Primaria, ya que su objetivo es facilitar la continuidad en otro nivel asistencial de los cuidados enfermeros originados en el hospital, anticipándose a las necesidades que tendrá el paciente tras el alta.

El documento es único, igual para todos los servicios hospitalarios, para facilitar la generalización de su uso. Debería contener un apartado de observaciones específicas o adicionales para cada tipo de unidad o para aspectos individuales del paciente no contemplados en apartados anteriores.

Su estructura es similar a la de la Hoja de Valoración de Enfermería al Ingreso, con la que los profesionales ya están familiarizados, y supone su continuidad.

Estaría indicado una impresión del informe en manufactura autocopiativa o autocalcable, para poder separar las copias según su destino (historia hospitalaria del paciente, centro de salud), evitando la realización de fotocopias, en el caso de no ser así, se debería imprimir más de una copia si su realización es a través de un programa informático. Una de las copias se entregará al paciente o familiar, en sobre cerrado, con la indicación "A enfermera de referencia".

Los pacientes susceptibles de necesitar cuidados posteriores y por tanto de que se les entregue el informe de enfermería al alta serán valorados en cada unidad o servicio. Ejemplos de este tipo de pacientes son:

- Dependientes para sus necesidades básicas
- Con dificultades personales o familiares para seguir las recomendaciones y cuidados
- Terminales
- Con patrón cognitivo-perceptivo alterado
- Puérperas
- Post-quirúrgicos
- Con oxigenoterapia, tratamientos paralelos, sondajes, ostomías, catéteres, curas

3.4.2 Análisis para la cumplimentación del Informe al Alta

Este análisis lo hemos resumido del Informe de recomendaciones NMDS (Nursing Minimum Data Set, Conferencia de Wisconsin-Milwaukee 1985): conjunto mínimo de elementos de información con definiciones y categorías uniformes en relación al campo de actuación de enfermería, que cubre las necesidades de información de múltiples usuarios en el sistema sanitario. El NMDS incluye aquellos aspectos específicos de información utilizados de forma habitual por la mayoría de enfermeras en cualquiera de los ámbitos en que se presten cuidados enfermeros, del CHDAS (Conference on Hospital Discharge Abstract Systems): criterios establecidos para guiar el desarrollo de los diferentes conjuntos mínimos de datos, y por último del Manual de uso de la historia clínica de la Comisión de Historias Clínicas del Hospital General Universitario de Alicante.

A partir de estos documentos hemos realizado las siguientes afirmaciones para la correcta elaboración de un Informe de Enfermería al Alta:

La unidad o servicio de procedencia informa de la especialidad en la que ha estado ingresado el paciente cuando es dado de alta, y el nº de teléfono permite ampliar en caso necesario los canales habituales de comunicación interprofesional. En "destino" se hará constar donde se dirige el informe, según el destino del paciente: centro de salud, PADES, otro hospital, etc.

En el ítem Resumen del episodio asistencial será necesario indicar al menos el motivo y la fecha de ingreso.

Antecedentes: se reflejará el tipo de alergia, si existiese, referida por el paciente o escrita en cualquier documento. En caso de no existir ningún tipo de alergia al ingreso conocida, para asegurar su valoración, deberá escribirse "no alergias conocidas al ingreso". Si a lo largo del ingreso se descubriese alguna alergia no conocida previamente, este ítem debería modificarse para reflejar esta nueva situación. En cuanto a enfermedades previas, se reflejarán las más relevantes, ya sean crónicas o agudas, así como las intervenciones quirúrgicas más importantes. Los tratamientos previos hacen referencia a la medicación que el paciente está consumiendo en el momento del ingreso. Si

éste aportara medicación propia que debe seguir tomando, también deberá reflejarse, así como su pauta de administración.

NECESIDADES BÁSICAS:

Respiración: se reflejará si el paciente presenta algún tipo de problema respiratorio como disnea, cianosis, secreciones (cantidad, aspecto, etc.), si precisa aporte de oxígeno, soporte a utilizar y concentración de éste. Asimismo se reflejará el hábito tabáquico.

Alimentación: se entenderá por:

No alterada: aquella persona que no presenta ningún tipo de problema en su alimentación y en la manera de ingestión de los alimentos.

Alterada: aquella persona que presenta algún tipo de alteración en su alimentación y en la manera de ingestión de los alimentos, como SNG, NPT, NE, gastrostomía, disfagia, dificultad para la masticación, alteraciones motoras que afectan al acto de comer, etc. reflejaremos el problema por el que está alterada esta necesidad, independientemente de que pueda o no necesitar ayuda. Ej.: paciente con disfagia prolongada portador de SNG (problema) que se administra él mismo la dieta turmix (no necesita ayuda).

En el ítem “necesita ayuda” reflejaremos si el paciente precisa de la ayuda del personal de Enfermería o de algún familiar para alimentarse, desde la preparación de la comida en el plato, vigilancia o administración de toda la comida.

Haremos constar los hábitos tóxicos (alcohol u otros) y la cantidad.

Eliminación: se entiende por

No alterada: la persona que no presenta alteración en la eliminación tanto fecal como urinaria. En este caso sólo procede cumplimentar el patrón de eliminación fecal habitual, que corresponde a la frecuencia habitual del paciente, evitando utilizar términos ambiguos y sí términos numéricos (Ej.: 2 veces al día).

Alterada: la persona que presenta cualquier tipo de alteración en la eliminación fecal y/o urinaria. Reflejaremos si precisa ayuda para su cuidado personal en esta necesidad y el tipo de ayuda.

Descanso: se considerará alterado si en los últimos días o semanas se ha producido cambios en su patrón de descanso habitual. Se reflejará la causa de este cambio (insomnio, dolor, disnea, ansiedad, medicación, etc.). El patrón de descanso hace referencia a las horas de descanso habituales y peculiaridades respecto al descanso (Ej.: 7 horas nocturnas interrumpidas por nicturia, más 1 hora de siesta).

Aseo e higiene: se considerará no alterada si la persona realiza correctamente y por sí misma las actividades de aseo e higiene, y alterada si no las realiza correctamente o necesita de algún tipo de ayuda para estas actividades. Se indicará el tipo de ayuda correspondiente: acompañamiento, ayuda para higiene parcial de partes concretas, higiene total en la cama, etc. El estado de higiene hace referencia a la valoración subjetiva de la enfermera sobre el estado general del paciente en este aspecto (Ej.: adecuado, aspecto descuidado, déficit grave de higiene, etc.).

Movilidad: se considerará no alterada si la persona se mueve sin ningún tipo de ayuda o no presenta problema. Estará alterada si presenta problemas para moverse sin ayuda, deambular, cambiar de posición en la cama, etc. Indicar aquí si precisa ayuda y de qué tipo (muletas, andador, silla de ruedas, bastón, acompañamiento para apoyo, cambios posturales, etc.) así como la existencia de prótesis (miembro ortopédico, prótesis de rodilla o cadera, ...).

Estatus funcional: se medirá la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades de su vida diaria, mediante una forma objetiva y utilizada en todo el mundo por muchos profesionales, la escala de capacidad funcional de la OMS *. Se puede dar el caso de una persona que se encuentre entre dos escalones, reflejándose de esta forma: 0-1, 3-4, etc.

En el apartado de seguridad, se indicará el estado de consciencia que presenta el paciente, mediante términos como consciente, orientado, desorientado, obnubilado, comatoso, agitado, etc., al igual que si precisara de algún elemento de seguridad, como barandillas, vigilancia continua, etc.

El estado de piel y mucosas se valorará como no alterado en los pacientes que presenten una piel y mucosas normocoloreadas, normohidratadas y sin ningún tipo de alteración de las mismas. La alteración consiste en un cierto nivel de deshidratación, cambio en la coloración habitual o algún tipo de problema irritativo, infeccioso, inflamatorio o genético, soluciones de continuidad, de tipo quirúrgico o no. A su vez, la alteración puede ser generalizada o localizada, especificando en este caso la localización concreta.

Dentro de capacidad sensorial se valorarán las deficiencias de los órganos de los sentidos en cualquiera de sus grados, especificando el tipo de deficiencia. Por prótesis se entenderá cualquier elemento que ayude a cubrir una necesidad sensorial del paciente, (audífono, lentes oculares...), especificando en cualquier caso el tipo de prótesis.

*** Escala de capacidad funcional de la O.M.S.**

CAPACIDAD FUNCIONAL	GRADO
Actividad completa. Puede cumplir con todos sus quehaceres al igual que antes de la enfermedad sin ninguna restricción.	0
Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio y capaz de llevar a cabo trabajos ligeros o sedentarios (Faenas caseras leves, trabajo de oficina.)	1
Ambulatorio y capaz de cuidarse, pero no de llevar a cabo cualquier trabajo. Permanece encamado durante menos de 50% de las horas de vigilia.	2
Sólo puede cuidarse en parte. Permanece encamado durante más del 50% de las horas de vigilia.	3
Totalmente inválido e incapaz de cuidarse. Encamado por completo.	4
Muerto.	5

4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Todo y que los esfuerzos se están realizando desde un colectivo minoritario para que la comunicación internivelar mejore, los responsables sanitarios hasta ahora no lo han tenido entre sus objetivos prioritarios, como consecuencia la situación es de mayor desvinculación entre la AP y la AE, con los problemas y la ineficiencia que ello conlleva.

En algunos aspectos un nivel culpabiliza al otro, de forma recíproca (AP/AE) por no poder resolver ciertos problemas (ej.: listas de espera,, aumento de las pruebas complementarias, gasto farmacéutico,...), existiendo en ocasiones más competencia que colaboración. La administración no ha intervenido con su arbitraje en estos conflictos y tanto un nivel como otro no han sabido cual era el camino a tomar para mejorar estas relaciones.

A continuación detallaremos brevemente en que punto nos encontramos actualmente respecto a este gran problema cronificado en el tiempo.

4.1.Coordinación entre niveles asistencia/es

La actividad de cada uno de los dos niveles se ha venido desarrollando sin apenas consecuencias mutuas, positivas o negativas, que motivasen la necesidad de aunar esfuerzos en el proceso de provisión de servicios. Por el contrario, es frecuente observar que en los niveles primario y especializado de un mismo Área Sanitaria hay planteamientos autónomos de objetivos en temas que afectan a ambos, sin contemplar las repercusiones que provocan o las sinergias que se podrían haber obtenido. En la práctica diaria está escasamente desarrollada la conciencia de corresponsabilidad mutua en el uso de los recursos, tanto de los especializados por parte del primer nivel como de los de primaria por parte de los especialistas. La generación de demoras en consultas externas, por ejemplo, es atribuida con frecuencia por primaria a la falta de capacidad del nivel especializado; pero pocas veces se plantea su parte de responsabilidad en la misma.

Del mismo modo, el gasto inducido en primaria por continuación de prescripciones farmacéuticas instauradas por el médico especialista, no es habitualmente objeto de preocupación en atención especializada, desde el punto de vista del coste/eficacia terapéutica. Es llamativa, por otra parte, la escasa costumbre de transmitirse, entre médicos de uno y otro nivel, la información clínica relativa a un paciente sobre el que están actuando ambos.

Por último, hay que señalar que el incremento de la población asegurada, el envejecimiento de la población, la proliferación de pacientes crónicos, el aumento del nivel de información y renta de la población, entre otros factores, tienen una gran repercusión en un sistema caracterizado por la gratuidad en el momento del servicio, que confiere a los usuarios una enorme capacidad de uso. El primer efecto es la tendencia al consumo excesivo, intensificando la presión asistencial y el nivel de exigencia. Esta creciente demanda sería otro poderoso motivo para establecer estrategias conjuntas de actuación. Sin embargo, en la práctica, lo que suele suceder es que el aumento de presión provoca un mayor distanciamiento entre los dos niveles, en un intento de "achicar" carga de trabajo.

La falta de coordinación entre niveles produce efectos negativos desde el punto de vista de la continuidad asistencial y es también fuente de ineficiencia de los recursos y de cuestionamiento del propio sistema por lo que, independientemente de las decisiones de calado que eventualmente pudieran reorientar la relación entre los agentes del sistema sanitario, es imprescindible aplicar mecanismos de mejora de la situación actual que, en cualquier caso, permitirían un claro avance en la calidad de los servicios y en la rentabilidad del sistema.

Como última reflexión, no hay que olvidar que la coordinación entre niveles asistenciales no es solamente una cuestión de opinión, sino que implica asumir unas determinadas formas de organización de los servicios sanitarios, donde están en juego muchos intereses que deben concurrir en uno solo: la correcta atención al ciudadano.

4.2 La interrelación entre niveles es imprescindible para el desarrollo profesional

La interrelación entre los dos niveles asistenciales, así como, la interrelación en la aplicación de los cuidados, es concepto imprescindible para el desarrollo de la profesión, encauzada a cubrir las exigencias que la sociedad nos demanda.

La interrelación no debe tener su frontera en los propios profesionales, sino que estos mismos deben prolongar los cuidados potenciales de salud hacia un ciudadano/paciente/cliente, independientemente del nivel que precisen de cuidados, desde el niño sano hasta el paciente inmovilizado por politraumatismos o al paciente terminal.

La elaboración de informes favorece el seguimiento de pacientes, y los sistemas de información permiten comparar resultados entre profesionales influyendo en la motivación de éstos. Estas actuaciones unidas a la introducción de diagnósticos de Enfermería y evaluación de rendimientos, pueden servir para el reconocimiento de la aportación de Enfermería al producto sanitario.

Sí es cierto, que el camino hacia la implantación de un modelo de cuidados interrelacionado entre los dos niveles asistenciales está definido, sin embargo, su implantación es muy inmadura.

4.3 Condicionantes y problemas.

Vista la necesidad de incluir un informe al alta que recoja lo más destacado de la Historia de Enfermería, y en concreto de nuestras actuaciones, y la forma en que puede llevarse a cabo, sólo queda disponer de un formato para realizar el proyecto. Sin embargo algo que puede sonar tan fácil, puede encontrarse con grandes y dificultosos obstáculos a la hora de llevarse a cabo.

Nos encontramos al acometer un proyecto de estas características es la escasa implantación de protocolos de valoración de enfermería al ingreso y por desdoblamiento de procesos de atención de enfermería (PAE) en los hospitales.

La mayoría de ellos fuertemente anclados en los modelos biomédicos y una actividad de enfermería que afronta los cuidados que presta desde el modelo de suplencia-ayuda, en el mejor de los casos, y en la asistencia “a demanda” del usuario o por “*prescripción facultativa*” en los más habituales. El obstáculo que se debe superar es la imposibilidad de planificar objetivos y actividades necesarias para realizar los cuidados, si no es a través de un proceso de atención sistemático y organizado: secuenciado en etapas interrelacionadas de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Para todo ello, deberíamos adoptar un lenguaje común en las comunicaciones interprofesionales y en los registros de cuidados de enfermería: utilización de taxonomías propias de Enfermería que se puedan codificar.

Otros obstáculos más específicos pueden ser:

1. El desconocimiento de la Enfermería Comunitaria por parte de las enfermeras hospitalarias que les impide hacer una valoración real del trabajo desarrollado en el primer nivel.
2. Inexistencia de Informes de Enfermería desde Primaria a Especializada y en algunos casos también en sentido contrario, es decir desde la AE hacia la AP. Este hecho imposibilita conocer los servicios de enfermería que el paciente recibe, y en segundo lugar, no asegura la continuidad de los cuidados.
3. Existe un escaso consenso en los protocolos de actuación ante pacientes crónicos, que promueve la insatisfacción y el desconcierto de los usuarios.
4. Falta de agilidad en la circulación y derivación de pacientes entre Consultas Externas y Atención Primaria.

5. Falta de tiempo, a veces, pero sobre todo falta de motivación por parte de los profesionales de enfermería.
6. La decisión de algunas enfermeras, de querer seguir haciendo su trabajo de forma "*tradicional*", llegando a definir al colectivo de enfermería, por parte de muchos investigadores sobre el tema, como un colectivo resistente a los cambios.

Más concretos del propio Informe de Alta serían los siguientes:

7. Disparidad de criterios seleccionados para incluir en el Informe de Alta.
8. Dificultad para elegir modelos estandarizados (sobre todo en medios hospitalarios amplios)
9. Contradicciones entre el informe de alta médica y el de enfermería.
10. Falta de asignación enfermera-paciente en el ámbito hospitalario, al seguir trabajando por tareas, por resultar más fácil.

Sólo la aplicación práctica y la ejecución del protocolo elegido con la subsiguiente revisión, logrará adecuar satisfactoriamente el alta de enfermería a su contenido.

4.4 Experiencia de coordinación entre ambos niveles.

Hemos recogido una experiencia de implantación del informe de alta de enfermería como instrumento para la coordinación entre ambos niveles asistenciales y los resultados y conclusiones descritos han sido los siguientes:

1. El primero de ellos se realiza entre el Hospital General de Huelva y su Centro de Atención Primaria de Referencia, partiendo del objetivo principal de establecer vínculos de coordinación entre los profesionales de ambos centros, posibilitando la mejora y la continuidad de los cuidados a los pacientes entre los dos niveles de asistencia.

Se establecieron cuatro etapas en el desarrollo del proceso.

Una primera etapa que denominaron de acercamiento o conocimiento entre niveles. En ella se expusieron la organización, estructura física y funcional de los dos niveles para darlos a conocer entre ellos. Hubo una comunicación recíproca entre los profesionales sobre las actividades de enfermería desarrolladas en los dos ámbitos.

Posteriormente se presentaron dos experiencias de coordinación ya iniciadas. La descripción de estas experiencias supuso identificar el cómo y cuándo surge esta necesidad de coordinación, cómo se lleva a cabo, qué mejoras se realizan y cuál ha sido su evaluación.

La tercera etapa consistió en identificar y priorizar, cuáles son los problemas que dificultan la coordinación entre ambos niveles.

Por último, y en una cuarta etapa, se constituyeron grupos de trabajo para abordar cada uno de los problemas anteriormente identificados. En cada grupo se especificó la alternativa de coordinación, objetivos a conseguir y plan de trabajo a desarrollar en el futuro (elaboración del IAE).

La valoración inicial deriva de los resultados positivos obtenidos. La motivación de los profesionales implicados en este proceso de implantación, la necesidad reconocida y la efectiva comunicación entre ambos niveles, aseguró el éxito de esta experiencia.

4.5 Cómo estrechar los lazos

La agrupación de recursos y actividades en niveles asistenciales, es un elemento comunmente adoptado por las administraciones sanitarias de cara a establecer su organización para la provisión de los servicios.

Los sistemas sanitarios públicos basados en la universalidad y equidad en el acceso a los servicios, con unos determinados recursos, deben dar respuesta a una demanda continuamente creciente. Para ello, se establecen unos servicios sanitarios de primer nivel caracterizados por una gran accesibilidad y por la suficiente capacidad de resolución como para abordar íntegramente los problemas de salud de presentación frecuente.

Este primer nivel llega físicamente hasta el domicilio del ciudadano y pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en una isocrona razonable desde cualquier lugar de residencia. La dotación tecnológica se compone de aquellos medios necesarios para el manejo de patologías prevalentes, donde su utilización hace que se considere un servicio rentable. Por otra parte, dada la proximidad de la enfermera de AP a la comunidad, se la encomienda a ella las tareas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los mismos criterios de equidad y eficiencia hacen que se atribuya al nivel primario otra función primordial, la de determinar la intervención del nivel especializado en los casos que superan sus posibilidades diagnósticas y/o terapéuticas. Con ello se pretende modular el acceso espontáneo de los usuarios a los dispositivos sanitarios de mayor complejidad y coste, previsiblemente poco equitativo por lo dependiente de la iniciativa personal, nivel cultural, circunstancias sociales y geográficas, tolerancia a la incertidumbre, etc., de cada individuo y, seguramente, de baja eficiencia por lo indiscriminado de su demanda.

Es decir, en estos modelos la atención especializada entra en juego mediante una primera decisión técnica que resuelve poner el caso clínico en manos de profesionales específicamente expertos y que cuentan con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad dentro del sistema, cuya eficiencia es muy baja si no se concentran. Tras su intervención, en la mayoría de los casos, el paciente y la información clínica correspondiente deben nuevamente transferirse al médico generalista quien, al disponer del conjunto de los datos, de su biografía sanitaria, debe garantizar la visión clínica y terapéutica global. De igual modo, la transferencia al médico del primer nivel garantiza que la continuidad de los cuidados siga caracterizada por la equidad, independientemente del lugar de residencia y de las circunstancias individuales de autonomía (atención a domicilio).

Este modelo sanitario, que es el actualmente vigente en nuestro entorno, requiere ineludiblemente una adecuada interrelación entre los dos niveles asistenciales. La organización funcional necesaria parece razonablemente posible, pero presenta en la realidad numerosos escollos, existiendo la percepción general de que no funciona bien.

Tanto usuarios como profesionales consideran a los servicios sanitarios como una serie de compartimentos estancos obligados a relacionarse, sobre todo burocrática mente, pero no perciben al conjunto del sistema como un único proveedor de servicios que debe resolver íntegramente las demandas y cuya segmentación operativa y transacciones internas deberían ser prácticamente transparentes, es decir, no visibles, para el paciente.

Las causas que originan esta deficiente coordinación son múltiples : la tradicional desatención que se han venido prestando mutuamente los dos niveles y el descompás en sus desarrollos respectivos; la dificultad que puede suponer el entendimiento entre dos unidades de gestión distintas, con presupuestos propios que han de cumplir; el sentir residual, rancio pero presente, de que en uno de los niveles y solo en uno es donde reside la ciencia; la falta de estímulo y crisis de estatus profesional que una situación funcional puede provocar en los médicos; la demanda creciente y sin techo que se observa en las últimas décadas que intensifica la presión asistencial y un largo etcétera de obstáculos que se interponen entre los actores de los dos niveles asistenciales.

4.6 ¿Hemos avanzado algo?

Evidentemente queda mucho camino por delante, pero quienes trabajamos en algo tan estimulante como es la continuidad asistencial para el paciente dentro de los servicios sanitarios, también observamos que los componentes de uno y otro nivel han empezado a reconocerse como partes de una misma entidad. Falta todavía mucha discusión y elaboración de estrategias de intervención.

Falta superar muchas reticencias mutuas y hay que evolucionar a tenor de los resultados que van generando las medidas implantadas.

Es necesario reflexionar, por ejemplo, sobre el papel que debe desempeñar la Comisión Paritaria y el que desempeña realmente en muchos casos. Normativamente tiene un papel decisivo en el progreso de los compromisos suscritos, puesto que en su seno deben decidirse los planes a adoptar para la consecución de los objetivos planteados, pudiendo aplicar en su ámbito fórmulas singulares adaptadas a sus circunstancias concretas. En la práctica se observa, que algunas comisiones cubren formalmente los mínimos exigidos institucionalmente (reuniones trimestrales, reglamento de funcionamiento, actas, etc) pero no parecen haberse, creído, su capacidad decisoria. En algunos casos las actas reflejan más una puesta en común de desencuentros que una búsqueda de soluciones a los problemas. La comunicación de los acuerdos al conjunto de la organización, a través de la Comisión Mixta y del Consejo de Gestión es todavía deficitario.

Probablemente haya además que reforzar estas vías con otras complementarias que lleguen más directamente a los profesionales.

Por otra parte, parece difícil que los profesionales sanitarios, después de tantos años de trabajo al margen de estos objetivos, los asuman en ausencia de incentivos concretos. Sin embargo tampoco es planteable que cada medida de mejora en la provisión de los servicios sanitarios deba ir necesariamente acompañada de nuevos incentivos económicos. Posiblemente, el sistema retributivo debería tener en cuenta en mayor medida la adecuación de la actividad del profesional a los objetivos de la organización, dando más peso a la productividad variable y vinculándola a ciertos objetivos estratégicos, el)tre los que se incluiría, como mínimo, el cumplimiento de la actividad pactada y la e,xistencia de información clínica compartida. Del mismo modo, recompensas relativas a la mejora de la formación de cada profesional, el reconocimiento mediante la divulgación de su trabajo y de los logros obtenidos, la capacidad de influencia de su opinión experta en los ámbitos de decisión, etc., deben formar parte de cualquier sistema de incentivación.

Conseguir un buen sistema de información es otro requisito imprescindible para planificar y evaluar cualquier fórmula de coordinación.

Los sistemas de información han alcanzado bastante estabilidad pero todavía no ofrecen toda la concordancia deseable y deben seguir mejorándose.

5. MARCO LEGAL DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

Como acabamos de explicar en apartados anteriores, la documentación de enfermería tiene una múltiple finalidad. Aquí expondremos de una forma más amplia su utilización como documentación legal para la verificación de la asistencia prestada, tanto con finalidad de evaluación interna como con fines jurídicos y administrativos, conteniendo información sobre circunstancias y hechos clínicos asistenciales que jurídicamente tienen un valor y una interpretación como actos profesionales.

Insistimos en la obligación de todos los profesionales asistenciales de una correcta formalización de la documentación y el registro de las incidencias y evolución del proceso asistencial, reglamentada por los criterios de la doctrina científica y por la normativa legal pertinente del Departament de Sanitat y Seguretat Social y la propia Ley General de Sanidad, cuyo incumplimiento pudiera ocasionar repercusiones de responsabilidad administrativa o jurídica.

El profesional de enfermería como responsable en su competencia profesional tiene la obligación legal de la correcta formalización de la documentación del paciente.

La confidencialidad del registro, es una de las características más específicas de este documento legal, por el cual los miembros del equipo de salud se comunican sobre el cliente. Con esta valoración médico-legal, se tiene la categoría de prueba documental de asistencia prestada y como tal se exige que la información contenida sea veraz, exacta, completa y con identificación del responsable que lo realiza.

Otro aspecto importante es que al ser un acto asistencial, voluntario y de libre decisión por parte del usuario, debe de estar informado de sus

necesidades asistenciales, de su proceso, del tratamiento y riesgo que pudiera comportar, y por ello, ha de dar autorización expresa, su consentimiento firmado, no sólo como descarga de responsabilidad del profesional, sino que la información y consentimiento es una norma legal obligatoria que prevee la Ley General de Sanidad.

Existen unos mínimos legales, por los cuales se garantiza el acceso restringido a la información. Es importante conocer que los datos contenidos en los registros de enfermería así como en la historia clínica del paciente son confidenciales y sometidos a las reglas del secreto profesional, de acceso restringido únicamente a los miembros del equipo asistencial y según el caso a la persona legalmente responsable.

Cuando la historia clínica está depositada en las unidades asistenciales para su utilización, el responsable de la unidad garantiza su custodia, así como la unidad de archivo del centro garantiza la seguridad de la información.

La tinta utilizada ha de ser permanente, fácil de identificar y que se fotocopie bien. No se puede borrar o tapar un error, sólo trazar una línea.

Los registros deben ser precisos y correctos, exactos, legibles, apuntando la fecha y la hora, formulados en líneas consecutivas y firmados. Algunos tribunales han sostenido que la falta de exactitud en la documentación se puede considerar como evidencia de negligencia.

Ultimamente escuchamos con mucha frecuencia comentarios sobre la falta de legislación que nos proteja en la práctica profesional, debido a la falta de definición del nivel de competencias y responsabilidades de la profesión de Enfermería.

Si tenemos en cuenta que los registros de enfermería no reflejan las actividades que se realizan con los pacientes, ni tampoco la cantidad y calidad

de éstas, ni quien las ha realizado, frente a una denuncia nos podemos encontrar inermes y con pocas posibilidades de poder ser defendidos desde una perspectiva profesional. El peritaje de nuestras acciones también resultará difícil de realizar desde el punto de vista profesional, al no existir ningún soporte objetivo que lo permita.

Los registros de enfermería son un documento legal de primer orden, que pueden arrojar luz y objetividad sobre la buena o la mala praxis, si en ellos se reflejan la cantidad y la calidad asistencial, es decir, si contemplan los requisitos de dichos documentos.

Estos requisitos debemos tenerlos en cuenta al elaborar los documentos que sirven de soporte a aquellos y , como cualquier documento público, debe ser confidencial, que asegure la información durante un período de como mínimo cuatro años; veraz, que recoja la realidad de la información, no sugerencias ni apreciaciones subjetivas; elaborado en el mismo momento en que se ha realizado la actividad, etc.

No podemos olvidar que la práctica avanza más rápido que la legislación, y por este motivo debemos ser cuidadosos con los registros: son los únicos documentos que frente a una demanda legal pueden hacer que se nos juzgue desde la perspectiva profesional y no sólo como una persona que ha realizado una actividad que cualquier otra hubiese podido hacer.

Aunque sólo sea por marcar esta diferencia, las ventajas legales de unos registros completos y bien hechos pueden ser inconmensurables; la evidencia de los cuidados administrados es la que puede hacer que el nivel de competencia y responsabilidad que tenemos sea reconocido a nivel legal por las autoridades competentes.

Rabinow (1989), señala que la mayor parte de las demandas contra enfermeras cae dentro de la categoría de los agravios. Si en alguna ocasión, cualquiera de nosotras es demandada en un juicio, averiguaremos las muchas

distinciones dentro de esta amplia categoría laboral, que pueden marcar por su desenlace, una gran diferencia. La definición legal general de agravio es la de “una injusticia civil”. Una definición más completa es: “cualquier acción u omisión que lesione a alguien”. Seguramente hemos oído con mayor frecuencia el término de “mala práctica”: se refiere a “un agravio cometido por un profesional que actúa dentro del campo de su profesión”.

Los errores de enfermería se clasifican como agravios ordinarios en algunas jurisdicciones y como mala práctica en otras. En algunas jurisdicciones, a ciertos errores de enfermería se les llamará agravios ordinarios en determinadas circunstancias y mala práctica en otras.

¿ Qué diferencia entraña esta distinción?

Si un error se clasifica como mala práctica, por lo general el demandante tendrá que contar con dos o más expertos que testifiquen a su favor sobre el deber “profesional” que el demandado tenía para con él. Si el error es considerado sólo como un agravio ordinario, puede que el demandado no tenga que buscar y pagar a un experto para que testifique. El testimonio de un testigo ordinario (es decir, no experto), como el propio paciente, puede ser suficiente para probar su caso.

Existe una obligatoriedad de guardar la documentación del paciente, un mínimo de cuatro años.

Consideramos, que la documentación de enfermería y sus propios registros son necesarios para el propio personal de enfermería, en beneficio de ofrecer la mejor atención sanitaria posible, y para proteger y garantizar, en términos legales a los profesionales que ofrecen esta atención.

6. ALTERNATIVAS. PROPUESTA DE SOLUCIONES.

6.1 Recomendaciones generales de calidad para la Coordinación entre los Niveles Asistenciales.

1. Proceso de citas

Realizar el proceso de citas de los pacientes totalmente informatizado, con acceso desde los terminales de AP a las agendas de AE y viceversa para que el paciente sepa inmediatamente cuando y con quién tiene la consulta. De esta forma, los profesionales de ambos niveles tendrán acceso a esta información tanto en tiempo prospectivo como retrospectivo.

2. Comunicación escrita: sí, pero también informatizada.

Sería un proceso totalmente informatizado, de forma que la información procedente de cada uno de los niveles lo recibiera el otro, sin necesidad de estar vehiculizada esta información por el propio paciente, y que al mismo tiempo, el profesional del otro nivel pudiera contestar por la misma vía a su remitente. Se acabaría así con el problema de las pérdidas de información y se agilizaría notablemente el proceso. Además, cada petición de consulta o transferencia de información y cada respuesta irían perfectamente identificadas.

3. Sesiones clínicas conjuntas.

Requiere como paso previo la unificación de horarios en los equipos de AP, acabando con el horario "deslizante" para que todos puedan acudir a las sesiones sin problemas. Deberían pues, reservarse un tiempo específico tanto en AP como en AE para la realización de estas sesiones. Las sesiones deberían ser abiertas y bidireccionales, evitando las charlas magistrales, y a ser posible basándose en casos prácticos. Tienen la ventaja de que permite a los especialistas conocer un poco mejor lo que se hace en AP.

4. Ordenar las funciones de los profesionales en los dos niveles de asistencia, tanto en los equipos de Atención Primaria y los equipos de Apoyo, como en los servicios especializados con sus centros de especialidades respectivos, contemplando la labor de coordinación entre ellos. Es importante conseguir el objetivo de mantener una vinculación paciente-enfermera de AP en cualquiera de las fases asistenciales por las que pueda pasar el proceso de su enfermedad, para conseguir esto, cuando un paciente ingresa en un centro hospitalario su enfermera de AP debería ser informada de ello, bien por contacto telefónico o vía FAX, siendo deseable el contacto con la enfermera responsable de la hospitalización. El alta hospitalaria debería ser informada igualmente a la enfermera de AP, para llevar a cabo la atención en el periodo inmediato a la hospitalización, si fuera necesario.

5. Interconsulta telefónica.

Si bien no nos parece un modelo que pueda ser generalizable, en circunstancias y servicios puntuales puede ser muy eficaz la existencia de un teléfono de contacto rápido que fueran llevando los distintos miembros del servicio por turnos. Existe alguna experiencia muy positiva al respecto, sin embargo requiere una gran dosis de voluntarismo.

6. Elaboración conjunta de protocolos y guías.

Si se realiza adecuadamente, esta puede ser la solución más importante para una buena coordinación entre niveles. En este punto se encontraría la inclusión del informe de alta de enfermería como instrumento que mejora la continuidad entre ambos niveles.

Gracias a la elaboración de los protocolos de actuación, la capacidad resolutoria de la Ap aumentaría, y disminuirían enormemente las consultas y reingresos en AE.

7. Comisiones paritarias.

Como ya se ha comentado en anteriores puntos tratados, en la actualidad este tipo de alternativa no está siendo efectiva.

Podemos concluir que en la actualidad, y según las alternativas encontradas para mejorar el problema de la comunicación entre ambos niveles, una de las grandes soluciones radica en la implantación de instrumentos de transmisión de información y de comunicación continua, como lo es para nosotras el IAE, y en la mejora de los sistemas de comunicación, es decir, en la implantación de un sistema informático con interconexión entre ambos niveles de forma continua, con acceso a las historias de los pacientes asignados. De esta forma nuestro informe de alta de enfermería viajaría vía red informática y llegaría a todos/as los/as enfermeros/as de atención primaria responsables del paciente.

MARCO PRÁCTICO

METODOLOGÍA

ÁMBITO

El estudio propuesto se centra en dos ámbitos bien diferenciados: el de la atención primaria (AP) y la atención especializada (AE).

Dentro del ámbito de la AE han sido elegidos dos centros de estudio, hospital A y hospital B, cuya diferencia se centra, entre otras cosas, en la emisión o no del IAE, objeto de nuestro estudio,

Así mismo, relacionados con los centros hospitalarios se hallan los de AP, dependientes de éstos y que son o no receptores de dicho informe.

REFERENCIAS DE LOS HOSPITALES DEL ESTUDIO

Hemos considerado necesario dar a conocer cuales son las características, misión, visión y valores así como otros datos de interés de los centros hospitalarios incluidos en nuestra muestra de estudio para acercarnos más a su realidad.

HOSPITAL A

El Hospital Universitario A, hoy el primer complejo hospitalario de Cataluña, es el fruto de un proceso dinámico de desarrollo a partir de un núcleo hospitalario inicial proyectado en el año 1947 e inaugurado en 1952.

Nació como un hospital general, con una primera definición de "residencia", que le daba el carácter de instalación sanitaria "todo terreno" dentro de la red hospitalaria del Estado.

La evolución de la atención sanitaria en los años 60, especialmente en las áreas de diagnóstico y tratamiento, impusieron un nuevo modelo que incluía espacios de soporte y nuevos hospitales especializados. Además del Hospital General, que hoy abarca todas las especialidades de medicina interna y su actividad quirúrgica, se crearon los hospitales Maternal e Infantil (más tarde

unidos en uno), el de Traumatología y Rehabilitación y, finalmente, se incorporó la Clínica Quirúrgica Adrià.

Se alzaron nuevos centros docentes, administrativos, laboratorios y otras instalaciones. Y ese primitivo ámbito en la parte alta de Barcelona, bajo la sierra de Collserola, se fue convirtiendo en una auténtica ciudad al servicio de la salud, ligada a la Universidad Autónoma de Barcelona. El Hospital A agrupa hoy un complejo de más de veinte edificios, en los que se reúnen equipos muy sofisticados, y donde trabajan y circulan miles de personas cada día.

Esta concentración de inmuebles y tecnología punta no ha de hacer olvidar que los hospitales y sus profesionales continúan siendo el corazón de la institución, y que toda la red de soporte está al servicio de un solo objetivo: la atención sanitaria en la sociedad catalana, en la búsqueda de la máxima calidad asistencial.

Gracias a la categoría profesional de las personas que trabajan en el Hospital A, éste se ha convertido en un centro de referencia de ámbito internacional, especialmente en los casos más complejos (quemados y grandes trasplantes), y también por su función investigadora. Se sitúa siempre en los primeros lugares del ranking español por la calidad científica.

A lo largo de esta historia, la vieja "residencia" ha ido cambiando al ritmo de la evolución de la sociedad catalana y española. Han mejorado los niveles socioeconómicos y culturales. Han desaparecido algunas enfermedades clásicas (poliomielitis, sarampión, deshidrataciones...), pero han aparecido otras nuevas (drogodependencias, sida). La gran capacidad de adaptación y de respuesta de los profesionales que han trabajado y trabajan en él ha permitido situar sus centros como líderes en su especialidad.

Se abre ahora una nueva etapa de la sanidad pública catalana, que conduce hacia un modelo sanitario más competitivo. Se dispone a iniciar un proceso de transformación permanente que le permitirá adaptarse a la evolución histórica de la sociedad postindustrial y a las necesidades de los ciudadanos de Cataluña.

La misión y los valores

En el siglo XXI, en un escenario social que se dibuja complejo, dentro de un marco muy cambiante, la gestión de las instituciones sanitarias consistirá, cada vez más, en un proceso permanente de adaptación a las necesidades globales, sectoriales e individuales de los ciudadanos. Un auténtico río de novedades seguirá fluyendo sobre la sociedad a una velocidad de vértigo. Y las instituciones sanitarias públicas deberán aceptar estos retos o estarán condenadas a la desaparición.

Aceptar los retos significa estar preparados para responder a los mismos. La superación de los problemas que plantean las incertidumbres del futuro pide una definición explícita de lo que se debe hacer, y una visión clara y compartida sobre la mejor manera de llegar a hacerlo.

La misión (qué somos) y los valores (cómo queremos ser) constituyen el fundamento de la acción. Son la razón de ser. La visión es la ambición de ser. Y los grandes hospitales como éste deberán demostrar que es posible conciliar el uso eficiente de los recursos con el mantenimiento de la innovación científica y tecnológica, y con la mejora de la calidad asistencial.

Qué es el Hospital A (su misión)

El hospital A es una institución sanitaria del sistema público catalán, comprometida con su finalidad social y con sus objetivos esenciales.

- Se ha convertido en el primer complejo sanitario de Cataluña y, por lo tanto, de los primeros de España, y uno de los que cuentan en todo el mundo. Ha de dotarse en cada momento de la organización que mejor garantice un funcionamiento eficiente y unos servicios de alta calidad.
- Concentra también conocimiento científico-técnico diferencial, basado en la experiencia acumulada y en la pericia profesional. Pero esta condición obliga a mantener la capacidad de innovar de manera continuada, a potenciar la especialización, y a concentrar tecnología y recursos cada vez más sofisticados.

- Es un centro donde se atienden la totalidad de los problemas de salud que se originan en su zona de influencia directa, y también aquellos que por su complejidad o requerimientos superan la capacidad de los otros hospitales.

Qué queremos ser (la visión)

- Un gran complejo asistencial, universitario y de investigación, organizado alrededor de la atención sanitaria especializada.
- Un grupo sanitario multicéntrico, multiservicio y multiempresa, con unas prestaciones y unas instalaciones de alta calidad, que establezca relaciones de colaboración estable con otros proveedores, en el marco de una asistencia orientada a la comunidad.
- Una institución sanitaria vinculada a la pericia técnico-profesional, y a la alta calidad de los servicios, que mantenga la posición de liderazgo y una proyección externa muy potente.
- Un centro que participe muy activamente en la integración territorial de los recursos sanitarios catalanes de forma directa o mediante alianzas o acuerdos estables de colaboración, con el fin de convertirse en uno de los principales ejes vertebradores asistenciales en el ámbito comunitario.
- Una empresa pública moderna de servicios, con una elevada flexibilidad organizativa, y una tecnología y unos sistemas de gestión avanzados, que proporcione servicios de carácter competitivo en calidad y coste, con un nivel elevado de satisfacción del cliente.

Nuestros valores

- **Expertos.** La pericia denota conocimiento y práctica profesionales. La pericia ha de abarcar todos los ámbitos: asistencia, docencia, investigación, organización y sistemas, gestión, entre otros, y ha de culminar en una práctica de alta calidad.

- **Acogedores.** Es acogedora aquella institución de fácil acceso, que está al alcance de todos, y que da un trato atento en un espacio confortable. El Hospital A ha de ser accesible a los pacientes y familiares, ha de potenciar a los equipos de profesionales abiertos, interactivos y de rostro humano. Se trata también de desarrollar una organización interna transparente.
- **Solidarios.** Debe basar su compromiso en la colaboración solidaria entre sus profesionales, con los otros organismos institucionales y con los ciudadanos

Principales datos de la actividad hospitalaria

	Camas	1.352
	Plantilla	6.344
	Altas	60.119
	Visitas Consultas externas	708.400
	Urgencias	247.346

HOSPITAL B

Institución sanitaria privada que se ha organizado en un moderno Sistema Multihospitalario, que abarca siete hospitales y clínicas y dieciocho consultorios repartidos por la totalidad de la geografía catalana. Pero además

de estos centro se encuentran asociados otros hospitales, que sumando a las clásicas ventajas de libre elección de médico y hospital, se le añade la de mayor accesibilidad hospitalaria de sus clientes.

El centro de este sistema Multihospitalario lo constituye el conjunto hospitalario de Barcelona, formado por dos hospitales, siendo en uno de ellos el que forma parte de nuestro trabajo de investigación. Clasificado como Hospital General de tercer nivel, con una capacidad aproximada de 400 camas. Como institución ocupa un lugar importante en la sanidad catalana.

Podríamos hablar del cumplimiento de tres objetivos:

1. Actividad asistencial polarizada hacia los socios de la mutualidad y pacientes del ICS. Ofrece programas de promoción de la salud, cubriendo asistencia básica y especializada, servicios de atención domiciliaria, urgencias y una elevada tecnología.
2. Actividad docente y científica, potenciando la formación continuada en el hospital, cursos y congresos propios, teniendo acreditación como hospital docente con formación en prácticas para enfermeras.

Es una de las mutuas más grande de España. Garantiza la satisfacción del cliente interno y externo, intentando mejorar continuamente la calidad asistencial y ofreciendo toda la organización la combinación de eficiencia y eficacia para que con el uso de sus recursos se obtenga una gran rentabilidad social.

La división de Provisión de servicios tiene como objetivo prioritario la prestación de servicios sanitarios de excelencia, eficaces, eficientes, seguros y con la máxima satisfacción de sus clientes, en adaptación permanente a un entorno social sanitario en constante evolución. Para lograr este objetivo dispone de dos estrategias principales que inundan su actuación:

- El compromiso con la calidad percibida por los clientes asentada en la

S. generales: gestión externa.

- Cocina
- Mantenimiento
- Electromedicina
- Limpieza
- Lavandería

Servicios asistenciales

- COT
- Pediatría
- C. Pediátrica
- Med. Interna
- Endocrino
- Neurología
- Neurocirugía
- Cardiología
- C. Cardíaca
- C. General
- Patología mamaria
- Digestivo
- Ginecología
- Obstetricia
- Nefrología
- Urología
- C. Vascular
- ORL
- C. Plástica
- Dermatología
- Oftalmología
- Psiquiatría

- **Psicología**
- **Anestesia**
- **Clínica del Dolor**
- **Oncología**

También cuenta con:

- **Hospital de día (6 boxes)**
- **Hospital a domicilio (área de Barcelona)**
- **Preparación parto**
- **Ambulatorio de referencia (médico de cabecera) en Barcelona**

VARIABLES DEL ESTUDIO: DEFINICIÓN

Variable dependiente/variable independiente

Así pues, podemos afirmar que la coordinación de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales del estudio (AP y AE) es la variable dependiente en esta hipótesis, dependiente del uso o no del IAE, haciendo del mencionado instrumento la consecuente variable independiente.

Informe de alta de enfermería : Podemos definir el Informe de Enfermería al Alta como el resumen impreso de la historia de enfermería que se realiza al alta del paciente del centro hospitalario.

Coordinación entre niveles asistenciales:

Variables intervinientes

- Género Sexo: masculino o femenino. Variable cualitativa dicotómica.
- Edad. Número de años de la persona . Variable cualitativa politómica.
- Experiencia profesional

Número de años desempeñando la profesión de enfermera. Variable cualitativa politómica.

- Formación inicial: Podríamos distinguir tres grupos que son:

1. ATS
2. ATS convalidada/o
3. Diplomada/o

Variable cualitativa politómica.

- Turno de trabajo. Diferentes jornadas laborales en la empresa.

Mañana

Tarde

Noche

Turno de 12 horas

Variable cualitativa politómica

- **Formación continuada.** Formación relacionada con la profesión de enfermería, realizada una vez finalizados los estudios de diplomatura universitaria. Comprende cursos superiores a 20 horas, estudios postgrados, estudios de master, asistencia a simposios y congresos etc...

VARIABLES	FUNCIÓN	CONTROL	INSTRUMENTO	ESCALA
Informe de alta	Independiente		Cuestionario Entrevista	Cualitativa
Coordinacion entre niveles	Dependiente		Cuestionario Entrevista	Cualitativa
Género	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa Dicotómica
Edad	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa Politómica
Experiencia profesional	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa Politómica
Formación inicial	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa Politómica
Turno de trabajo	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa Politómica
Formación continuada	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa politómica

HIPÓTESIS

- El informe de alta de enfermería mejora la coordinación entre los niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada)

HIPÓTESIS DEL ESTUDIO:

Al poner en marcha esta investigación hemos apostado por la afirmación:

“El informe de Alta de Enfermería mejora la coordinación entre los niveles asistenciales”

Deteniéndonos en el análisis de esta hipótesis (simple y direccional) podemos observar que el uso del IAE se considera un elemento positivo dentro de la coordinación de cuidados de enfermería mejorando su calidad, es decir, la mejora en la coordinación de cuidados se encuentra supeditada, en parte, al uso de dicho informe, o dicho de otra manera, la utilización del IAE contribuye a que entre estos dos niveles de atención exista una comunicación de mayor calidad y más fluida.

DISEÑO

Se trata de un descriptivo observacional, comparativo y transversal:

- Descriptivo observacional: Nos proponemos describir, a través de un retrato de la realidad actual, la relación entre el hospital de tercer nivel y su centro de atención primaria de referencia mediante el uso del informe de alta de enfermería, y aunque al final del estudio se harán algunas propuestas, no se realiza una intervención directa.
- Comparativo: Los resultados de la investigación estarán basados en la comparación que poseen dicho instrumento y los que no lo utilizan, esperamos hacer evidente una diferencia significativa.
- Transversal: Ubicado temporalmente en el período

Basándonos en otros criterios de clasificación también podemos incluir:

- Explicativo: Puesto que además de observar la situación y describirla, los objetivos de la investigación van encaminados a conocer lo que motiva dicha situación por medio de la opinión manifestada en los cuestionarios y entrevistas.
- Es un trabajo de campo: La información se recoge en los mismos centros de trabajo sin alterar su dinámica.
- Se basa en un estudio grupal cuya población se ha seleccionado en base a unos criterios que a continuación comentaremos.

Población y muestra

El ámbito de nuestro estudio son dos hospitales y sus respectivos centros de atención primaria de referencia, uno para cada uno de ellos, ubicados en la ciudad de Barcelona y a los que les hemos asignado una letra de identificación Hospital A y Hospital B.

En el hospital A no se utiliza el informe de alta de enfermería cuando éste es dado de alta del centro, y en el hospital B sí se utiliza dicho informe facilitándose éste al propio paciente en el momento de su alta del centro para que sea entregado así mismo en el centro de atención primaria referencial.

La población sometida a estudio está constituida por el conjunto total de enfermeras, profesionales en ejercicio, con contrato laboral fijo y sin antigüedad concreta, de ambos hospitales y de ambos centros de atención primaria. Se han tenido en cuenta así mismo los cargos de dirección de Enfermería y las adjuntas de enfermería de los 4 centros.

Así los criterios de inclusión han sido:

- Personal de enfermería que lleve a cabo su actividad en los servicios de los centros mencionados y en el período de tiempo del estudio.
- Direcciones o mandos responsables de dichos centros.

Y los de inclusión:

- Todo aquel personal de enfermería que no desempeñe sus funciones en los centros concretados.
- Personal que no se encuentre activo en el momento del estudio (bajas laborales, períodos vacacionales, etc.)
- Personal de sustitución o rotatorio compartido con otros servicios diferentes a los indicados.
- Personal de sustitución a tiempo parcial.
- Personal de atención continuada de los CAP A y B.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra debe permitir evaluar la información obtenida con unos grados de significación estadística y margen de error conocidos.

Al llegar a este punto se pueden planear dos posibilidades:

- 1ª OPCIÓN: Considerar como muestra un porcentaje de la población de características similares y representativas del total de la población, lo que comporta menor esfuerzo pero impide conocer todas las opiniones particulares del colectivo. Además hay que tener en cuenta aquellos individuos de la muestra que, por diferentes motivaciones, no se hallen predispuestos a rellenar los cuestionarios (missing) y que reducirán aún más el número de participantes. Otra contrariedad de este sistema sería la elección inadecuada de la muestra, que provocaría un aumento en el error del sesgo.
- 2ª OPCIÓN: Incluir dentro de la muestra al total de población de referencia, lo que comporta un mayor esfuerzo en el análisis de los datos, pero obtendremos una mayor riqueza en el momento de estudiar ideas, propuestas, opiniones, etc. Respecto al tema propuesto. Así mismo, el fenómeno missing se acusa en menor medida y los resultados de la investigación podrían generalizarse con menor probabilidad de la existencia de sesgos.

Tras esta reflexión nos hemos decantado hacia la 2ª opción, de manera que todos los individuos de la población definida forman parte de la muestra:

$$N=Np$$

Siendo N el tamaño de la muestra y Np el tamaño de la población.

Hemos realizado la selección de la muestra de los profesionales según la técnica de muestreo intencional, representativa en más del 50%.

Durante un período de tiempo de dos semanas se accedió a las unidades de enfermería que previamente habían sido seleccionadas de todas

las existentes en cada uno de los hospitales y que eran coincidentes en ambos, siendo las especialidades escogidas:

<u>HOSPITAL</u> A	MEDICINA INTERNA	CIRUGÍA GENERAL	VASCULAR	NEUROLOGÍA	PNEUMO
<u>HOSPITAL</u> B	MEDICINA INTERNA	CIRUGÍA GENERAL	ONCOLOGÍA	CIRUGÍA VASCULAR	TRAUMA

Se explicó el objetivo del estudio a todas y cada una de las supervisoras de las distintas unidades escogidas, al mismo tiempo que se puso en conocimiento de las direcciones de los centros y las adjuntas de enfermería que a su vez formarían parte de la muestra de estudio.

Se realizaron las explicaciones oportunas al resto del personal de enfermería, que en aquel momento se encontraba en la unidad, cual era el objetivo del estudio y como se efectuaría la entrega y recogida del cuestionario, que se realizaría personalmente, en todos y cada uno de los centros de estudio de ambos niveles asistenciales.

Así, como hemos citado se realizó una encuesta, elaborada "ad hoc" (anexo) entre una muestra de profesionales de Enfermería, de los Hospitales con identificación A y B y de los Centros de Asistencia Primaria correspondientes A y B.

Se escogieron estos centros, por ser el lugar de trabajo de alguna de las investigadoras.

La muestra se recogió durante los meses de Mayo y Junio de 2004, con esta distribución por centros:

Centro	Encuestas repartidas	Muestra recogida	%
Hospital A	90	69	76,7%
CAP A	29	27	93,1%
Hospital B	70	51	72,9%
CAP B	7	4	57,1%
TOTAL	196	151	77,0%

Los resultados fueron introducidos en una base de datos. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados globales y por centros. Para el análisis comparativo de las variables cualitativas se utilizó el método del chi-cuadrado.

Para el análisis comparativo de los resultados de los cuatro centros, se utilizó el análisis de la variancia y la prueba de Duncan para objetivar las diferencias entre centros.

El programa utilizado como base de datos y para realizar la explotación estadística fue el SPSS V.10.

De este modo, el número de cuestionarios válidos recogidos a enfermeras asistenciales ha sido de 151, a parte de las 4 entrevistas realizadas a las direcciones de enfermería de los 4 centros del estudio, siendo en total 155 el número total de individuos de la muestra.

El número total de cuestionarios perdidos durante el proceso ha sido de 45.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados han sido el cuestionario anónimo, para todos los profesionales de enfermería de la muestra de todos los centros, así como la entrevista, dirigida únicamente a las directoras de enfermería de los dos hospitales del estudio así como a las adjuntas de enfermería de los centros de atención primaria de referencia de cada uno de ellos.

Confeccionamos el cuestionario a partir de la información que queríamos obtener relacionada con las variables intervinientes y como no con las variables de la hipótesis del estudio.

El formato escogido para la elaboración del cuestionario fué escogido con la intención de facilitar las respuestas a los profesionales, señalando con una cruz la respuesta escogida en la casilla correspondiente.

Adjuntamos para cada cuestionario, una carta de presentación, explicando nuestros objetivos y solicitando y agradeciendo su colaboración en él.

La validación del cuestionario se efectuó con la colaboración de profesores de la escuela que colaboran en el master, compañeras de la misma promoción del Master para el cual estábamos realizando el trabajo de investigación y compañeras de trabajo de las diferentes componentes del propio grupo, que nos llevó a matizar y/o modificar alguna pregunta del mismo.

Se trata de un listado estructurado en 12 preguntas de las que aproximadamente la mitad son abiertas y el resto dirigidas.

Las preguntas abiertas permiten una mayor aportación en cuanto a opiniones, propuestas,... que se tendrán en cuenta en la investigación, pero en cierta medida hemos querido dirigir la entrevista hacia el hallazgo de respuestas a los objetivos planteados en ella.

Este formato ha sido únicamente utilizado en aquellos individuos de la muestra que forman parte de la dirección o subdirección de los 4 centros de estudio, siendo 5 personas de la muestra en total. Este reducido número de individuos no implica una inversión importante de tiempo y, sin embargo, se incrementa la riqueza de información obtenida.

Las entrevistas fueron realizadas previa concertación de cita con cada una de las personas a las que se la íbamos a realizar. Su duración no debía exceder más de una hora en ninguno de los casos.

Cada una de las entrevistas fue grabada con una grabadora, y posteriormente transcrita de forma textual a papel para su posterior análisis en las conclusiones.

Por último, comentar que la inclusión del colectivo directivo en la recogida de información nos ofrece una visión desde una perspectiva diferente del informe de alta como instrumento de comunicación y continuidad de cuidados. El análisis y posterior comparación con el colectivo asistencial nos ofrecerá la diferencia en la percepción del uso del citado instrumento.

OTRAS DEFINICIONES DE INTERÉS:

Enfermería: La enfermería diagnostica y trata las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud.

El **proceso de enfermería** es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

Diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera (definición de la NANDA).

El **PAE** (Proceso de Atención de Enfermería) es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de los objetivos (definición de R. Alfaro).

RESULTADOS

1. RESULTADOS GLOBALES

Se recogieron un total de 151 encuestas, de las cuales el 21% correspondían a personal de enfermería de 2 centros de Atención Primaria, y el 79% a personal de Enfermería de 2 hospitales terciarios.

La edad media de la muestra fue de 41,89 años (DE 9,16), y el 91% de las personas que contestaron son mujeres.

El 91,3% eran enfermeras asistenciales y el 8,7% eran mandos intermedios (supervisoras, coordinadoras).

El 67% de las enfermeras encuestadas trabajaban en un centro de titularidad pública, y el 33% en uno de titularidad privada.

El 90,5% manifestaban tener un contrato fijo de trabajo, y sólo el 9,5% decían tenerlo temporal o eventual.

Por turnos, la distribución fue la siguiente:

Turno	N	%
Mañana	42	27,8
Tarde	31	20,5
Noche	10	6,6
12 horas	58	38,4
No responden	10	6,6

Por servicios donde estaban realizando su trabajo, la distribución fue la siguiente:

Servicio	N	%
Medicina Interna	22	14,6
Cirugía General	27	17,9
Traumatología	5	3,3
Cirugía Vasculat	14	9,3
Neumología	8	5,3
Oncología	1	0,7
Neurología	17	11,3
No responden	57	37,7

Por titulación la distribución fue:

Titulación	N	%
Diplomada en Enfermería	136	90,1
Auxiliar Técnico Sanitario	10	6,6
No responden	5	3,3

Los cursos más relevantes citados fueron:

Curso	N
Ulceras por presión	10
Pediatría	9
Estrés / Relación de ayuda	9
Cuidados paliativos	9
Geriatría	8
Gestión	8
Cuidados de Enfermería	7
Nutrición	7
Cuidados críticos / UCI	6
Quirúrgica	6

En relación al informe de alta de enfermería (IAE), estas fueron las respuestas por cada tipo de pregunta:

Pregunta 12. ¿Conoce el IAE?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	16	10,6	
Poco	35	23,2	33,8
Bastante	65	43,0	
Mucho	35	23,2	66,2

Pregunta 13. ¿Lo utiliza en su centro de trabajo?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	37	24,5	
Poco	32	21,2	45,7
Bastante	50	33,1	
Mucho	28	18,5	51,6
No responden	4	2,6	

Pregunta 14. ¿Considera que el IAE facilita la recepción del paciente a la Enfermería de Atención Primaria?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Poco	17	11,3	11,3
Bastante	81	53,6	
Mucho	49	32,5	86,1
No responden	4	2,6	

Pregunta 15. ¿Considera que el IAE facilita la continuidad asistencial y de esta forma se mejora la calidad de los cuidados de Enfermería?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	3	2,0	
Poco	21	13,9	15,9
Bastante	77	51,0	
Mucho	45	29,8	80,8
No responden	5	3,3	

Pregunta 16. ¿El IAE garantiza la calidad de atención de los pacientes que seguirán necesitando cuidados en su domicilio?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	11	7,3	
Poco	28	18,5	25,8
Bastante	70	46,4	
Mucho	38	25,2	71,6
No responden	4	2,6	

Pregunta 17. ¿Considera el IAE un instrumento idóneo de trabajo, como vía de comunicación entre AP y AE?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	1	0,7	
Poco	22	14,6	15,3
Bastante	71	47,0	
Mucho	54	35,8	82,8
No responden	3	2,0	

Pregunta 18. ¿Cree que la implantación del IAE es un indicador de desarrollo de la profesión de Enfermería?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	3	2,0	11,3
Poco	14	9,3	
Bastante	76	50,3	
Mucho	53	35,1	85,4
No responden	5	3,3	

Pregunta 19. ¿Es el IAE un informe útil en la práctica diaria?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	4	2,6	
Poco	32	21,2	23,8
Bastante	74	49,0	
Mucho	36	23,8	72,8
No responden	5	3,3	

Pregunta 20. ¿Le resultaría útil el modelo de cuidados de Virginia Henderson, para planificar los cuidados del alta?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	22	14,6	
Poco	53	35,1	49,7
Bastante	57	37,7	
Mucho	17	11,3	49,0
No responden	2	1,3	

Pregunta 21. ¿ El IAE refleja toda la información que se necesita sobre el enfermo?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	3	2,0	
Poco	46	30,5	32,5
Bastante	82	54,3	
Mucho	16	10,6	64,9
No responden	4	2,6	

Pregunta 22. ¿ Conoce las diferentes teorías de cuidados de Enfermería?

Respuesta	N	%
No	27	17,9
Sí, me las enseñaron durante el pregrado	53	35,1
Sí, me las enseñaron durante estudios de f.c.	43	28,5
Sí, parte en el pregrado y parte por f.c.	28	18,5

Pregunta 23. ¿ Sabe qué son los diagnósticos de Enfermería?

Respuesta	N	%
Sí, he trabajado con ellos	41	27,2
Sí, pero no los he aplicado en la práctica	95	62,9
Nunca he oído hablar de ellos	15	9,9

Pregunta 24. ¿ Es adecuado el uso de diagnóstico de Enfermería en los IAE?

Respuesta	N	%
Sí, es bueno utilizar un lenguaje común	74	49,0
Sí, pero no es imprescindible	58	38,4
No	17	11,3
No responden	2	1,3

Pregunta 25. ¿El grado de aceptación de estos informes, por parte de Enfermería en su entorno laboral considera que es?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Muy Alto	4	2,6	
Alto	14	9,3	11,9
Medio	70	46,4	46,4
Bajo	34	22,5	
Muy Bajo	21	13,9	
Nulo	2	1,3	37,7
No responden	6	4,0	

Pregunta 26. ¿Quién considera que se beneficia de este instrumento?

Respuesta	N	%
La enfermería de Atención Primaria	19	12,6
El paciente y la familia / cuidador	14	9,3
La enfermera de Atención Especializada	7	4,6
Todos los anteriores	104	68,9
Otros	6	4,0
No responden	1	0,7

Pregunta 27. ¿Conoce algún otro sistema o instrumento, como vía de comunicación entre el nivel H y AP aparte del IAE?

Respuesta	N	%
Sí	28	18,5
No	123	81,5

Pregunta 27.1 ¿Cuál? Respuesta: Pre Alta: 14

Pregunta 28. ¿Considera que la comunicación entre AP y AE es?

Respuesta	N	%
Muy mala	28	18,5
Mala	52	34,4
Regular	63	41,8
Buena	8	5,3

Pregunta 29. ¿Cuál crees que es el nivel de conocimiento del funcionamiento de cada uno de los niveles, por parte del otro nivel?

Respuesta	N	%
Muy Bajo	24	15,9
Bajo	65	43,0
Regular	55	36,4
Alto	5	3,3
No responden	2	1,3

En relación a las sugerencias sobre 3 posibles acciones para mejorar la comunicación entre ambos niveles, la comunicación e interrelación junto con el IAE, fueron las respuestas mas frecuentes

2. RESULTADOS CAP A

Del CAP A se recogieron 27 cuestionarios.

La edad media de esta muestra fue de 46,37 años (DE 7,9), siendo el 96,3% mujeres.

El 88,9% eran enfermeras asistenciales y el 11,1% mandos intermedios (supervisora o coordinadora).

El Centro de Asistencia Primaria, tiene titularidad pública.

El 85% de la muestra tenía contrato fijo, y el 11,5% contrato temporal.

El 3,7% llevaban trabajando menos de 1 año; el 14,8% entre 1 y 6 años; el 11,1% entre 6 y 12 años; y el 70,4% más de 12 años.

El 68,0% tenía turno de mañana, y el 32,0% turno de tarde.

El 100% trabajaba con médicos de familia.

El 88,9% eran diplomadas en enfermería y el 11,1% auxiliares técnicos sanitarios.

En relación al informe de alta de enfermería (IAE), estas fueron sus respuestas, por cada tipo de pregunta:

Pregunta 12. ¿Conoce el IAE?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	2	7,4	
Poco	9	33,3	40,7
Bastante	12	44,4	
Mucho	4	14,8	59,2

Pregunta 13. ¿Lo utiliza en su centro de trabajo?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	3	11,1	
Poco	11	40,7	51,8
Bastante	8	29,6	
Mucho	3	11,1	40,7

Pregunta 14. ¿Considera que el IAE facilita la recepción del paciente a la Enfermería de Atención Primaria?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Poco	3	11,1	11,1
Bastante	21	77,8	
Mucho	3	11,1	88,9

Pregunta 15. ¿Considera que el IAE facilita la continuidad asistencial y de esta forma se mejora la calidad de los cuidados de Enfermería?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	1	3,7	
Poco	1	3,7	7,4
Bastante	21	77,8	
Mucho	4	14,8	92,6

Pregunta 16. ¿El IAE garantiza la calidad de atención de los pacientes que seguirán necesitando cuidados en su domicilio?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	3	11,1	
Poco	4	14,8	25,9
Bastante	19	70,4	
Mucho	1	3,7	74,1

Pregunta 17. ¿Considera el IAE un instrumento idóneo de trabajo, como vía de comunicación entre AP y AE?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Poco	4	14,8	14,8
Bastante	18	66,7	
Mucho	5	18,5	85,2

Pregunta 18. ¿Cree que la implantación del IAE es un indicador de desarrollo de la profesión de Enfermería?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	2	7,4	
Poco	2	7,4	14,8
Bastante	18	66,7	
Mucho	5	18,5	85,2

Pregunta 19. ¿Es el IAE un informe útil en la práctica diaria?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	1	3,7	
Poco	2	7,4	11,1
Bastante	18	66,7	
Mucho	6	22,2	88,9

Pregunta 20. ¿Le resultaría útil el modelo de cuidados de Virginia Henderson, para planificar los cuidados del alta?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	11	40,7	
Poco	8	29,6	70,3
Bastante	7	25,9	
Mucho	1	3,7	29,6

Pregunta 21. ¿ El IAE refleja toda la información que se necesita sobre el enfermo?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Poco	11	40,7	40,7
Bastante	16	59,3	59,3

Pregunta 22. ¿ Conoce las diferentes teorías de cuidados de Enfermería?

Respuesta	N	%
No	6	22,2
Sí, me las enseñaron durante el pregrado	4	14,8
Sí, me las enseñaron durante estudios de f.c.	11	40,7
Sí, parte en el pregrado y parte por f.c.	6	22,2

Pregunta 23. ¿ Sabe qué son los diagnósticos de Enfermería?

Respuesta	N	%
Sí, he trabajado con ellos	12	44,4
Sí, pero no los he aplicado en la práctica	12	44,4
Nunca he oído hablar de ellos	3	11,1

Pregunta 24. ¿ Es adecuado el uso de diagnóstico de Enfermería en los IAE?

Respuesta	N	%
Sí, es bueno utilizar un lenguaje común	11	40,7
Sí, pero no es imprescindible	11	40,7
No	4	14,8
No responden	1	3,7

Pregunta 25. ¿El grado de aceptación de estos informes, por parte de Enfermería en su entorno laboral considera que es?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Alto	3	11,1	
Medio	15	55,6	66,7
Bajo	4	14,8	
Muy Bajo	4	14,8	29,6
No responden	1	3,7	

Pregunta 26. ¿Quién considera que se beneficia de este instrumento?

Respuesta	N	%
La enfermería de Atención Primaria	7	25,9
El paciente y la familia / cuidador	4	14,8
Todos los anteriores	14	51,9
Otros	2	7,4

Pregunta 27. ¿Conoce algún otro sistema o instrumento, como vía de comunicación entre el nivel H y AP aparte del IAE?

Respuesta	N	%
Sí	4	14,8
No	23	85,2

Pregunta 28. ¿Considera que la comunicación entre AP y AE es?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Muy mala	6	22,2%	
Mala	9	33,3%	
Regular	11	40,7%	96,2
Buena	1	3,7%	3,7

Pregunta 29. ¿Cuál crees que es el nivel de conocimiento del funcionamiento de cada uno de los niveles, por parte del otro nivel?

Respuesta	N	%
Muy Bajo	6	22,2
Bajo	13	48,1
Regular	8	29,6

3. RESULTADOS CAP B

Del CAP B, se recogieron 4 cuestionarios

La edad media de la muestra fue de 35,25 años (DE 5,4), siendo el 100% mujeres.

El 100% eran enfermeras asistenciales.

El Centro de Asistencia Primaria tiene titularidad pública.

El 100% tenía contrato fijo.

El 25% llevaba trabajando menos de 1 año; el 50% entre 1 y 6 años; y el 25% más de 12 años.

El 100% eran del turno de tarde y trabajaban con médicos de familia.

El 100% eran diplomadas en enfermería.

En relación al informe de alta de Enfermería (IAE), estas fueron sus respuestas por cada tipo de pregunta:

Pregunta 12. ¿Conoce el IAE?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	1	25	
Poco	1	25	50
Bastante	2	50	

Pregunta 13. ¿Lo utiliza en su centro de trabajo?

Respuesta	N	%
Nada	3	75
Bastante	1	25

Pregunta 14. ¿Considera que el IAE facilita la recepción del paciente a la Enfermería de Atención Primaria?

Respuesta	N	%
Bastante	1	25
Mucho	3	75

Pregunta 15. ¿Considera que el IAE facilita la continuidad asistencial y de esta forma se mejora la calidad de los cuidados de Enfermería?

Respuesta	N	%
Bastante	3	75
Mucho	1	25

Pregunta 16. ¿El IAE garantiza la calidad de atención de los pacientes que seguirán necesitando cuidados en su domicilio?

Respuesta	N	%
Bastante	4	100

Pregunta 17. ¿Considera el IAE un instrumento idóneo de trabajo, como vía de comunicación entre AP y AE?

Respuesta	N	%
Bastante	1	25
Mucho	3	75

Pregunta 18. ¿Cree que la implantación del IAE es un indicador de desarrollo de la profesión de Enfermería?

Respuesta	N	%
Bastante	2	50
Mucho	2	50

Pregunta 19. ¿Es el IAE un informe útil en la práctica diaria?

Respuesta	N	%
Bastante	3	75
Mucho	1	25

Pregunta 20. ¿Le resultaría útil el modelo de cuidados de Virginia Henderson, para planificar los cuidados del alta?

Respuesta	N	%
Poco	2	50
Bastante	2	50

Pregunta 21. ¿ El IAE refleja toda la información que se necesita sobre el enfermo?

Respuesta	N	%
Poco	1	25
Bastante	3	75

Pregunta 22. ¿ Conoce las diferentes teorías de cuidados de Enfermería?

Respuesta	N	%
Sí, me las enseñaron durante el pregrado	2	50
Sí, parte en el pregrado y parte por f.c.	2	50

Pregunta 23. ¿ Sabe qué son los diagnósticos de Enfermería?

Respuesta	N	%
Sí, he trabajado con ellos	2	50
Sí, pero no los he aplicado en la práctica	2	50

Pregunta 24. ¿ Es adecuado el uso de diagnóstico de Enfermería en los IAE?

Respuesta	N	%
Sí, es bueno utilizar un lenguaje común	3	75
Sí, pero no es imprescindible	1	25

Pregunta 25. ¿El grado de aceptación de estos informes, por parte de Enfermería en su entorno laboral considera que es?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Alto	1	25	
Medio	3	75	

Pregunta 26. ¿Quién considera que se beneficia de este instrumento?

Respuesta	N	%
El paciente y la familia / cuidador	1	25
Todos los anteriores	3	75

Pregunta 27. ¿Conoce algún otro sistema o instrumento, como vía de comunicación entre el nivel H y AP aparte del IAE?

Respuesta	N	%
Si	1	25
No	3	75

Pregunta 28. ¿Considera que la comunicación entre AP y AE es?

Respuesta	N	%
Muy mala	2	50
Mala	2	50

Pregunta 29. ¿Cuál crees que es el nivel de conocimiento del funcionamiento de cada uno de los niveles, por parte del otro nivel?

Respuesta	N	%
Muy Bajo	1	25
Bajo	2	50
Regular	1	25

4. RESULTADOS HOSPITAL A

Del Hospital A, se recogieron 69 cuestionarios

La edad media de la muestra fue de 42,62 años (DE 8,0), siendo el 92,4% mujeres.

El Centro Hospitalario es de tercer nivel, y tiene titularidad pública.

El 92,8% eran enfermeras asistenciales, y el 5,8% mandos intermedios (supervisora o coordinadora).

El 92,8% tenían contrato fijo, y el 5,8% temporal.

El 4,3% llevaban trabajando menos de 1 año; el 30,4% entre 6 y 12 años, y el 65,2% más de 12 años.

El 5,8% eran de turno de mañana, y el 82,6% tenían turno de 12 horas.

El 23,4% trabajaba en Medicina Interna; el 21,9% en Cirugía General; el 15,6% en Cirugía Vascular; el 12,5% en Neumología, y el 26,6% en Neurología.

El 95,3% eran diplomadas en enfermería, y el 4,7% auxiliares técnico sanitario.

En relación al IAE estas fueron sus respuestas por cada tipo de pregunta.

Pregunta 12. ¿Conoce el IAE?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Poco	7	10,1	10,1
Bastante	37	53,6	
Mucho	25	36,2	89,8

Pregunta 13. ¿Lo utiliza en su centro de trabajo?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Poco	9	13,0	13,0
Bastante	37	53,6	
Mucho	23	33,3	86,9

Pregunta 14. ¿Considera que el IAE facilita la recepción del paciente a la Enfermería de Atención Primaria?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Poco	13	18,8	18,8
Bastante	39	56,5	
Mucho	17	24,6	81,1

Pregunta 15. ¿Considera que el IAE facilita la continuidad asistencial y de esta forma se mejora la calidad de los cuidados de Enfermería?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	2	2,9	
Poco	19	27,5	30,4
Bastante	32	46,4	
Mucho	14	20,3	66,7
No responden	2	2,9	

Pregunta 16. ¿El IAE garantiza la calidad de atención de los pacientes que seguirán necesitando cuidados en su domicilio?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	3	4,3	
Poco	21	30,4	34,7
Bastante	31	44,9	
Mucho	13	18,8	63,7
No responde	1	1,4	

Pregunta 17. ¿Considera el IAE un instrumento idóneo de trabajo, como vía de comunicación entre AP y AE?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	1	1,4	
Poco	15	21,7	23,1
Bastante	37	53,6	
Mucho	16	23,2	76,8

Pregunta 18. ¿Cree que la implantación del IAE es un indicador de desarrollo de la profesión de Enfermería?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	1	1,4	
Poco	10	14,5	15,9
Bastante	40	58,0	
Mucho	17	24,6	82,6
No responden	1	1,4	

Pregunta 19. ¿Es el IAE un informe útil en la práctica diaria?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	2	2,9	
Poco	22	31,9	34,8
Bastante	34	49,3	
Mucho	10	14,5	63,8
No responde	1	1,4	

Pregunta 20. ¿Le resultaría útil el modelo de cuidados de Virginia Henderson, para planificar los cuidados del alta?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	7	10,1	
Poco	32	46,4	56,5
Bastante	28	40,6	
Mucho	2	2,9	43,5

Pregunta 21. ¿ El IAE refleja toda la información que se necesita sobre el enfermo?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	3	4,3	
Poco	28	40,6	44,9
Bastante	31	44,9	
Mucho	7	10,1	55,0

Pregunta 22. ¿ Conoce las diferentes teorías de cuidados de Enfermería?

Respuesta	N	%
No	13	18,8
Sí, me las enseñaron durante el pregrado	26	37,7
Sí, me lo enseñaron durante los estudios de f.c.	20	29,0
Sí, parte en el pregrado y parte por f.c.	10	14,5

Pregunta 23. ¿ Sabe qué son los diagnósticos de Enfermería?

Respuesta	N	%
Sí, he trabajado con ellos	14	20,3
Sí, pero no los he aplicado en la práctica	45	65,2
Nunca he oído hablar de ellos	10	14,5

Pregunta 24. ¿ Es adecuado el uso de diagnóstico de Enfermería en los IAE?

Respuesta	N	%
Sí, es bueno utilizar un lenguaje común	26	37,7
Sí, pero no es imprescindible	32	46,4
No	11	15,9

Pregunta 25. ¿El grado de aceptación de estos informes, por parte de Enfermería en su entorno laboral considera que es?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Muy Alto	2	2,9	
Alto	6	8,7	11,6
Medio	30	43,5	43,5
Bajo	23	33,3	
Muy Bajo	8	11,6	44,9

Pregunta 26. ¿Quién considera que se beneficia de este instrumento?

Respuesta	N	%
La enfermería de Atención Primaria	7	10,1
El paciente y la familia / cuidador	6	8,7
La enfermería de Atención Especializada	6	8,7
Todos los anteriores	47	68,1
Otros	3	4,3

Pregunta 27. ¿Conoce algún otro sistema o instrumento, como vía de comunicación entre el nivel H y AP aparte del IAE?

Respuesta	N	%
Sí	19	27,5
No	50	72,5

Pregunta 28. ¿Considera que la comunicación entre AP y AE es?

Respuesta	N	%
Muy mala	9	13,0
Mala	24	34,8
Regular	33	47,8
Buena	3	4,3

Pregunta 29. ¿Cuál crees que es el nivel de conocimiento del funcionamiento de cada uno de los niveles, por parte del otro nivel?

Respuesta	N	%
Muy Bajo	10	14,5
Bajo	29	42,0
Regular	27	39,1
Alto	3	4,3

5. RESULTADOS HOSPITAL B

Del Hospital B se recogieron 51 encuestas.

La edad media de la muestra fue de 38,92 años (DE 10,4), siendo el 85,7% mujeres.

El centro hospitalario es de tercer nivel, y es de titularidad pública.

El 88,2% eran enfermeras asistenciales, y el 11,8% eran mandos intermedios (supervisora o coordinadora).

El 93,9% manifestaron tener un contrato laboral fijo y el 61% temporal.

El 9,8% llevaba trabajando menos de 1 año; el 22,5% entre 1 y 6 años; y el 64,7 mas de 12 años.

El 41,2% trabajaban en el turno de mañana; el 37,3% en el turno de tarde; el 19,6% en el turno de noche; y el 2% tenía turno de 12 horas.

El 4,2% trabajaba en el Servicio de Medicina Interna; el 54,2% en el de Cirugía General; el 20,8% en el de Traumatología; el 16,7% en el de Cirugía Vasculuar; y el 4,2% en el de Oncología.

El 92,2% eran diplomadas en enfermería, y el 7,8% auxiliares técnico sanitario.

Pregunta 12. ¿Conoce el IAE?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	13	25,5	
Poco	18	35,3	60,8
Bastante	14	27,5	
Mucho	6	11,8	39,3

Pregunta 13. ¿Lo utiliza en su centro de trabajo?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	31	60,8	
Poco	12	23,5	84,3
Bastante	4	7,8	
Mucho	2	3,9	11,7
No responden	2	3,9	

Pregunta 14. ¿Considera que el IAE facilita la recepción del paciente a la Enfermería de Atención Primaria?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Poco	1	2,0	
Bastante	20	39,2	
Mucho	26	51,0	90,2
No responden	4	7,8	

Pregunta 15. ¿Considera que el IAE facilita la continuidad asistencial y de esta forma se mejora la calidad de los cuidados de Enfermería?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Poco	1	2,0	
Bastante	22	43,1	
Mucho	25	49,0	92,1
No responden	3	5,9	

Pregunta 16. ¿El IAE garantiza la calidad de atención de los pacientes que seguirán necesitando cuidados en su domicilio?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	5	9,8	
Poco	3	5,9	15,7
Bastante	16	31,4	
Mucho	24	47,1	78,5
No responden	3	5,9	

Pregunta 17. ¿Considera el IAE un instrumento idóneo de trabajo, como vía de comunicación entre AP y AE?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Poco	3	5,9	5,9
Bastante	15	29,4	
Mucho	30	58,8	88,2
No responden	3	5,9	

Pregunta 18. ¿Cree que la implantación del IAE es un indicador de desarrollo de la profesión de Enfermería?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Poco	2	3,9	3,9
Bastante	16	31,4	
Mucho	29	56,9	88,3
No responden	4	7,8	

Pregunta 19. ¿Es el IAE un informe útil en la práctica diaria?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	1	2,0	
Poco	8	15,7	17,7
Bastante	19	37,3	
Mucho	19	37,3	74,6
No responden	4	7,8	

Pregunta 20. ¿Le resultaría útil el modelo de cuidados de Virginia Henderson, para planificar los cuidados del alta?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Nada	4	7,8	29,4
Poco	11	21,6	
Bastante	14	39,2	
Mucho	49	27,5	66,7
No responden	2	3,9	

Pregunta 21. ¿El IAE refleja toda la información que se necesita sobre el enfermo?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Poco	6	11,8	11,8
Bastante	32	62,7	
Mucho	9	17,6	80,3
No responden	4	7,8	

Pregunta 22. ¿Conoce las diferentes teorías de cuidados de Enfermería?

Respuesta	N	%
No	8	15,7
Sí, me las enseñaron durante el pregrado	21	41,2
Sí, me las enseñaron durante estudios de f.c.	12	23,5
Sí, parte en el pregrado y parte por f.c.	10	19,6

Pregunta 23. ¿Sabe qué son los diagnósticos de Enfermería?

Respuesta	N	%
Sí, he trabajado con ellos	13	25,5
Sí, pero no los he aplicado en la práctica	36	70,6
Nunca he oído hablar de ellos	2	3,9

Pregunta 24. ¿Es adecuado el uso de diagnóstico de Enfermería en los IAE?

Respuesta	N	%
Sí, es bueno utilizar un lenguaje común	34	66,7
Sí, pero no es imprescindible	14	27,5
No	2	3,9
No responden	1	2,0

Pregunta 25. ¿El grado de aceptación de estos informes, por parte de Enfermería en su entorno laboral considera que es?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Muy Alto	2	3,9	
Alto	4	7,8	11,7
Medio	22	43,1	43,1
Bajo	7	13,7	
Muy Bajo	9	17,6	
Nulo	2	3,9	35,2
No responden	5	9,8	

Pregunta 26. ¿Quién considera que se beneficia de este instrumento?

Respuesta	N	%
La enfermería de Atención Primaria	5	9,8
El paciente y la familia / cuidador	3	5,9
La enfermera de Atención Especializada	1	2,0
Todos los anteriores	40	78,4
Otros	1	2,0
No responden	1	2,0

Pregunta 27. ¿Conoce algún otro sistema o instrumento, como vía de comunicación entre el nivel H y AP aparte del IAE?

Respuesta	N	%
Sí	4	7,8
No	47	92,2

Pregunta 28. ¿Considera que la comunicación entre AP y AE es?

Respuesta	N	%
Muy mala	11	21,6
Mala	17	33,3
Regular	19	37,3
Buena	4	7,8

Pregunta 29. ¿Cuál crees que es el nivel de conocimiento del funcionamiento de cada uno de los niveles, por parte del otro nivel?

Respuesta	N	%	% Acum. Parcial
Muy Bajo	7	13,7	
Bajo	21	41,2	54,9
Regular	19	37,3	
Alto	2	3,9	
No responden	2	3,9	

6. RESULTADOS COMPARATIVOS POR CENTROS

Se recogieron un total de 151 encuestas, de las cuales el 21% correspondían a los 2 centros de Atención Primaria, y el 79% a los 2 hospitales terciarios, con esta distribución por centros:

Centro		Nº de encuestas	%
CAP A	Asistencia Primaria	27	17,88
CAP B	Asistencia Primaria	4	2,65
HOSPITAL A	Asistencia Hospitalaria	69	45,70
HOSPITAL B	Asistencia Hospitalaria	51	33,77
		TOTAL 151	

La edad media de la muestra fue de 41,89 años (D.E. 9,16).
Por centros fue de:

Centro		Edad Media	D.E.
CAP A	Asistencia Primaria	46,37	7,90
CAP B	Asistencia Primaria	35,25	5,38
HOSPITAL A	Asistencia Hospitalaria	42,62	8,03
HOSPITAL B	Asistencia Hospitalaria	38,92	10,36

Mayoritariamente las personas que respondieron fueron del género femenino (88,07%).
Por centros la distribución fue:

Centro		% mujeres	% hombres
CAP A	Asistencia Primaria	96,3	3,7
CAP B	Asistencia Primaria	100	--
HOSPITAL A	Asistencia Hospitalaria	92,4	7,6
HOSPITAL B	Asistencia Hospitalaria	85,7	14,3

Del personal de Enfermería que respondió, 13 eran supervisoras / coordinadoras y 138 eran enfermeras asistenciales. De las 13 supervisoras, 3 eran de Horta, 4 de CSVH, y 6 del HSC.

La titularidad de los centros era pública por lo que respecta a los 2 centros de asistencia primaria, mientras que por lo que respecta a los hospitales, uno era de titularidad pública y el otro privado.

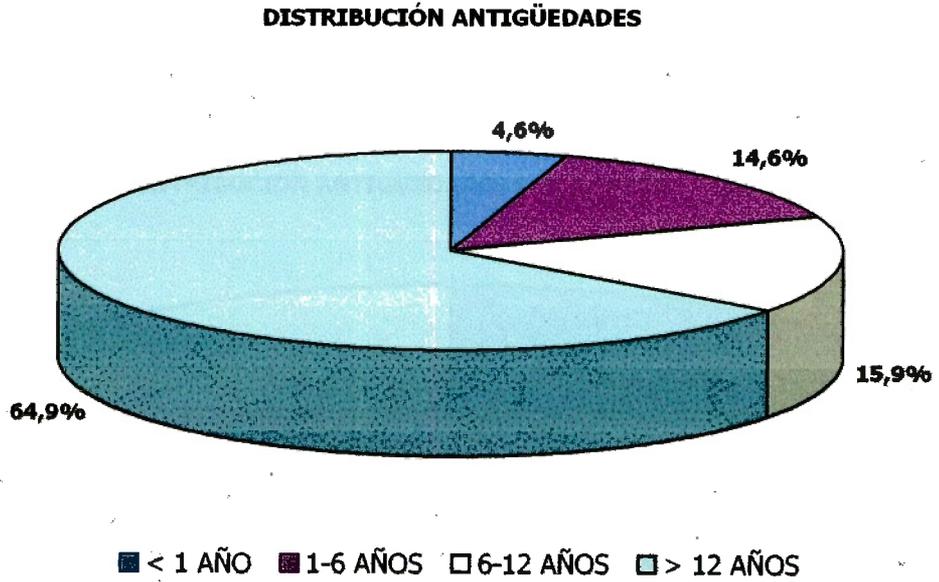
El 88% del personal tenían contrato fijo y el 12% temporal.

La distribución por centros era:

Centro		Fijo %	Temporal %
CAP A	Asistencia Primaria	88,5	11,5
CAP B	Asistencia Primaria	100	
HOSPITAL A	Asistencia Hospitalaria	94,1	5,9
HOSPITAL B	Asistencia Hospitalaria	93,9	6,1

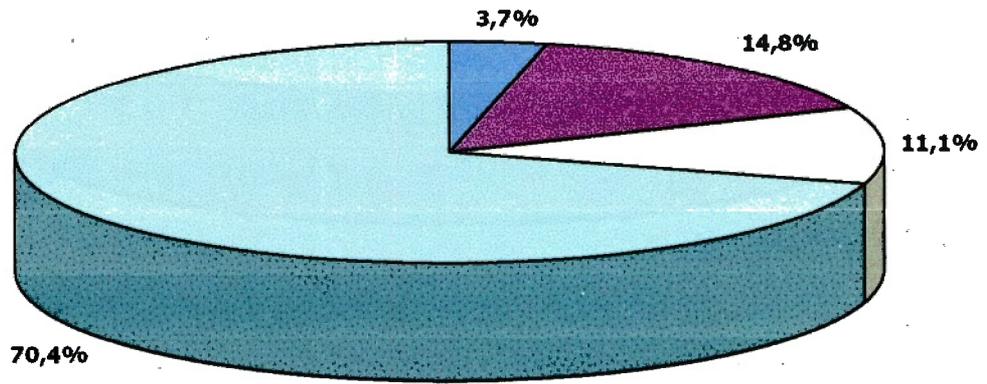
El 64,9% del personal de Enfermería que contestó la encuesta tenía una antigüedad de 12 o más años en el centro donde trabajaba.

La distribución de antigüedades de la muestra era:



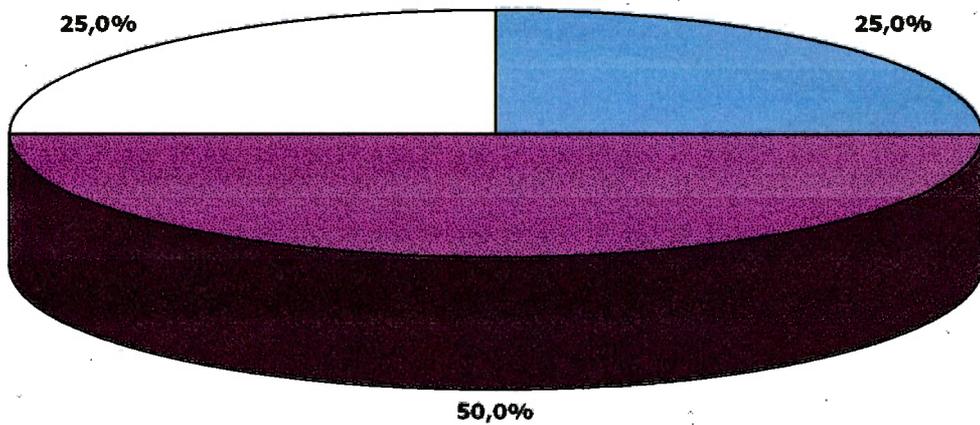
Por centros la distribución era:

DISTRIBUCIÓN ANTIGÜEDADES POR CENTROS - CAP A



■ < 1 AÑO ■ 1-6 AÑOS □ 6-12 AÑOS □ > 12 AÑOS

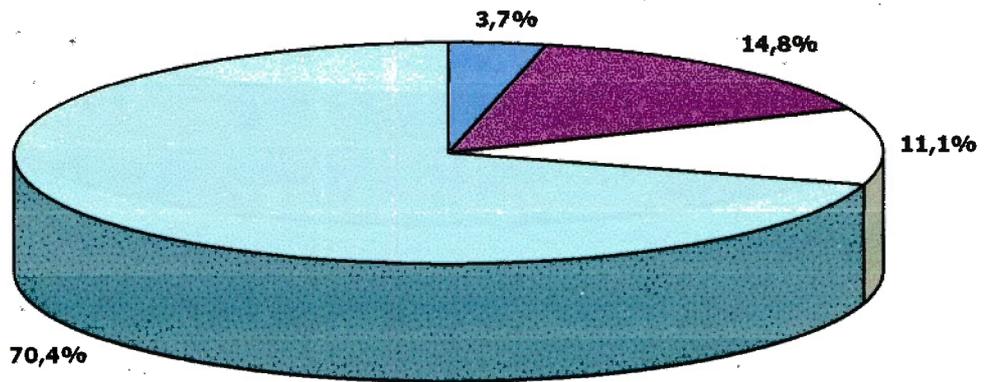
DISTRIBUCIÓN ANTIGÜEDADES POR CENTROS - CAP B



■ < 1 AÑO ■ 1-6 AÑOS □ > 12 AÑOS

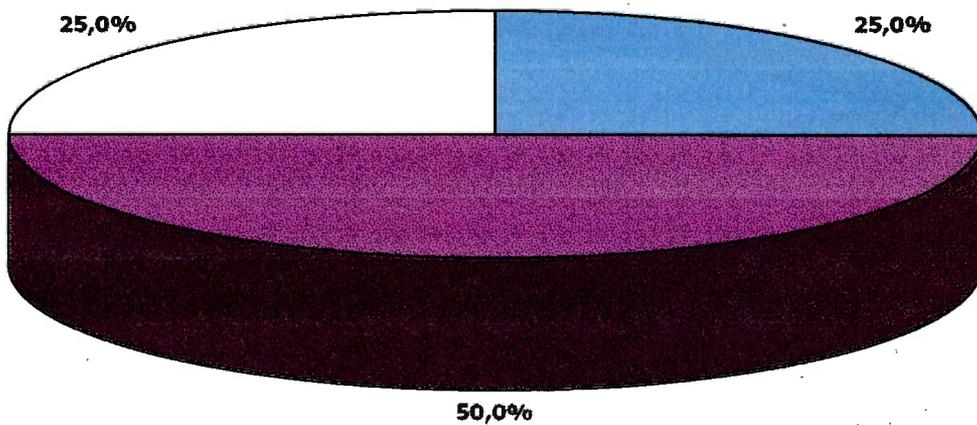
Por centros la distribución era:

DISTRIBUCIÓN ANTIGÜEDADES POR CENTROS - CAP A



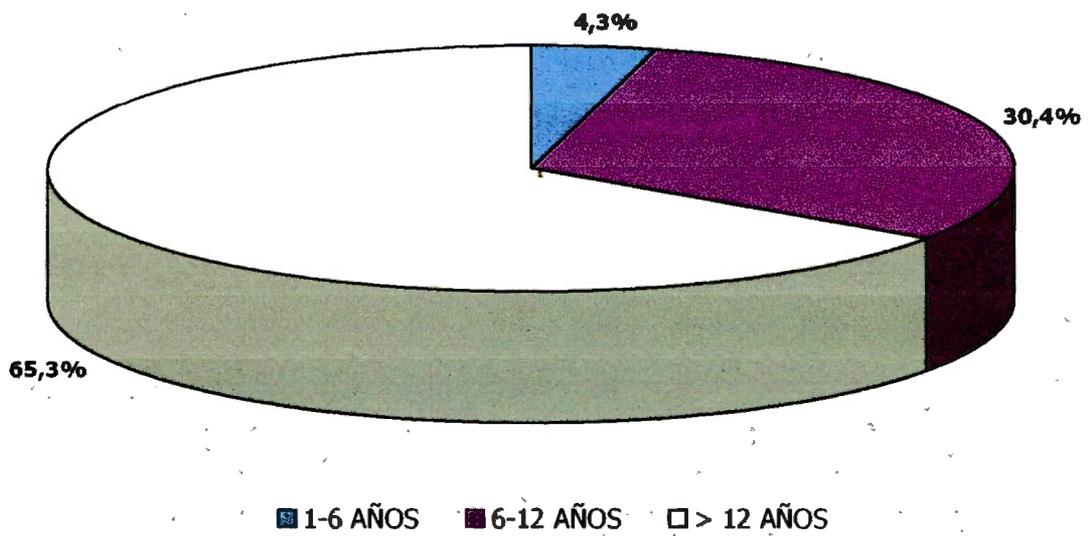
■ < 1 AÑO ■ 1-6 AÑOS □ 6-12 AÑOS □ > 12 AÑOS

DISTRIBUCIÓN ANTIGÜEDADES POR CENTROS - CAP B

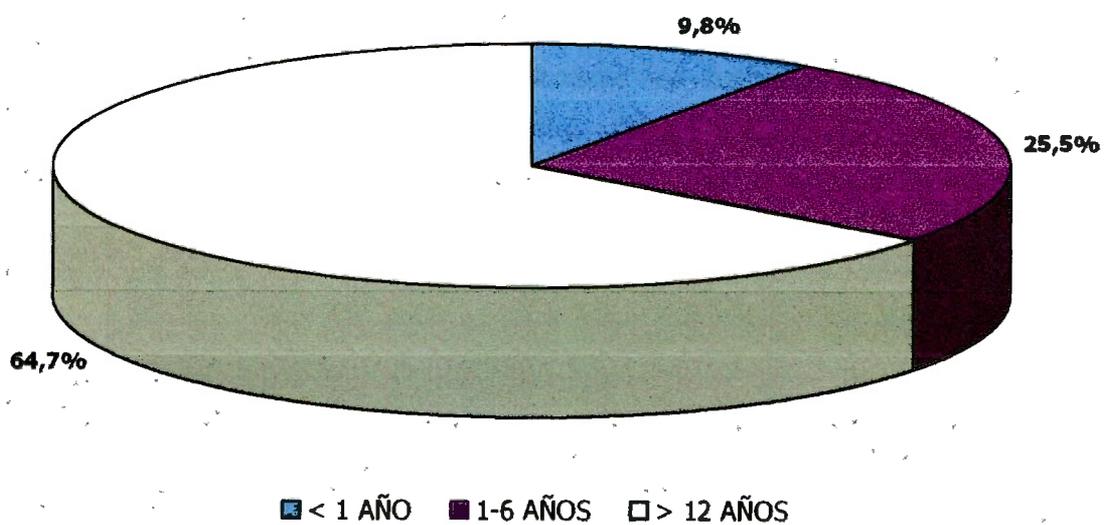


■ < 1 AÑO ■ 1-6 AÑOS □ > 12 AÑOS

DISTRIBUCIÓN ANTIGÜEDADES POR CENTROS - HOSPITAL A

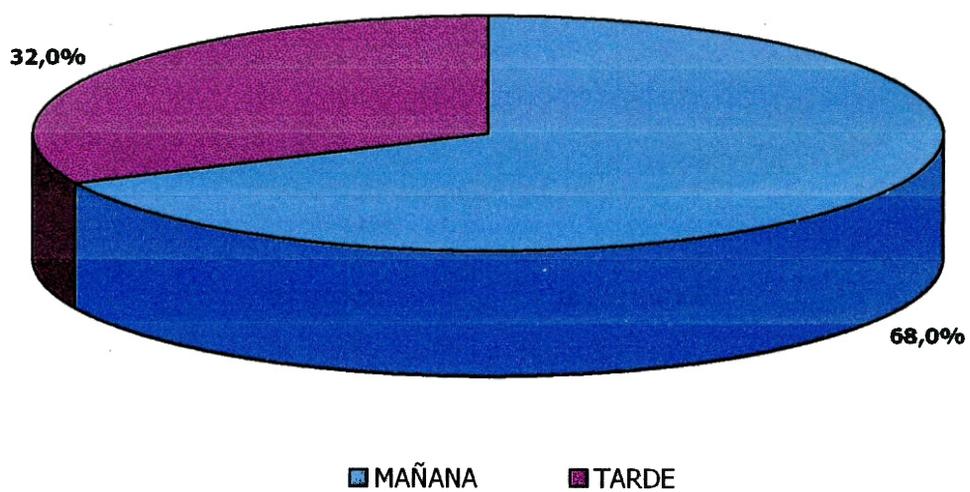


DISTRIBUCIÓN ANTIGÜEDADES POR CENTROS - HOSPITAL B

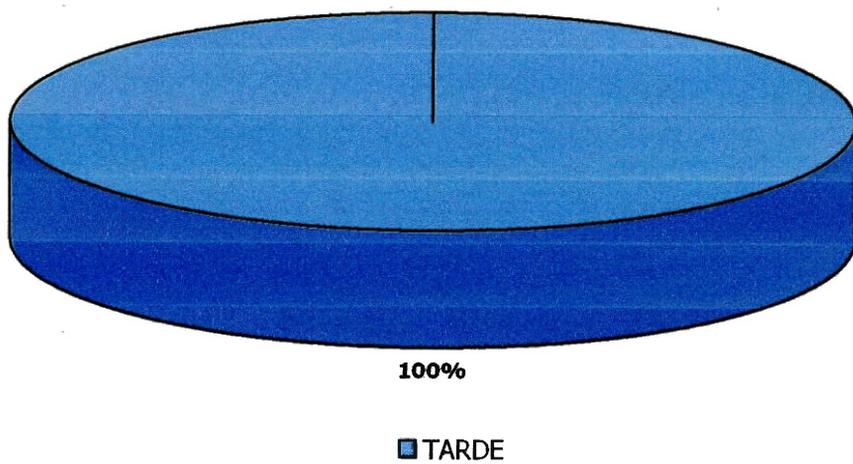


La distribución por turnos laborales de cada centro fue:

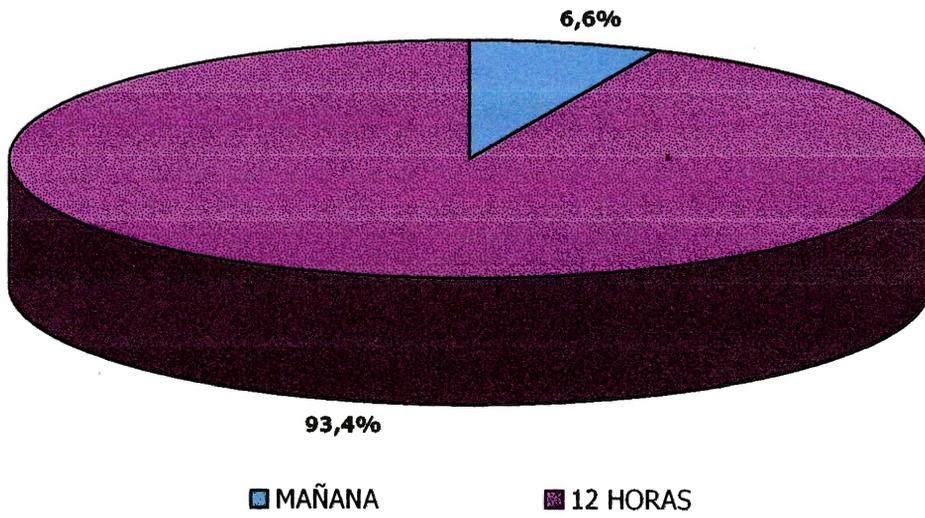
DISTRIBUCIÓN TURNOS LABORABLES POR CENTROS - CAP A



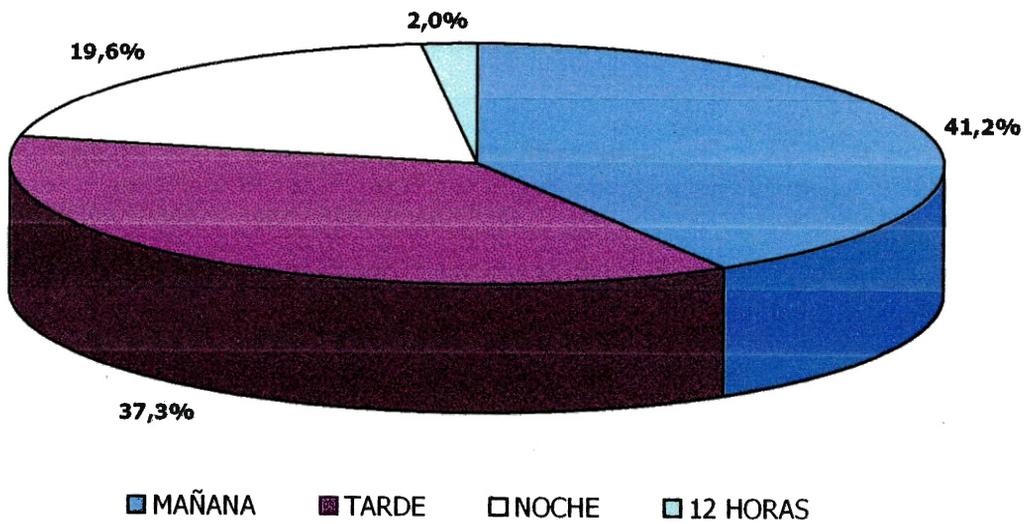
DISTRIBUCIÓN TURNOS LABORABLES POR CENTROS - CAP B



DISTRIBUCIÓN TURNOS LABORABLES POR CENTROS - HOSPITAL A

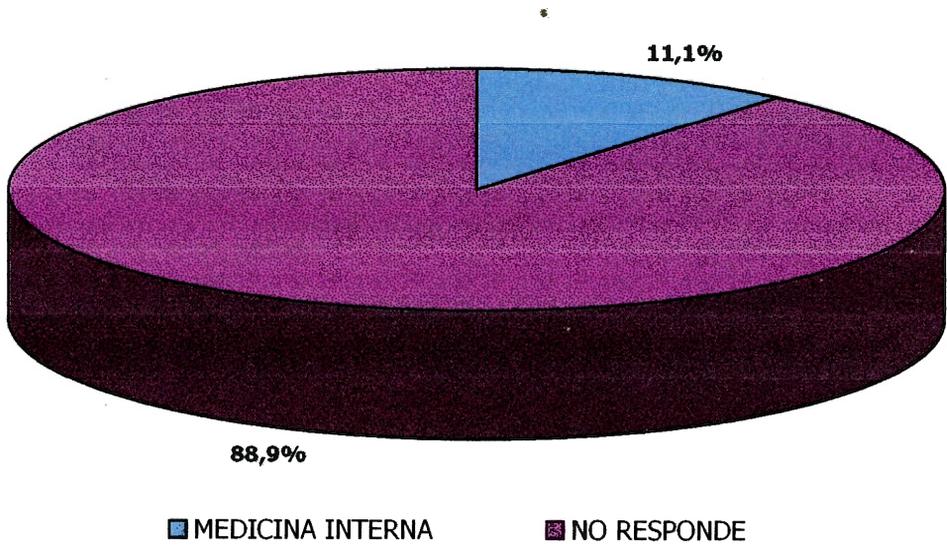


DISTRIBUCIÓN TURNOS LABORABLES POR CENTROS - HOSPITAL B

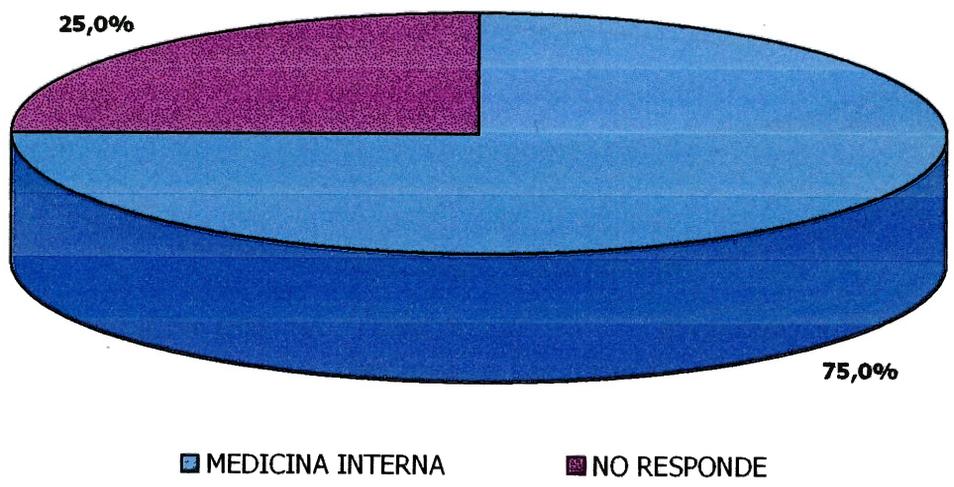


La distribución por servicios, donde trabajaba la persona que respondió la encuesta fue:

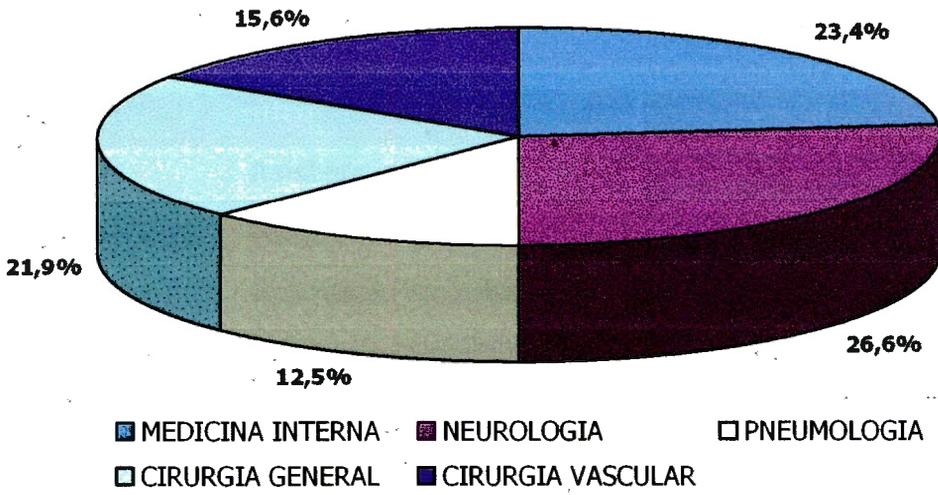
DISTRIBUCIÓN POR SERVICIOS - CAP A



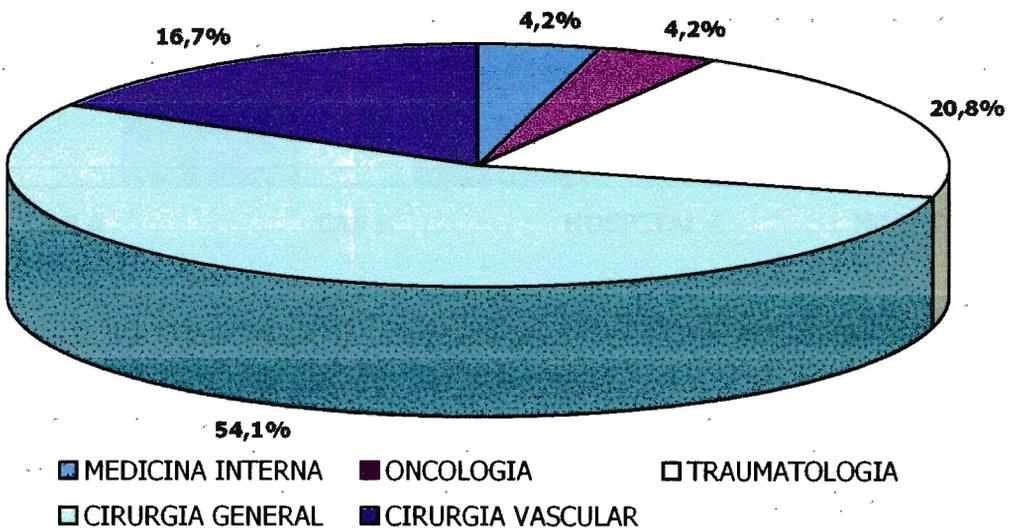
DISTRIBUCIÓN POR SERVICIOS - CAP B



DISTRIBUCIÓN POR SERVICIOS - HOSPITAL A



DISTRIBUCIÓN POR SERVICIOS - HOSPITAL B



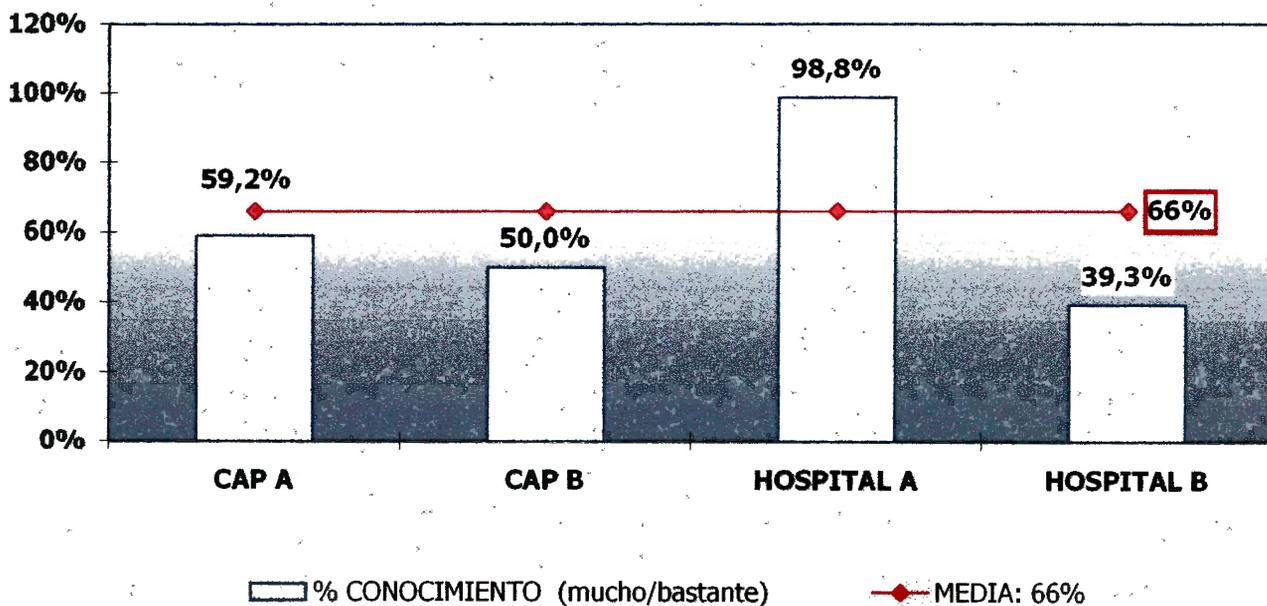
El 93% del personal de enfermería que contestó la encuesta manifestaron ser diplomadas en enfermería.

Por centros la distribución fue:

Centro		DI %	ATS %
CAP A	Asistencia Primaria	88,9	11,1
CAP B	Asistencia Primaria	100	--
HOSPITAL A	Asistencia Hospitalaria	95,3	4,7
HOSPITAL B	Asistencia Hospitalaria	92,2	7,8

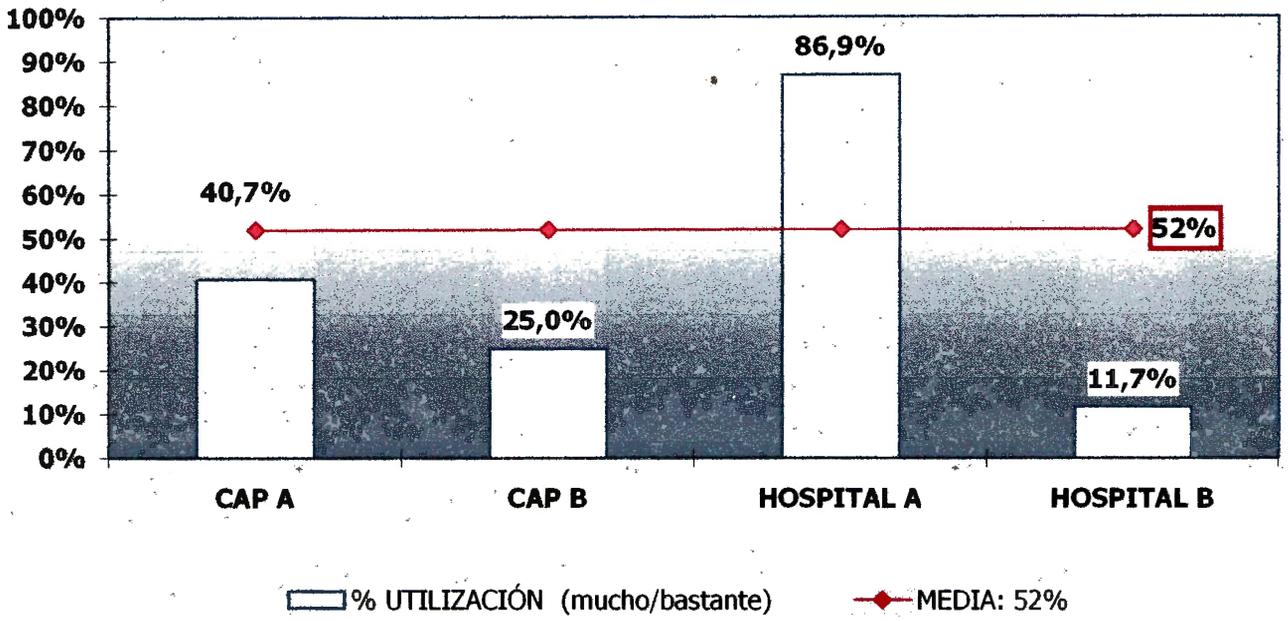
El 66% de la muestra manifestaron conocer, mucho o bastante, el informe de alta de enfermería.

Por centros los resultados fueron:



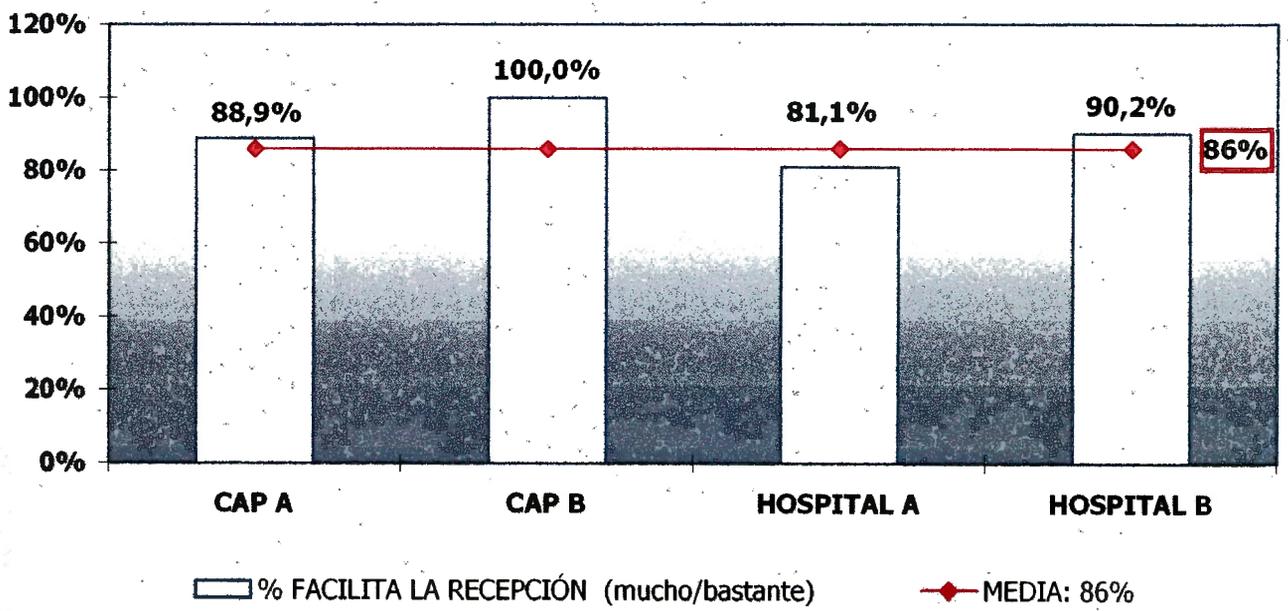
El 52% de la muestra manifestó utilizar "mucho, bastante".

Por centros los resultados fueron:



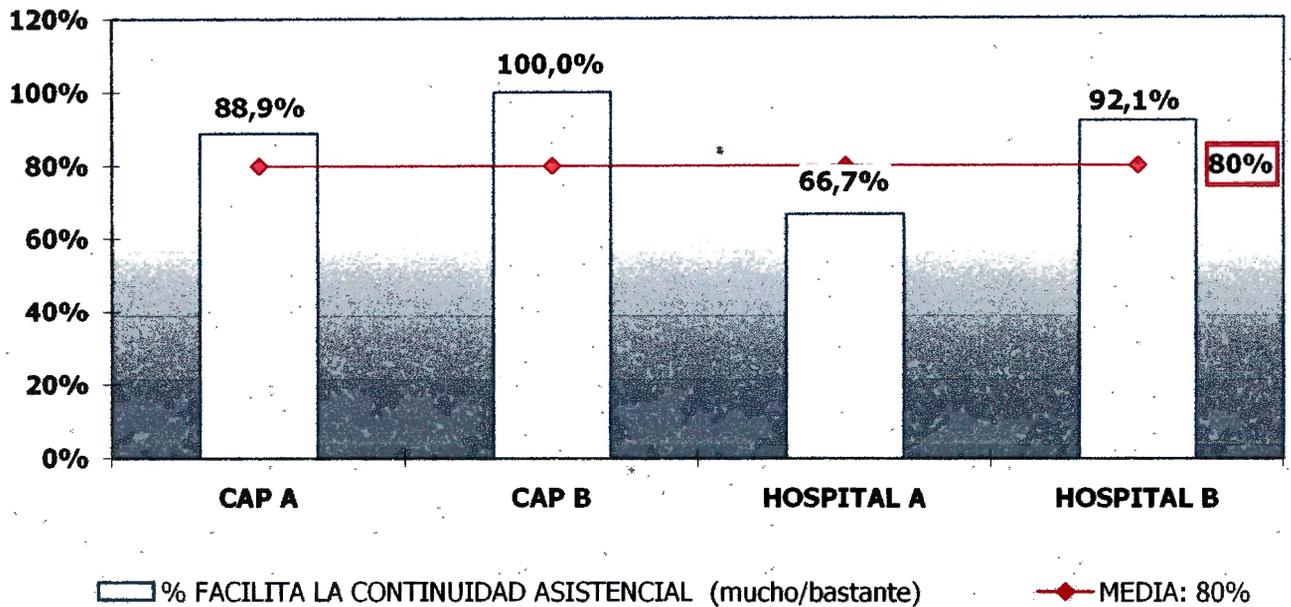
El 86% de la muestra consideró que el IAE facilita, mucho o bastante, la recepción del paciente a la enfermera de atención primaria.

Por centros los resultados fueron:



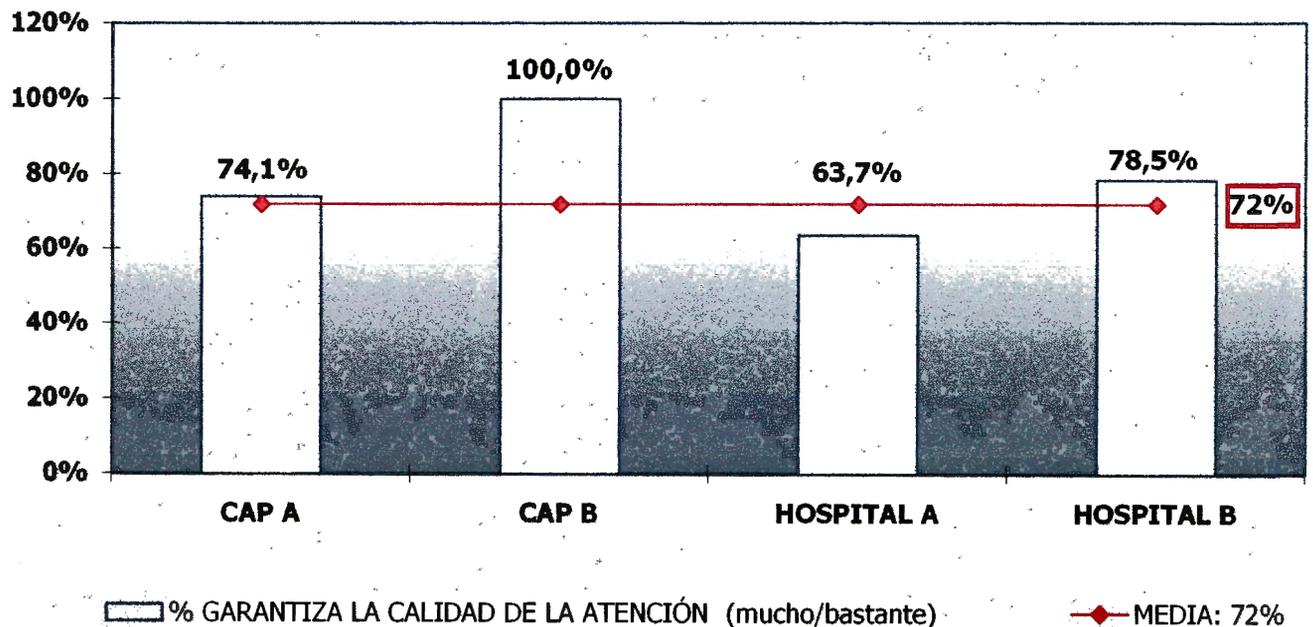
El 80% de la muestra consideró que el IAE facilita, mucho o bastante, la continuidad asistencial, y de esta forma se mejora la calidad de los cuidados de Enfermería.

Por centros los resultados fueron:



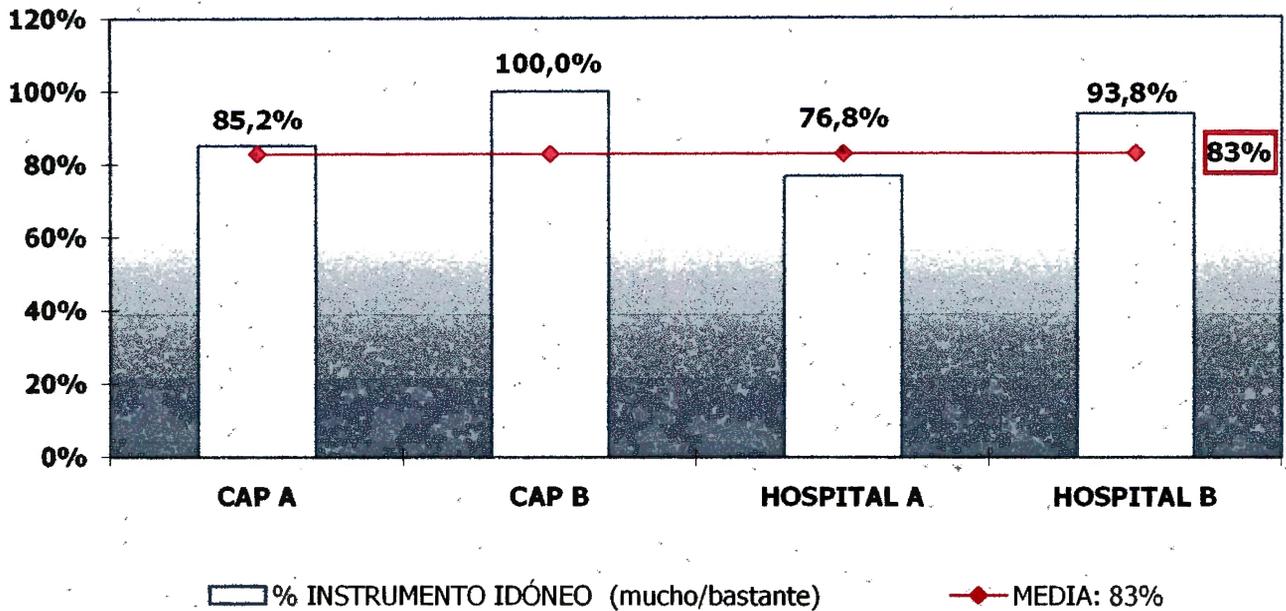
El 72% de la muestra consideró que el IAE garantiza, mucho o bastante, la calidad de atención de los pacientes que seguirán necesitando cuidados en su domicilio.

Por centros los resultados fueron:



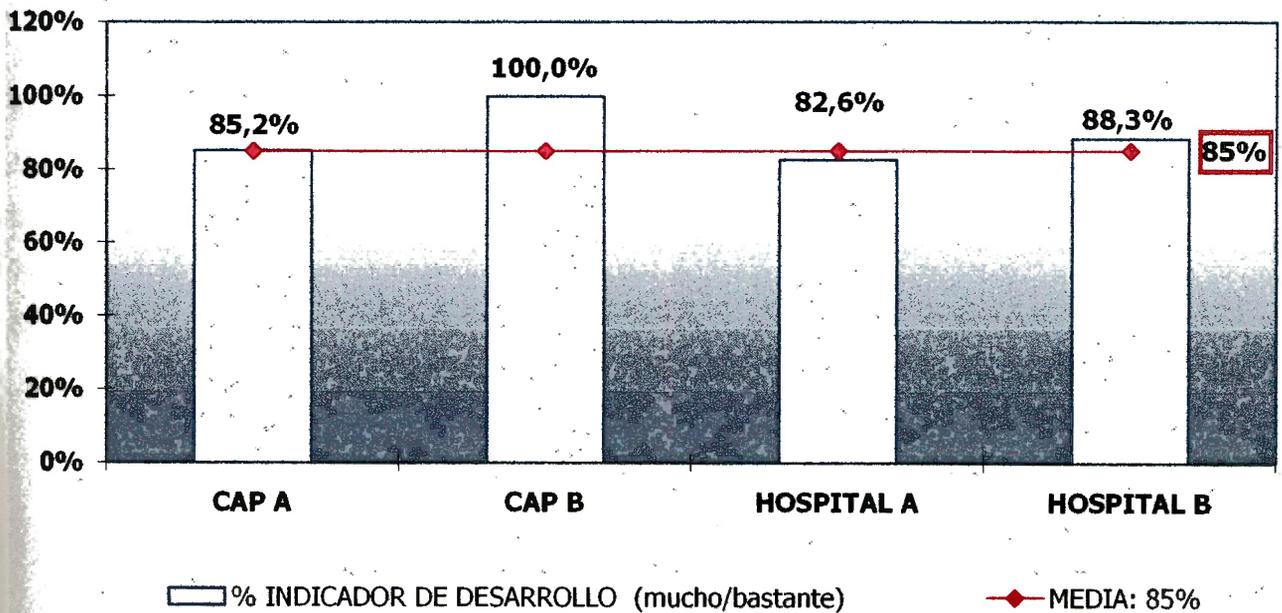
El 83% de la muestra consideró, mucho o bastante, el IAE como un instrumento idóneo de trabajo como vía de comunicación entre AP y AE.

Por centros los resultados fueron:



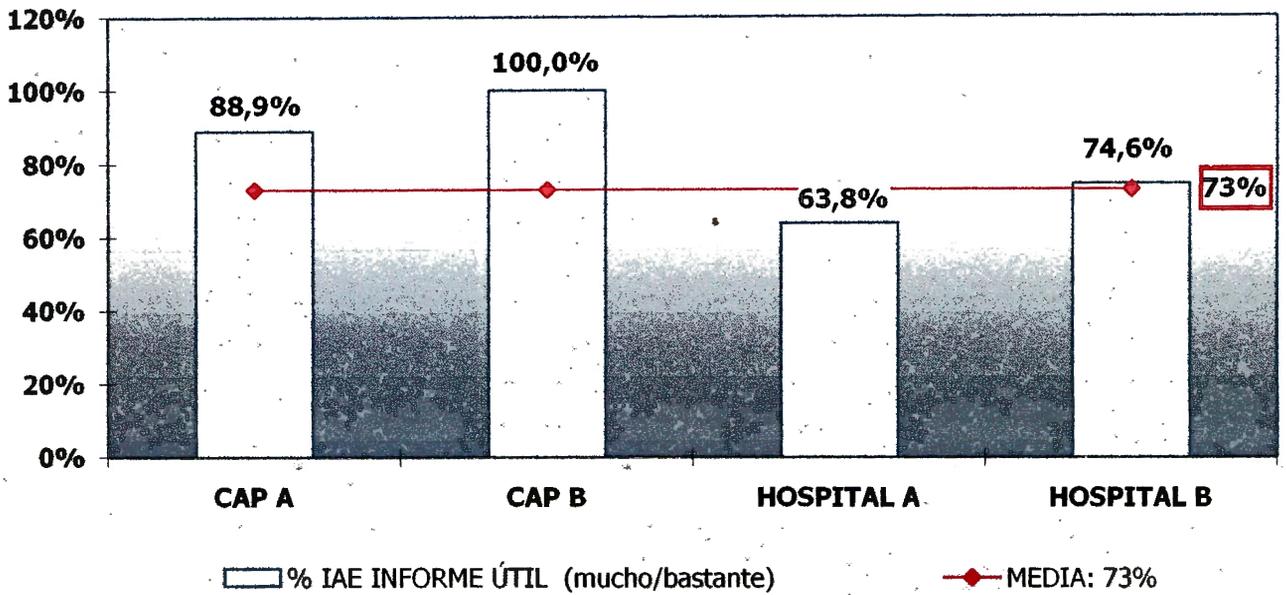
El 85% de la muestra consideró, mucho o bastante, que la implantación del IAE es un indicador de desarrollo de la profesión de enfermería.

Por centros los resultados fueron:



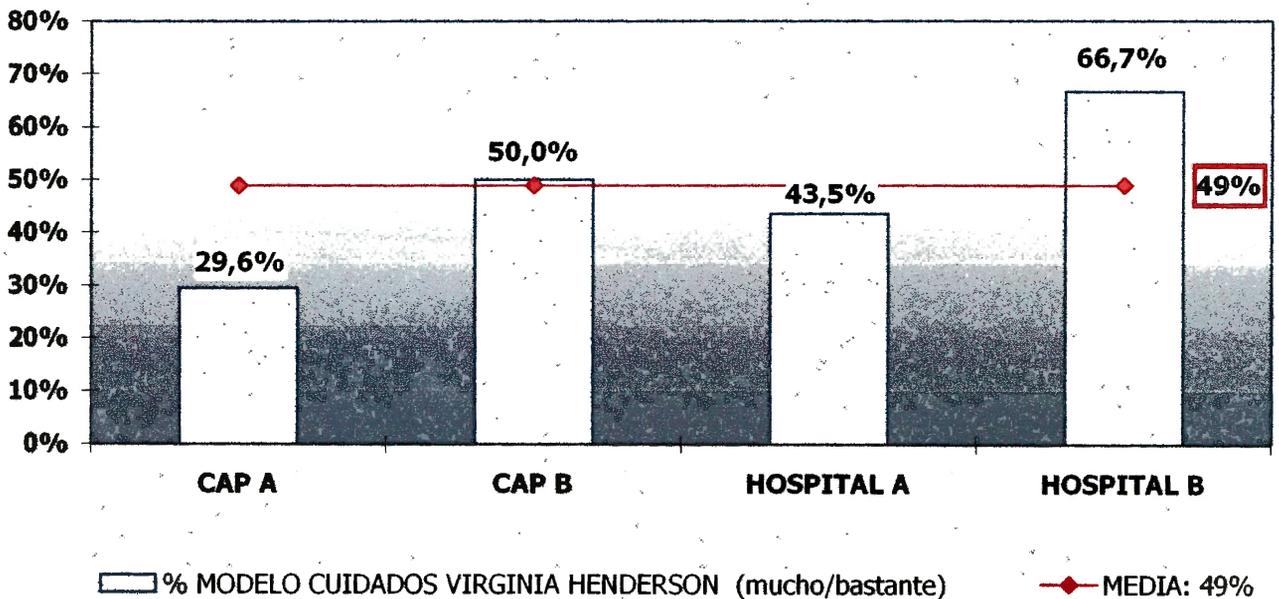
El 73% de la muestra consideró, bastante o mucho, que el IAE es un informe útil en la práctica diaria.

Por centros los resultados fueron:



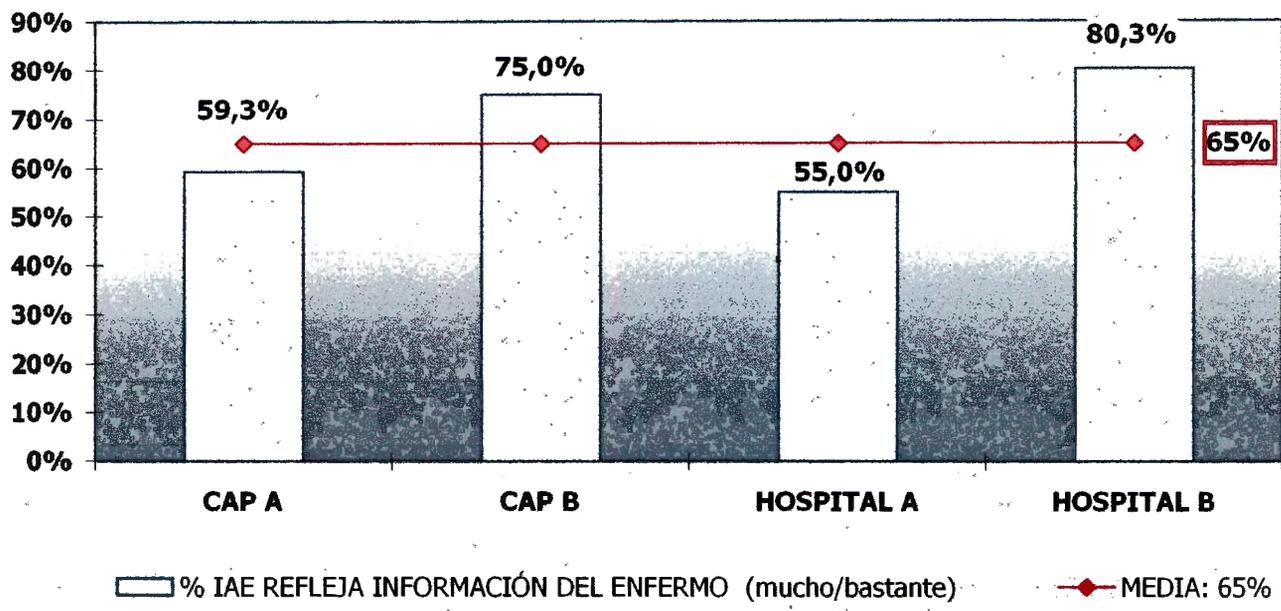
El 49% de la muestra consideró, bastante o mucho, que el modelo de cuidados de Virginia Henderson le resultaría útil para planificar los cuidados.

Por centros los resultados fueron:



El 65% de la muestra consideró, bastante o mucho, que el IAE refleja toda la información que se necesita sobre el enfermo.

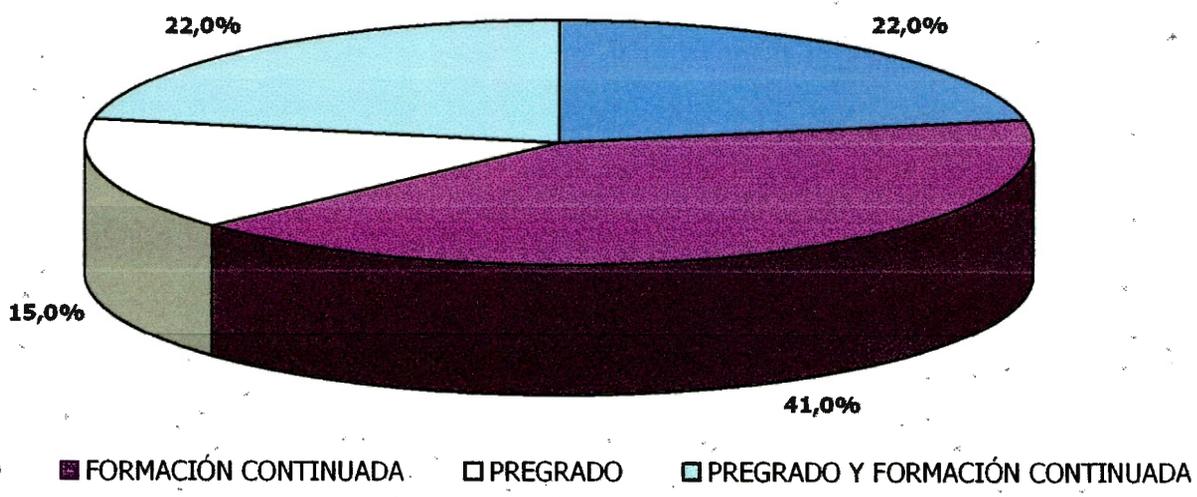
Por centros los resultados fueron:



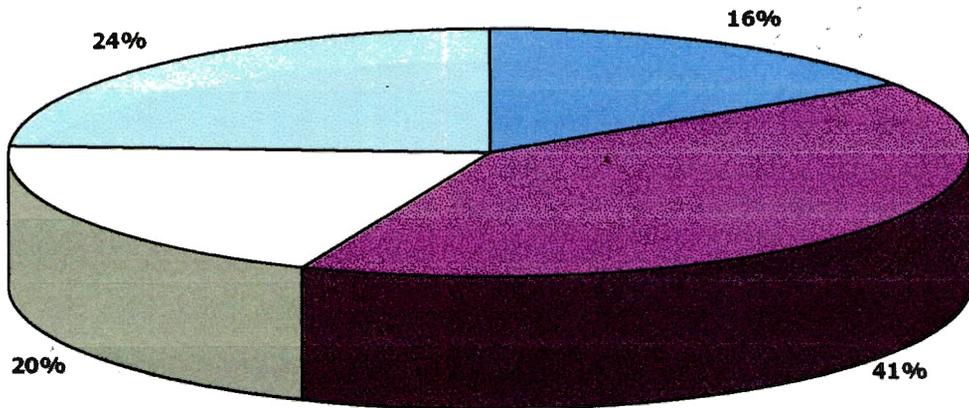
Mayoritariamente (35%) los sujetos de la muestra dijeron que las diferentes teorías sobre los cuidados de enfermería, las habían aprendido durante estudios de pregrado.

Por centros los resultados fueron:

RESULTADOS POR CENTROS - CAP A



RESULTADOS POR CENTROS - HOSPITAL B

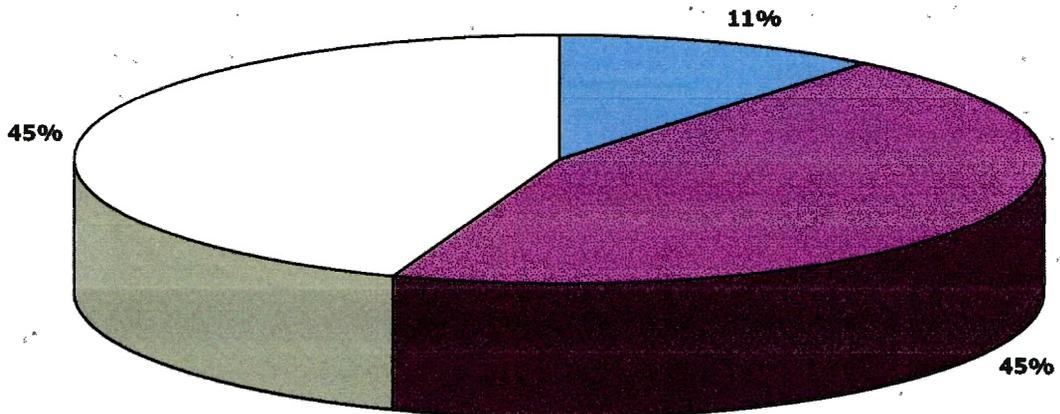


■ NO ■ PREGRADO □ PREGRADO Y FORMACIÓN CONTINUADA □ FORMACIÓN CONTINUADA

El 63% de la muestra manifestó conocer qué son los diagnósticos de enfermería, pero no haberlos llevado a la práctica.

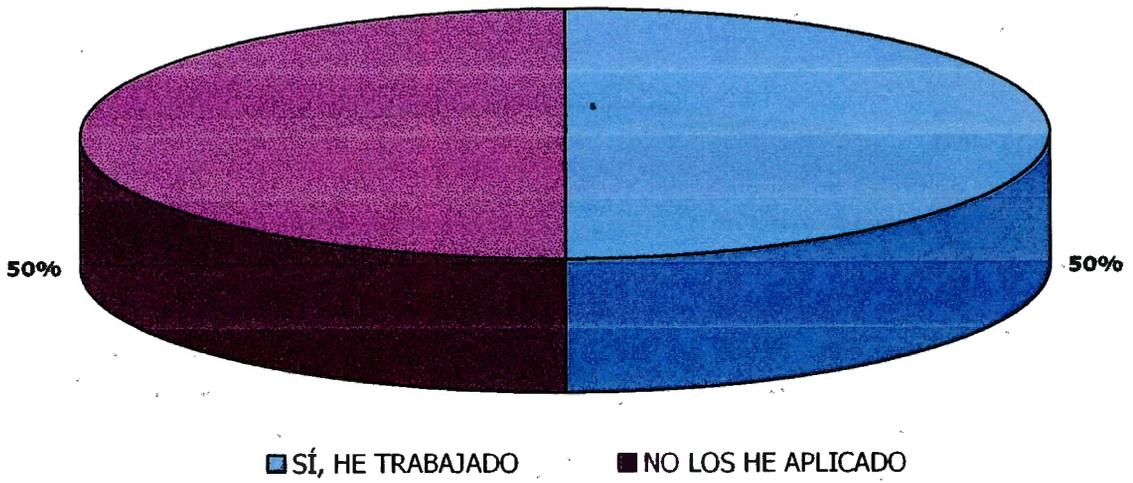
Por centros los resultados fueron:

RESULTADOS POR CENTROS - CAP A

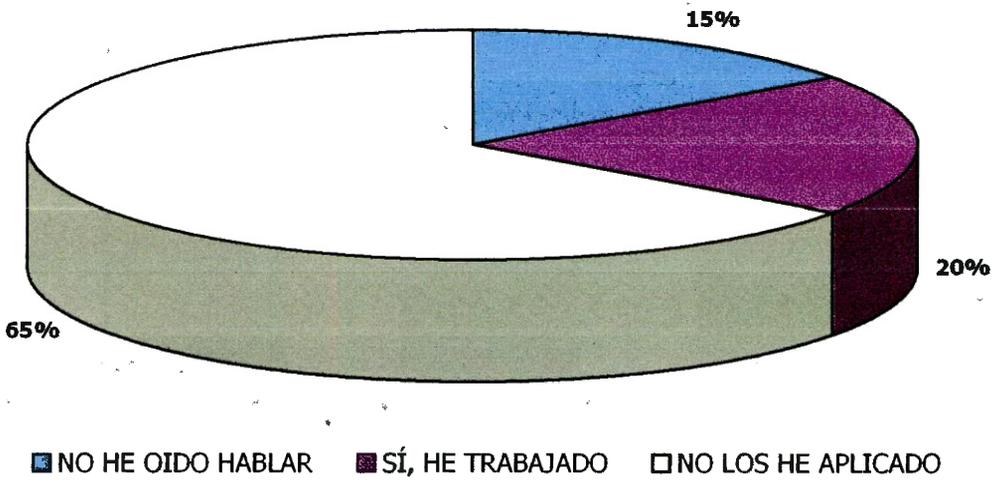


■ NO HE OIDO HABLAR ■ SÍ, HE TRABAJADO □ NO LOS HE APLICADO

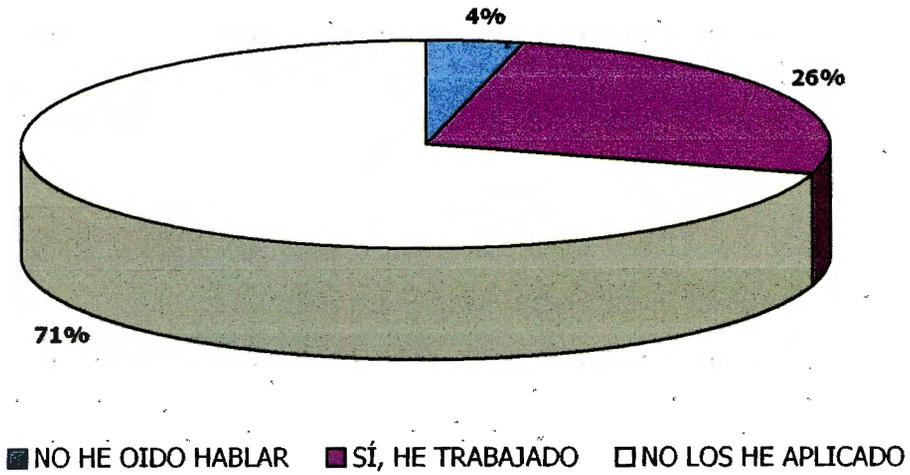
RESULTADOS POR CENTROS - CAP B



RESULTADOS POR CENTROS - HOSPITAL A

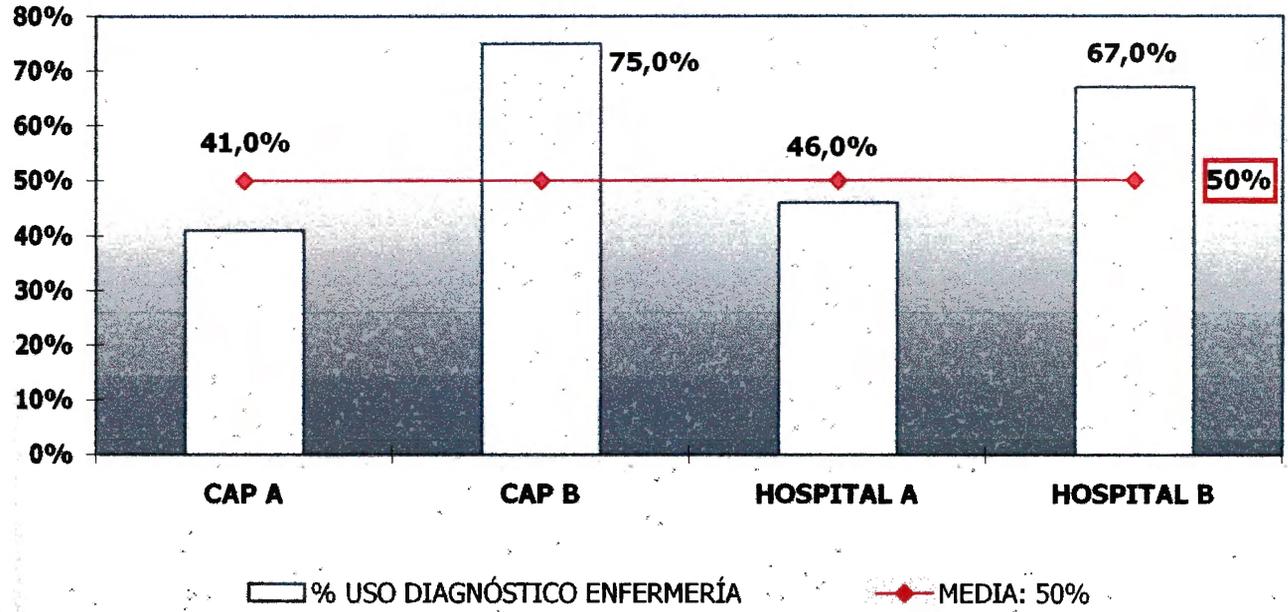


RESULTADOS POR CENTROS - HOSPITAL B



El 50% manifestó que el uso del diagnóstico de enfermería en los IAE era bueno para utilizar un lenguaje común, aunque el 39% consideró que ello no era imprescindible.

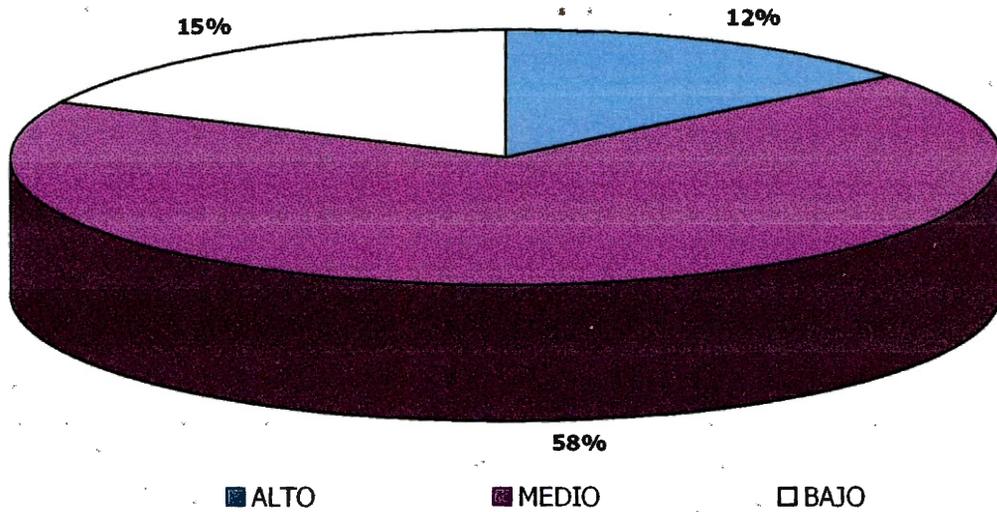
Por centros los resultados fueron:



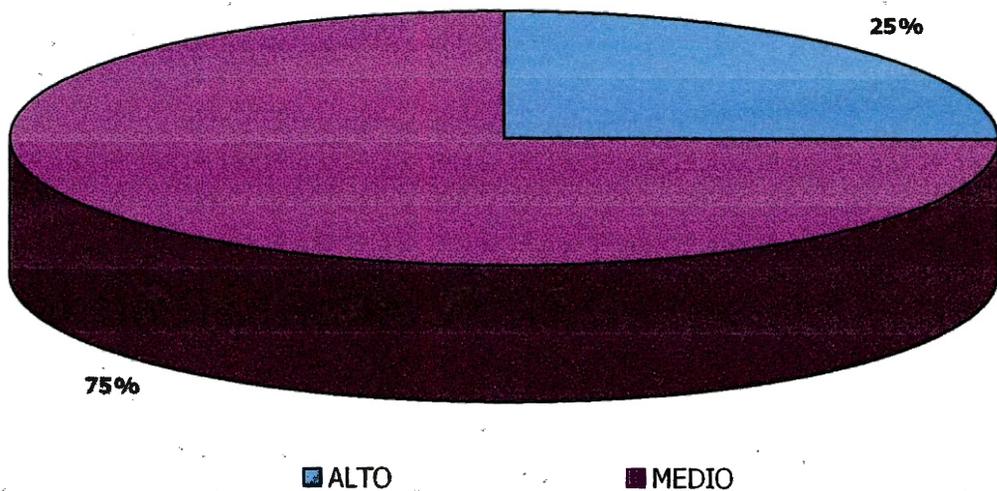
Con relación al grado de aceptación de los informes, por parte de enfermería, en el entorno laboral, la muestra la situaba en el grado medio (48%).

Por centros los resultados fueron:

RESULTADOS POR CENTROS - CAP A

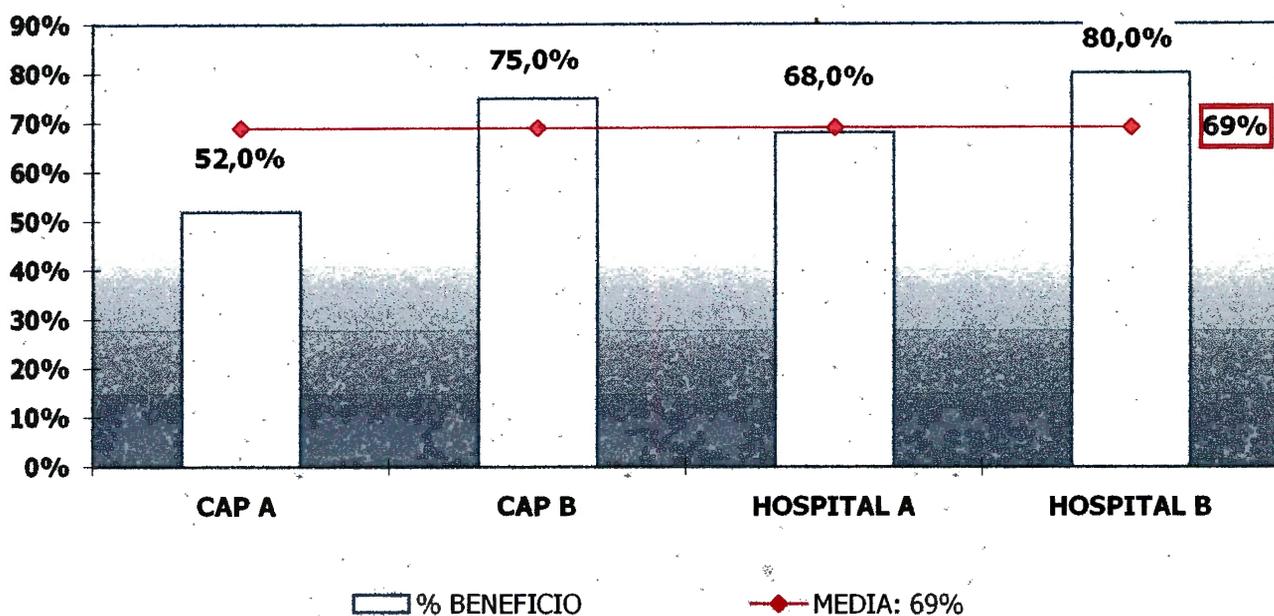


RESULTADOS POR CENTROS - CAP B



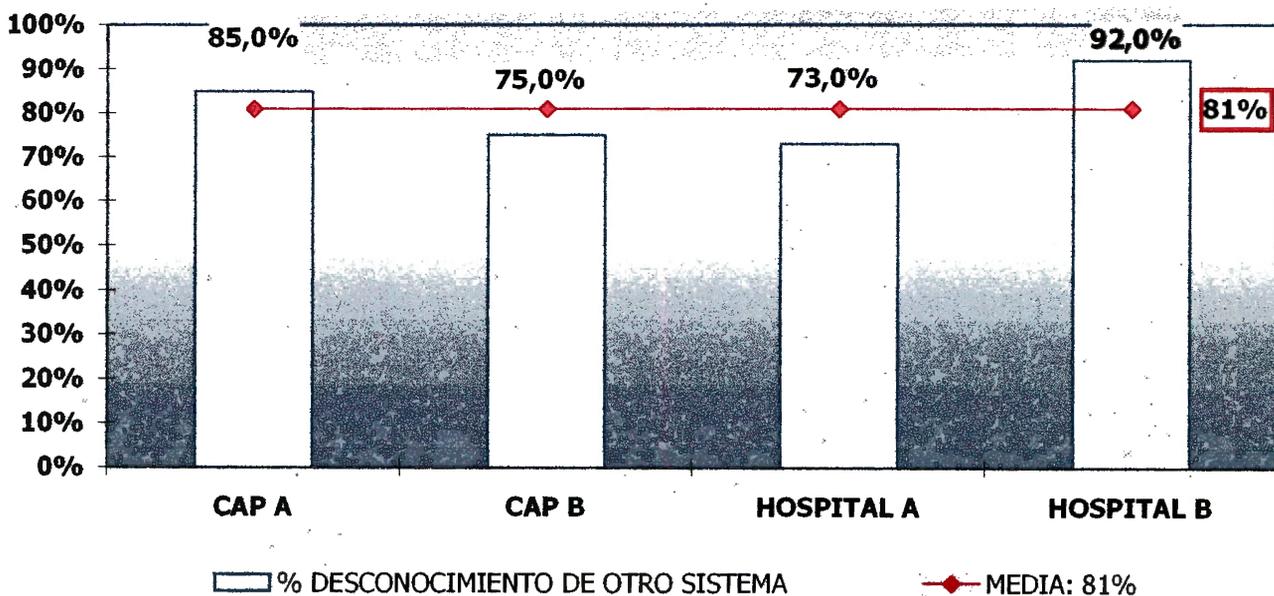
Mayoritariamente (69%), la muestra manifestó que del IAE se benefician enfermos, familia, cuidadores y enfermería de atención primaria y especializada.

Por centros los resultados fueron:



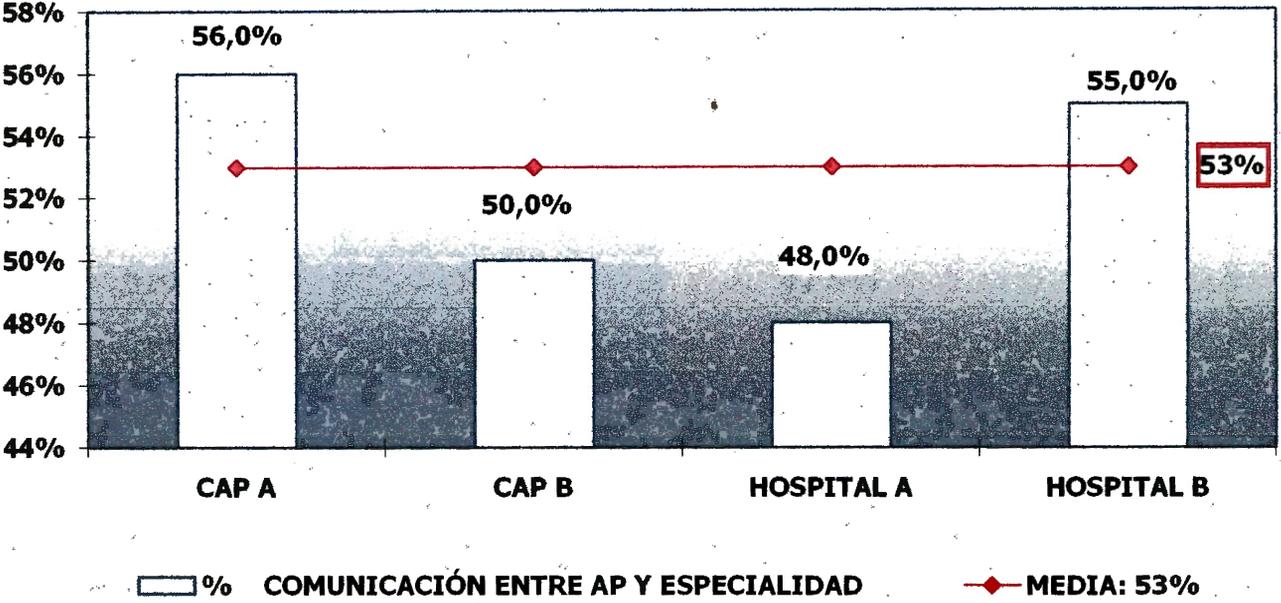
El 81% de la muestra expresó desconocer algún otro sistema o instrumento como vía de comunicación entre H y AP.

Por centros los resultados fueron:

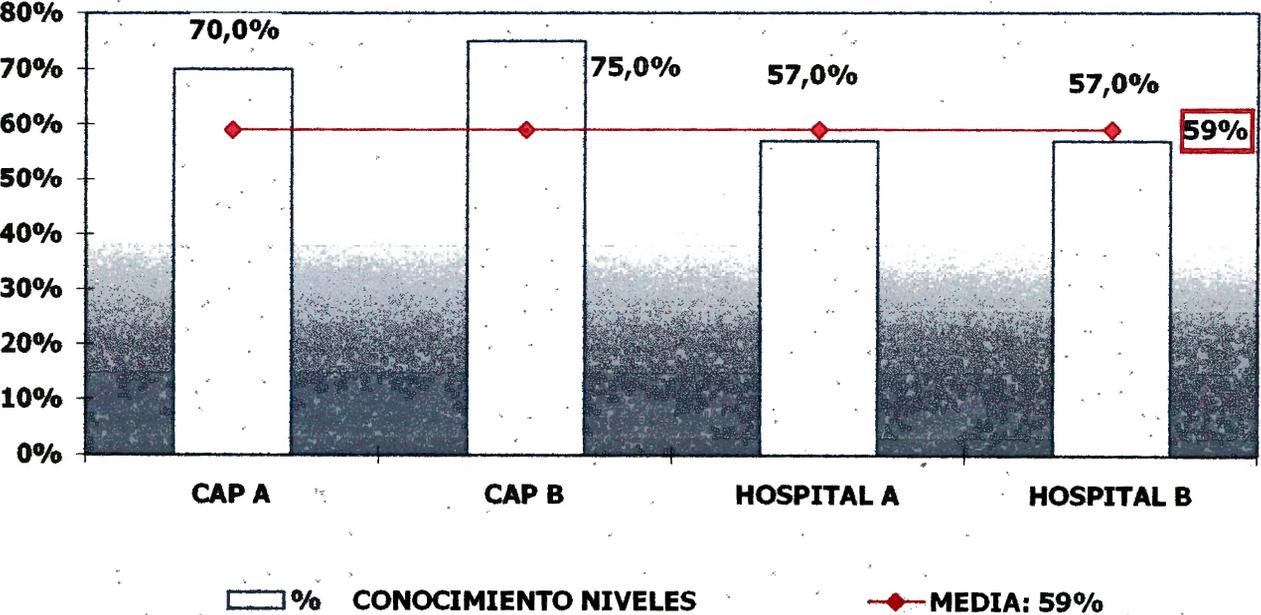


El 53% de la muestra valora como mala o muy mala, la comunicación entre AP especializada, y el 41% la valora como regular.

Por centros los resultados fueron:



El 59% de la muestra valora como bajo o muy bajo el nivel de conocimiento del funcionamiento de cada uno de los niveles por parte del otro nivel.



7. RESULTADOS COMPARANDO LOS DOS CENTROS DE ASISTENCIA PRIMARIA CON LOS DOS CENTROS DE ASISTENCIA HOSPITALARIA

Pregunta 12. ¿Conoce el IAE?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Nada	9,7%	10,8%	3,236 n.s.
Poco	32,3%	20,8%	
Bastante	45,2%	42,5%	
Mucho	12,9%	25,8%	

Pregunta 13. ¿Lo utiliza en su centro de trabajo?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Nada	20,7%	26,3%	6,154 n.s.
Poco	37,9%	17,8%	
Bastante	31,0%	34,7%	
Mucho	10,3%	21,2%	

Pregunta 14. ¿Considera que el IAE facilita la recepción del paciente a la Enfermería de Atención Primaria?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Poco	9,7%	12,1%	4,218 n.s.
Bastante	71,0%	50,9%	
Mucho	19,4%	37,1%	

Pregunta 15. ¿Considera que el IAE facilita la continuidad asistencial y de esta forma se mejora la calidad de los cuidados de Enfermería?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Nada	3,2%	1,7%	13,376 *
Poco	3,2%	17,4%	
Bastante	77,5%	47,0%	
Mucho	16,1%	33,9%	

* $P < 0,05$

Pregunta 16. ¿El IAE garantiza la calidad de atención de los pacientes que seguirán necesitando cuidados en su domicilio?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Nada	9,7%	6,9%	14,636 **
Poco	12,9%	20,7%	
Bastante	74,2%	40,5%	
Mucho	3,2%	31,9%	

** $P < 0,01$

Pregunta 17. ¿Considera el IAE un instrumento idóneo de trabajo, como vía de comunicación entre AP y AE?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Nada	0%	0,9%	3,042 n.s.
Poco	12,9%	15,4%	
Bastante	61,3%	44,4%	
Mucho	25,8%	39,3%	

Pregunta 18. ¿Cree que la implantación del IAE es un indicador de desarrollo de la profesión de Enfermería?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Nada	6,5%	0,9%	7,322 n.s.
Poco	6,5%	10,4%	
Bastante	64,5%	48,7%	
Mucho	22,6%	40,0%	

Pregunta 19. ¿Es el IAE un informe útil en la práctica diaria?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Nada	3,2%	2,6%	6,657 n.s.
Poco	6,5%	26,1%	
Bastante	28,4%	46,1%	
Mucho	19,4%	25,2%	

Pregunta 20. ¿Le resultaría útil el modelo de cuidados de Virginia Henderson, para planificar los cuidados del alta?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Nada	35,5%	9,3%	14,669 **
Poco	32,3%	36,4%	
Bastante	29,0%	40,7%	
Mucho	3,2%	13,6%	

** P<0,01

Pregunta 21. ¿ El IAE refleja toda la información que se necesita sobre el enfermo?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Nada	0%	2,6%	5,982 n.s.
Poco	38,7%	29,3%	
Bastante	61,3%	54,3%	
Mucho	0%	13,8%	

Pregunta 22. ¿Conoce las diferentes teorías de cuidados de Enfermería?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
No	19,4%	17,5%	4,585 n.s.
Sí, me las enseñaron durante el pregrado	19,4%	39,2%	
Sí, me las enseñaron durante estudios de f.c.	35,5%	26,7%	
Sí, parte en el pregrado y parte por f.c.	25,8%	16,7%	

Pregunta 23. ¿Sabe qué son los diagnósticos de Enfermería?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Sí, he trabajado con ellos	45,2%	22,5%	6,616 *
Sí, pero no los he aplicado en la práctica	45,2%	67,5%	
Nunca he oído hablar de ellos	9,7%	10,0%	

* P<0,05

Pregunta 24. ¿Es adecuado el uso de diagnóstico de Enfermería en los IAE?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Sí, es bueno utilizar el lenguaje común	46,7%	50,4%	0,201 n.s.
Sí, pero no es imprescindible	40,0%	38,7%	
No	13,3%	10,9%	

Pregunta 25. ¿El grado de aceptación de estos informes, por parte de Enfermería en su entorno laboral considera que es?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Muy Alto	0%	3,5%	4,857 n.s.
Alto	13,3%	8,7%	
Medio	60,0%	45,2%	
Bajo	13,3%	26,1%	
Muy Bajo	13,3%	14,8%	
Nulo	0%	1,7%	

Pregunta 26. ¿Quién considera que se beneficia de este instrumento?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
La enfermería de Atención Primaria	22,6%	10,1%	8,560 n.s.
El paciente y la familia / cuidador	16,1%	7,6%	
La enfermera de Atención Especializada	0%	5,9%	
Todos los anteriores	54,8%	73,1%	
Otros	6,5%	3,4%	

Pregunta 27. ¿Conoce algún otro sistema o instrumento, como vía de comunicación entre el nivel H y AP aparte del IAE?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Sí	16,1%	19,2%	0,150 n.s.
No	83,9%	80,8%	

Pregunta 28. ¿Considera que la comunicación entre AP y AE es?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Muy mala	25,8%	16,7%	1,992 n.s.
Mala	35,5%	34,2%	
Regular	35,5%	43,3%	
Buena	3,2%	5,8%	

Pregunta 29. ¿Cuál crees que es el nivel de conocimiento del funcionamiento de cada uno de los niveles, por parte del otro nivel?

Respuesta	Primaria	Hospitalaria	χ^2
Muy Bajo	22,6%	14,4%	3,194 n.s.
Bajo	48,4%	42,4%	
Regular	29,0%	39,0%	
Alto	0%	4,2%	

8. RESULTADOS COMPARANDO CAP A Y HOSPITAL A CON CAP B Y HOSPITAL B

Pregunta 12. ¿Conoce el IAE?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Nada	2,1%	25,5%	32,380 ***
Poco	16,7%	34,5%	
Bastante	51,0%	29,1%	
Mucho	30,2%	10,9%	

*** $P < 0,001$

Pregunta 13. ¿Lo utiliza en su centro de trabajo?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Nada	3,2%	64,2%	74,939 ***
Poco	21,3%	22,6%	
Bastante	47,9%	9,4%	
Mucho	27,7%	3,8%	

*** $P < 0,001$

Pregunta 14. ¿Considera que el IAE facilita la recepción del paciente a la Enfermería de Atención Primaria?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Poco	16,7%	2,0%	21,947 ***
Bastante	62,5%	41,2%	
Mucho	20,8%	56,9%	

*** $P < 0,001$

Pregunta 15. ¿Considera que el IAE facilita la continuidad asistencial y de esta forma se mejora la calidad de los cuidados de Enfermería?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Nada	3,2%	0%	21,838 ***
Poco	21,4%	1,9%	
Bastante	55,3%	48,1%	
Mucho	19,1%	50,0%	

*** P<0,001

Pregunta 16. ¿El IAE garantiza la calidad de atención de los pacientes que seguirán necesitando cuidados en su domicilio?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Nada	6,3%	9,6%	22,185 ***
Poco	26,3%	5,8%	
Bastante	52,6%	38,5%	
Mucho	14,7%	46,2%	

*** P<0,001

Pregunta 17. ¿Considera el IAE un instrumento idóneo de trabajo, como vía de comunicación entre AP y AE?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Nada	1,0%	0%	25,937 ***
Poco	19,8%	5,8%	
Bastante	57,3%	30,8%	
Mucho	21,9%	63,5%	

*** P<0,001

Pregunta 18. ¿Cree que la implantación del IAE es un indicador de desarrollo de la profesión de Enfermería?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Nada	3,2%	0%	21,408 ***
Poco	12,6%	3,9%	
Bastante	61,1%	35,3%	
Mucho	23,2%	60,8%	

*** P<0,001

Pregunta 19. ¿Es el IAE un informe útil en la práctica diaria?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Nada	3,2%	2,0%	9,18 *
Poco	25,3%	15,7%	
Bastante	54,7%	43,1%	
Mucho	16,8%	39,2%	

* P<0,05

Pregunta 20. ¿Le resultaría útil el modelo de cuidados de Virginia Henderson, para planificar los cuidados del alta?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Nada	18,8%	7,5%	22,185 ***
Poco	41,7%	24,5%	
Bastante	36,5%	41,5%	
Mucho	3,1%	26,4%	

*** P<0,001

Pregunta 21. ¿ El IAE refleja toda la información que se necesita sobre el enfermo?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Nada	3,1%	0%	14,886 **
Poco	40,6%	13,7%	
Bastante	49,0%	68,6%	
Mucho	7,3%	17,6%	

** P<0,01

Pregunta 22. ¿Conoce las diferentes teorías de cuidados de Enfermería?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
No	19,8%	14,5%	3,498 n.s.
Sí, me las enseñaron durante el pregrado	31,3%	41,8%	
Sí, me las enseñaron durante estudios de f.c.	32,3%	21,8%	
Sí, parte en el pregrado y parte por f.c.	16,7%	21,8%	

Pregunta 23. ¿Sabe qué son los diagnósticos de Enfermería?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Sí, he trabajado con ellos	27,1%	27,3%	3,979 n.s.
Sí, pero no los he aplicado en la práctica	59,4%	69,1%	
Nunca he oído hablar de ellos	13,5%	3,6%	

Pregunta 24. ¿Es adecuado el uso de diagnóstico de Enfermería en los IAE?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Sí, es bueno utilizar el lenguaje común	38,9%	68,5%	13,174 **
Sí, pero no es imprescindible	45,3%	27,8%	
No	15,8%	3,7%	

** P<0,01

Pregunta 25. ¿El grado de aceptación de estos informes, por parte de Enfermería en su entorno laboral considera que es?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Muy Alto	2,1%	4,0%	7,840 n.s.
Alto	9,5%	10,04%	
Medio	47,4%	50,0%	
Bajo	28,4%	14,0%	
Muy Bajo	12,6%	18%	
Nulo	0%	4,0%	

Pregunta 26. ¿Quién considera que se beneficia de este instrumento?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
La enfermería de Atención Primaria	14,6%	9,3%	4,805 n.s.
El paciente y la familia / cuidador	10,4%	7,4%	
La enfermera de Atención Especializada	6,3%	1,9%	
Todos los anteriores	63,5%	79,6%	
Otros	5,2%	1,9%	

Pregunta 27. ¿Conoce algún otro sistema o instrumento, como vía de comunicación entre el nivel H y AP aparte del IAE?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Sí	24,0%	9,1%	5,117 *
No	76,0%	90,9%	

*** P<0,05**

Pregunta 28. ¿Considera que la comunicación entre AP y AE es?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Muy mala	15,6%	23,6%	5,056 n.s.
Mala	34,4%	34,5%	
Regular	45,8%	34,5%	
Buena	4,2%	7,3%	

Pregunta 29. ¿Cuál crees que es el nivel de conocimiento del funcionamiento de cada uno de los niveles, por parte del otro nivel?

Respuesta	CAP A / HOSPITAL A	CAP B / HOSPITAL B	χ^2
Muy Bajo	16,7%	15,1%	0,111 n.s.
Bajo	43,8%	43,4%	
Regular	36,5%	37,7%	
Alto	3,1%	3,8%	

DISCUSIÓN

1. CON RELACIÓN A LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS CENTROS DE ASISTENCIA PRIMARIA Y LOS DE ASISTENCIA HOSPITALARIA

Hubo pocas diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas dadas por los profesionales que trabajaban en los dos niveles asistenciales. Si que las hubo en la pregunta 15, donde la Asistencia Primaria (AP) aseveró con mayor énfasis que la Asistencia Hospitalaria (AE), que el IAE facilita la continuidad asistencial. También la AP manifestó en mayor grado que el IAE garantiza la calidad de atención de los pacientes que seguirán necesitando cuidados en su domicilio.

Con relación al modelo de cuidados de Virginia Henderson, la AE fue más favorable a valorarlo como útil que la AP.

Los diagnósticos de enfermería son conocidos por igual, pero la AP adujo haber trabajado con ellos mas que la AE.

En el resto de preguntas, no hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa.

A temor de estos resultados, parece que los centros de Asistencia Primaria valoren mas positivamente el IAE como instrumento que facilita la continuidad en los cuidados de enfermería.

2. CON RELACIÓN A LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS CENTROS CAP A / HOSPITAL A Y CAP B / HOSPITAL B

En esta comparación hubo diferencias estadísticamente significativas, que a continuación comentamos:

El IAE era mucho mas conocido y utilizado por el grupo CAP A / HOSPITAL A que por el grupo CAP B / HOSPITAL B.

Por el contrario el grupo HOSPITAL B consideró mas, que el IAE facilita la recepción del paciente en AP, la continuidad asistencial, y garantiza la calidad de la atención de los pacientes que seguirán necesitando cuidados en su domicilio, que el grupo HOSPITAL A.

También el grupo GSC manifestó en mayor grado que el IAE es un instrumento idóneo de comunicación entre AP y AE, y es un informe útil en la práctica diaria.

Con relación al modelo de Virginia Henderson el grupo HOSPITAL B lo valoró como más útil que el grupo HOSPITAL A, el cual también valoró en menor medida, que el IAE refleje toda la información que se necesita sobre el enfermo.

Finalmente el HOSPITAL B expresaba como más adecuado el uso de diagnósticos de enfermería en el IAE, y hacía mas énfasis en no conocer otro sistema o instrumento como vía de comunicación AP-AE que el grupo HOSPITAL A.

En el resto de preguntas no hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa.

3. CON RELACIÓN A LA COMPARACIÓN ENTRE CENTROS

La escasa muestra del centro CAP B no permite observar diferencias con los otros centros.

El HOSPITAL A es el centro que más conoce el IAE, con una diferencia estadísticamente significativa respecto al HOSPITAL B que es el que menos.

También el HOSPITAL A es el centro que dijo utilizar mas el IAE, con una diferencia estadísticamente significativa respecto al CAP A y de estos dos centros con relación al HOSPITAL B.

Por el contrario el HOSPITAL B manifestó con mayor énfasis que el IAE facilita la recepción del paciente en AP, con una diferencia estadísticamente significativa respecto al CAP A y el HOSPITAL A.

También el HOSPITAL B es el centro que más consideró que el IAE era un instrumento de comunicación AP-AE, un indicador de desarrollo de la profesión, un informe útil en la práctica diaria y un instrumento que refleja toda la información que se necesita sobre el enfermo, con una diferencia estadísticamente significativa respecto al HOSPITAL A y al CAP A.

Asimismo, con relación a la utilidad del modelo Virginia Henderson, el HOSPITAL B fue el que más lo valoró, con una diferencia estadísticamente significativa respecto al HOSPITAL A, y al CAP A.

Por lo que respecta a si era mas adecuado el uso de diagnósticos de enfermería en los IAE, las opiniones dadas por el HOSPITAL A diferían significativamente de las dadas por el HOSPITAL B.

A tenor de los resultados que son concordantes con los obtenidos en la comparación entre grupos (CAP B / HOSPITAL B vs CAP A / HOSPITAL A), dado el tamaño de la muestra de los centros de asistencia primaria, llama la atención que los centros que más manifiestan conocer y utilizar el IAE son los que peor valoran luego su utilidad o la utilidad del modelo de Virginia Henderson.

4. CON RELACIÓN A LOS RESULTADOS GLOBALES DE LA MUESTRA

Sólo el 66,2% de la muestra manifestó conocer mucho o bastante el IAE, y sólo lo utiliza el 51,6%. En cambio, mayoritariamente expresaron que el IAE facilita la recepción del paciente a la Enfermería de AP (86,1%), facilita la continuidad asistencial (80,8%), garantiza la calidad de la atención de los pacientes que seguirán necesitando cuidados en su domicilio (71,6%), es un indicador de desarrollo de la profesión de enfermería (85,4%), y es útil en la práctica diaria (72,8%).

Con relación al modelo de cuidados de Virginia Henderson, sólo el 49,0% de la muestra lo considera útil para planificar los cuidados del alta.

Sólo el 64,9% adujeron que el IAE refleja toda la información que se necesita sobre el enfermo.

El 100% de la muestra dijo conocer las diferentes teorías de cuidados de enfermería y mayoritariamente sabían que son los diagnósticos de enfermería (90,1%).

Hubo disparidad de opiniones con relación a si es adecuado el uso de diagnósticos de enfermería en los IAE. Mayoritariamente mostraron su respaldo a utilizarlos (97,4%), pero de estos, casi la mitad, el 43,6% expresaron que no era imprescindible.

El IAE no parece que esté muy aceptado en el entorno laboral, sólo el 11,9% valoran esta aceptación como alta o muy alta, a pesar que consideran que de ello se benefician tanto la enfermería de AP, como a la de AE, como al paciente y familiares / cuidadores.

Por otro lado, parece que el IAE es casi el único sistema de comunicación conocido entre AP-AE (81,5%), pues las que contestan que no, dan como alternativa el informe de pre-alta que no es mas que un avance del IAE. Éste es valorado como idóneo para la comunicación AP-AE (82,8%), la cual es

considerada buena por sólo el 5,3% de la muestra, al tiempo que sólo el 3,3% considera alto el nivel de conocimiento del funcionamiento de cada uno de los niveles.

A tenor de estos resultados, podríamos manifestar que el IAE es un instrumento que puesto en práctica podría mejorar la comunicación AP-AE, mientras que no parece ser el modelo de Virginia Henderson el más útil para planificar los cuidados al alta.

CONCLUSIONES

1. El IAE es un instrumento que se valora como útil para mejorar la coordinación asistencial entre la Asistencia Primaria, y la Asistencia Hospitalaria.
2. El informe de pre-alta es otro instrumento de enfermería que puede reforzar la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales en aras de asegurar el continuum asistencial para el paciente.
3. El modelo de Virginia Henderson no parece el mejor para potenciar la información contenida en el IAE. Tampoco los diagnósticos de enfermería se valoran como imprescindibles. Este es un campo en el que se necesita avanzar en la investigación para mejorar y conseguir un modelo que mejor se ajuste a las necesidades de la profesión de enfermería.
4. Es necesario que se generalice el empleo de IAE en todos los centros asistenciales, para poder evaluar su impacto en la mejora de la comunicación entre niveles, pues hay discrepancias entre quien lo ha empezado a utilizar y quien no.
5. Los centros que no lo utilizan tienen unas superiores expectativas, con relación al éxito del instrumento, que quienes los han empezado a utilizar.
6. Los centros de Asistencia Primaria valoran más positivamente el IAE, que los centros de Asistencia Hospitalaria, quizás porque son los que más sufren la necesidad de disponer de información sobre el enfermo que reciben después de haber sido dado del alta de un hospital.

CONCLUSIONES

Tras haber realizado el análisis de los datos obtenidos, tanto de los cuestionarios como de las entrevistas, de los centros incluidos en el estudio, se procede a continuación a responder las cuestiones planteadas en los objetivos de la investigación.

Objetivo 1: Determinar la validez del IAE en los centros de Atención Primaria.

Puede observarse que el IAE es un instrumento muy valorado en Atención Primaria en cuanto a la continuidad y calidad de cuidados, incluidos los domiciliarios, sobretodo en el centro en el que no es utilizado en la práctica habitual.

Destacar también que la mitad de las encuestadas no encuentran útil el modelo de Virginia Henderson a la hora de planificar el alta de enfermería, punto en el que coinciden ambos centros, y que, aunque unifican el lenguaje enfermero, los diagnósticos de enfermería no son imprescindibles en el IAE.

La comunicación entre niveles, en cambio, está valorada muy negativamente en ambos centros, así como lógicamente lo está el nivel de conocimientos en cuanto el funcionamiento entre niveles.

Por último reseñar que, si bien todos se benefician del IAE, en el centro donde no se utiliza se le da más importancia al beneficio que reporta al paciente y familia, en cambio allí dónde es utilizado hay una percepción de que enfermería es la más beneficiada.

Objetivo 2: Determinar el nivel de conocimientos del Proceso de Atención de Enfermería al alta de las enfermeras de Atención Especializada.

Comentar que en el centro en el que está incorporado el IAE como instrumento de trabajo existe un elevado conocimiento del IAE, una gran utilización del mismo (casi 90%), aunque este porcentaje desciende hasta la mitad cuando se cuestiona la utilidad del modelo de Virginia Henderson en la planificación de los cuidados de enfermería al alta. Tampoco se considera imprescindible (46,4%) el uso de los diagnósticos enfermeros en la redacción de dicho informe.

Por el contrario, hay que destacar el elevado valor que se le otorga al IAE a pesar de no estar contemplado su uso en este hospital, y que el 60%

manifiesta tener poco o nulo conocimiento sobre el IAE. También consideran útil el modelo de Virginia Henderson para planificar el alta (60%) y aunque no utilizan los diagnósticos de enfermería los encuentran positivos en la unificación del lenguaje enfermero.

Objetivo 3: Conocer diferentes modelos de alta hospitalaria en enfermería

Respecto a este objetivo que no planteamos al inicio de la investigación, sólo comentar que lo dejamos abierto a próximas líneas de investigación, ya que no nos ha sido posible abordarlo por decantarnos finalmente hacia una metodología comparativa, en la que uno de los centros no utilizaba dicho instrumento y otro sí. Es por ello, que no hemos trabajado en sí con los diferentes modelos de instrumentos, sino más bien con el beneficio o no beneficio de su utilización para la coordinación de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales.

Objetivo 4: Conocer si existe unificación de criterios para la realización del IAE

No existe demasiada diferencia entre centros al considerar mayoritariamente que el IAE es un instrumento idóneo y de utilidad práctica. En cambio, esta situación cambia al interrogar sobre la utilidad del modelo de Virginia Henderson para la planificación de cuidados, siendo en el nivel hospitalario donde está mejor valorado dicho modelo.

También existe unidad de opinión entre los niveles al valorar que el IAE refleja bastante toda la información necesaria sobre el enfermo.

En cuanto a la implementación de los diagnósticos de enfermería si que existe significación en la diferencia entre niveles asistenciales, siendo la Atención Primaria quien más los utiliza; aunque al igual que los profesionales de la especializada, no los consideran imprescindibles.

Objetivo 5: Determinar conocimientos y actitudes sobre el Informe de Alta de Enfermería

En cuanto al nivel de conocimientos sobre el IAE, el 66% de la muestra manifiesta conocerlo mucho o bastante, aunque este resultado se encuentra sobrevalorado por el elevado uso que se hace de dicho informe en el hospital

que lo incluye entre sus registros habituales, existiendo una diferencia significativa al comparar entre centros.

Con respecto a las actitudes, tanto en los centros en que está instaurado su uso como en los que no el grado de aceptación del IAE es medio moviéndose en unos márgenes entre el 45 y el 60%. No existe tampoco diferencia significativa al analizar cada centro por separado, como al hacerlo por niveles e igualmente las cifras son similares cuando se asocian los centros de AP a sus hospitales de referencia.

Objetivo 6: Identificar ventajas, dificultades y repercusión sobre utilización y no utilización del IAE.

Ventajas:

Trabajar la continuidad asistencial.

Agilizar el alta hospitalaria.

Personalizar el trato con el paciente.

Afianzar el rol autónomo enfermero.

Educación sanitaria.

Evaluación y mejora de la calidad asistencial a través de la explotación y seguimiento de indicadores.

Cobertura legal del profesional.

Optimización de recursos.

Uso de lenguaje común.

Dificultades:

Desconocimiento del IAE

Discrepancias en la terminología enfermera.

Discrepancias en el diseño del instrumento así como en el nombre por el que se debe conocer.

Infravaloración de los comentarios escritos por enfermería entre los mismos colegas como por parte de otros colectivos.

Repercusiones:

A lo largo del estudio queda patente la necesidad de comunicación y de desarrollo profesional por parte de los profesionales de ambos niveles asistenciales.

El IAE, aunque con sus defectos, es valorado entre enfermería positivamente al ser considerado como el inicio de una comunicación más fluida entre profesionales y de un conocimiento mutuo más realista, y como el punto de partida de otras experiencias que se están activando como el Programa PreAlt y la figura enfermera gestora.

El éxito de estas nuevas experiencias nos ofrece la posibilidad de hacer un cambio radical en el concepto clásico de los cuidados de enfermería, redundando sus beneficios sobretodo en aquellas personas que precisan una continuidad de los cuidados en su domicilio.

Al mismo tiempo enfermería es la segunda beneficiada, ya que este tipo de instrumento implica más al profesional en su praxis, haciéndose imprescindible elevando la calidad de sus trabajo.

Todo este esfuerzo pasa por el consenso entre los propios profesionales de enfermería para poner en común y definir tanto el formato como el contenido del IAE y establecer nexos con otros profesionales (médicos, asistentes sociales,..) así como movilizar instituciones públicas y privadas para colaborar utilizando adecuadamente los recursos los sanitarios existentes en la comunidad.

PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN

Durante el análisis de los datos estadísticos nos ha sorprendido los resultados referentes a los ítems del modelo de enfermería de Virginia Henderson así como de los Diagnósticos de enfermería.

Sería interesante profundizar más en estudios posteriores el motivo por el cual dicho modelo e instrumento es percibido de una manera tan negativa por los profesionales de enfermería y plantear nuevas alternativas o modificaciones sobre los actuales que permitan una fluidez en el trabajo y en la comunicación interprofesional.

ENTREVISTAS

ENTREVISTAS

CASSETTE Nº 1. Entrevista nº 1.

1. El Informe de Alta de Enfermería es un tema de gran interés porque cada vez la enfermera tiene un papel más relevante d'educación sanitaria, i cuando haces un Informe de Alta, la enfermera tiene muchas recomendaciones que decir al paciente cuando se va a casa o para el seguimiento de la enfermera de primaria.

Lo que si que pienso es que las recomendaciones de la enfermera al alta deberian estar integradas en la misma hoja donde las hace el médico. Que haya una parte donde el médico hace todo el resumen del Informe de Alta, todo el tratamiento para el domicilio o para la primaria i un apartado en la misma hoja - porque el Informe de Alta es del paciente, ni del médico, ni de la enfermera, es del paciente -, i entonces una parte destinada a todas las recomendaciones de enfermería.

2. Yo, en la experiencia que tengo, la única resistencia que he encontrado es que, a veces, los médicos en el mismo papel no quieren que consten las recomendaciones, les es más fácil decir: *Oye, que enfermería haga un papel a parte bien diferenciado con las recomendaciones pero no en la misma hoja.* Pero en principio, yo creo que cada vez los médicos jóvenes aceptan que la historia es la historia clínica del enfermo y que, por tanto, en ella tienen que constar todas las intervenciones de los diferentes profesionales: el médico, el psicólogo, el trabajador social, la enfermera,... y esto pienso que se está rompiendo.

3. Bueno, enfermería tiene que planificar un Informe de Alta porque hay muchas actuaciones que son del rol propio de enfermería: consejo para la alimentación,... en base a las necesidades dependiendo del modelo que se trabaje, pero si que creo qu el papel de la enfermera en la educación sanitaria es importante y muchas cosas que hacer. Ahora precisamente con la nueva Consellera se habla de este papel de la enfermera de Salud Pública y de todas las recomendaciones para los hábitos y estilos de vida saludables, quiero decir que, eso, enfermería lo tiene, yo creo, clarísimo, es la persona que puede informar mejor al paciente y a su familia.

También pienso que, en este sentido, las consultas de enfermería cada vez hará un papel más relevante. Aquí, por ejemplo, ya está la de motilidad digestiva que está funcinando muy bien y la lleva enfermeras, ahora activaremos la del suelo de la pelvis para enseñar todos los ejercicios de fortalecimiento del suelo de la pelvis i la prevención de la incontinencia urinaria, i eso es de enfermería claramente, y tenemos

que conseguir que estas actividades, en el cuadro de mandos salga como trabajo hecho por enfermería, porque son visitas y pruebas que hace la enfermería, por tanto, tienen que salir como actividades propias de la enfermera.

6. Yo creo que la Dirección de Enfermería que promueve la documentación de enfermería en los registros, en el fondo, lo que está dando es la cobertura legal de cualquier profesional. Si no escribes y no apuntas las intervenciones que haces difícilmente después puedes demostrar, y segundo, para que sirva después como método de evaluación de resultados, si no apuntamos, si no registramos todas las actividades que hacemos y no hacemos por escrito de las recomendaciones en la consultas de enfermería después difícilmente puedes evaluar resultados que puedan medir el papel de la enfermera y todo el trabajo que hace. Por tanto, yo pienso éste sería un objetivo importante, promover una unificación de registros de enfermería, si se pueden informatizar todos los planes de cuidado estandar. Ahora, precisamente, estamos mirando la **gaceta** para las unidades de hospitalización para que la enfermera pueda apuntar en su PC todas las actividades, i supongo que eso nos permitirá después hacer explotación de resultados y que no revisar las historias de papel es una barbaridad.

7. Pues si, existen herramientas útiles para planificar, de hecho, yo creo que Vall d'Hebron tiene alrededor de 60 registros de recomendaciones al alta, que ahora actualizaremos i revisaremos con todo el tema de procedimientos, i que hay una parte estandar que está en constante evolución, que tienes que ir revisando continuamente, consultar bibliografía, revisar, y yo quiero que la Pilar Pérez Company, desde aquí, que sabe bastante de metodología y Carmen que ayuden a las supervisoras a hacer todas estas revisiones sistemáticas de todas las recomendaciones al alta y de cómo está evolucionando, de la consulta de base de datos, de la evidencia, de la revisión de la literatura,...

Los criterios para planificar unas recomendaciones al alta, pienso que tendrían que estar fundamentados en el modelo, creo que la gente está muy familiarizada con Virginia Henderson, con el modelo de las 14 necesidades, después, el instrumento puede ser Carpenito, los diagnósticos de la NANDA, no se, ...esto lo tendremos que trabajar, pero creo que el de las 14 necesidades ya está bastante extendido y ya es algo que mentalmente ayuda a planificar los cuidados y, por tanto, tendría que ir un poco por aquí.

8. Creo que sí, que con el Informe de Alta de Enfermería se pueden optimizar recursos del sistema, más que nada porque cuando el paciente se va del hospital y el seguimiento lo hace la enfermera de primaria, es muy importante que la enfermera de primaria tenga este Informe de Alta de la especializada, donde le hace todo un conjunto de anotaciones recomendando el seguimiento que se le ha de hacer a este paciente. Creo que esto ayuda a la enfermera de primaria a que no tenga que dedicar tiempo a hacer otra anamnesis, a hacer una serie de preguntas, a hacer una valoración de las necesidades, sino que la enfermera especializada ya le hace llegar toda la planificación que se ha puesto en marcha en el hospital, que en la primaria tendrán que continuar haciendo el seguimiento.

9. Evidentemente, el Informe de Alta tiene un papel de coordinación y de continuidad asistencial entre atención primaria, especializada y sociosanitaria, y por tanto, pienso que es fundamental que lo tengamos.

10. Los Informes de Alta garantizan la calidad, y lo que es más importante, después, a partir de tener informatizadas todas las recomendaciones, puedes explotar resultados y hacer seguimiento y hacer indicadores de calidad y hacer todas las actividades de enfermería en base al seguimiento de resultados.

11. Creo que cada vez menos hay fractura entre la especializada y la primaria. A mi me gusta mucho la experiencia del I.C.S. de la Enfermera de Enlace del programa Prealt, que yo creo que está funcionando muy bien, se está haciendo por partes: se está haciendo con el ictus, con la prótesis de cadera, y una de cada área – materno infantil, general y trauma -, y los resultados son buenos, ahora se ha presentado todo el número de enfermos que hemos seguido, y creo que es un papel fundamental el de la Enfermera de Enlace, y es un tema que el I.C.S. ha sabido llevar bien en primaria y que ya tenemos resultados y que cada vez hay menos fractura entre niveles.

12. Evidentemente, el informe de alta es un método sistemático de organizar para que los cuidados de enfermería estén fundamentados en un marco conceptual, con una manera, una sistemática, con metodología de hacer las cosas que, incluso, mentalmente para organizarte la tarea ayudan muchísimo.

CASSETTE Nº 1. Entrevista nº 2.

1. Si, yo estoy firmemente convencida de que lo es, sobretodo por el tema de la continuidad de los cuidados, por el tema de que el profesional de enfermería, como profesional, en su rol autónomo es un interés de crecimiento profesional el que haya una valoración al alta.

Yo lo que si os diria es que el Informe de Alta de Enfermería lo cambiaria por Valoración al Alta del Paciente, porque de hecho, si que es posible que en un momento determinado la enfermera lo valore desde el nivel de cuidados de enfermería y le estás dando el alta, pero cuando hablamos en estos términos, quando está en un nivel de atención y tiene que pasar a otro, entonces, yo entiendo que es una valoración que hace la enfermera del nivel donde se le acaba de atender para que continúen los cuidados en otro nivel donde la enfermera de allí, en su domicilio, en casa en otro nivel, hara lo mismo.

2. Yo, es un tema en el que tengo interés desde hace muchos años y lo que si que os puedo decir es que un problema inmediato, ya que nos encontramos que la palabra "Alta" creaba una fricción entre nuestros colegas médicos de interpretación, tendríamos que afinar, lo que os decía anteriormente, cual el la terminología que empleamos. De hecho, lo que entendemos como un informe de "Valoración de la enfermera", porque lo que es el "Alta Hospitalaria" del enfermo o para pasar a otro nivel está previsto que la haga el médico. El día que haya consultas especializadas de enfermería, si será la enfermera, que en este caso va a manos de otra enfermera en cuanto a la continuidad de los cuidados, pero cuando es una atención en la que intervienen varios profesionales, el alta en este caso , es el alta médica.

Por tanto, al terminología "Alta" en el conjunto de profesionales sanitarios es el alta que hace el médico para pasar de un nivel a otro. Esto crea tensiones entre los profesionales médicos y puede que también en aquellas enfermeras que no han reflexionado tanto sobre el tema y que también tienen asumido eso, y esto también, a veces, crea problemas cuando una enfermera entiende que el paciente necesita más continuidad de cuidados y el médico le está dando el alta y: "...que se han creído, porque, fijate en este paciente que necesita más cuidados..." sin visualizar que posiblemente si que en ese momento, este paciente necesita más cuidados, pero, claro, esto es lo que ahcé que necesitemos la valoración y la conducción de la continuidad de los cuidados en otro profesional de otro nivel.

Otra dificultad que veo es que nos ha costado un poco tener asumido que es lo que tenemos que escribir, puede que nos haya faltado saber escribir, saber reflejar de forma clara que es lo que le pasa al paciente para que la enfermera que lo tiene que recibir a continuación también lo interprete. Esto es un problema, sobretodo porque la terminología entre las enfermeras, muchas veces no utilizamos la misma terminología, seguramente nos ayuda y nos ayudará aún más todo lo que son los diagnósticos de la NANDA, el ir utilizando unas palabras, los mismos términos, una unificación de los términos de enfermería, esto también, sobretodo la terminología, porque a veces utilizamos un término para decir otro.

Cuando todo esto lo tengamos más asumido y más enraizado de manera global, que cada vez lo va siendo más, entonces dejará de ser un problema. Claro, los diagnósticos médicos están ya muy identificados por todos los médicos, los diagnósticos de enfermería no los tenemos identificados, entonces, también ha habido "batallitas" y continúa habiéndolas entre las propias enfermeras, cuando hay enfermeras que tienen más conocimiento del método y están utilizando otras palabras: "va, estas metodólogas,...aquí al tajo lo que se ha de hacer es el trabajo", por lo que han tenido poco reconocimiento de las propias enfermeras, directamente asistenciales, de la ayuda que puede aportar a este otro nivel dentro del campo de la enfermería.

3. Pues un poco también va ligado a lo que decía anteriormente. Lo que no es conocido o con lo que no se tiene la suficiente soltura se acostumbra a ver como una dificultad y de entrada es la resistencia al cambio y la poca visualización de que realmente es un instrumento útil.

Yo si que os digo, y os lo digo porque como comentábamos antes hemos hecho un planteamiento en este sentido en mi propio estudio del instrumento, sí es un instrumento útil para enfermería, pues, seguramente con una formación de las enfermeras en este sentido, para aquellas que no la tengan, y entonces iniciando con pruenas piloto entre niveles, diseñando un instrumento, que de hecho en un papel no es el alta sino que es un instrumento que vehiculice la valoración hecha por una enfermera y que llegue a la otra, o sea, que este papel sería el instrumento, ¿no?, pues a lo mejor no hemos sido suficientemente cuidadosas o eso no se contempla suficientemente bien, y a veces, juega más la estrategia para que los profesionales sean capaces de valorar que este instrumento aporta una utilidad.

Yo no digo nunca que si la primaria, que si al hospitalaria, porque además, pienso sinceramente que no es primaria u hospital, que nos hemos focalizado a veces entre primaria y hospitales con rivalidades entre los dos ámbitos, sino que tenemos que considerar al contemplar el nivel de cuidados integrales al paciente desde una visión integral y holística, tenemos que contemplar otras figuras cuidadoras, que pueden ser familiares, amigos, parientes, conocidos, otros centros, otras iniciativas, incluso otras cosas que pudieran surgir que aún no existen. Tenemos que pensar al hacer nuestra valoración que a lo mejor el cuidador principal puede ser de cualquier índole y que la tenemos que pensar en términos comprensibles para quien tenga que continuar pueda hacerlo empleando el instrumento que hemos diseñado. Por ejemplo, al hablar del modelo nórdico, incorporan mucho los cuidadores y, por tanto, por ejemplo, yo recuerdo un caso anecdótico, pero que os puede servir de unos profesionales que fueron a visitar unos hospitales en los países nórdicos donde hicieron una estancia, y cuando vieron que estaban todos los sistemas mecanizados de los registros de lo que son los profesionales, cuando preguntaron si esto les facilitaba el trabajo, dijeron que sí, sobretodo lo facilita porque cuando viene la familia o el cuidador principal no tienen problemas de entender la letra de los profesionales, que normalmente es ilegible, o sea, esto nos habla del nivel al que tienen asumido en determinados ámbitos lo que puede ser un cuidador principal, una ayuda,... y que aquí todavía estamos que si el hospital, que si la primaria, que si la privada,... ¿no?

4. Yo entiendo que planificar un informe de alta como que en el momento en que una enfermera recibe por primera vez a un paciente tiene que empezar a pensar en términos de cuando se tiene que marchar, no en el momento en que se va, o sea, cuando el paciente llega y haces la valoración de entrada, es la primera valoración del enfermo, se ha de comenzar con estos problemas que tienes que trabajar para que cuando este paciente sea dado de alta del ámbito en que le estás atendiendo ya hayas podido trabajar con anterioridad todos estos problemas, que faciliten que el alta se produzca en la mayor brevedad posible, es decir, se comienza a trabajar la continuidad: si tiene problemas sociales, en su casa,... se tiene que empezar a trabajar no el día del alta o el anterior sino el momento en que llega a la planta, al ambulatorio, donde sea.

Se tiene que empezar a crear la red de lo que hay disponible en el sistema sanitario/ no sanitario, en el sector social, se le llame como se le llame, ya se la llame "Familia y salud", o se llame Bienestar Social, sea lo que sea... Por esto

pienso que la enfermera, que es la que está al lado del paciente y es la que hace estas valoraciones, la valoración del nivel de autonomía y de todo su entorno, tiene que empezar a planificarla para cuando llegue el momento de la valoración al alta, que es cuando se emitiría el "Informe de Alta", haya podido limar el máximo de dificultades y dejarlas encarriladas para facilitar la continuidad de los cuidados.

5. Sí, taxativamente sí, con todos los matices que queráis, pero yo tengo el pleno convencimiento que es la responsable máxima.

6. Yo creo que la Dirección de Enfermería pretende dar un nivel de cuidados de la máxima calidad en el mínimo tiempo en el ámbito donde se encuentre.

Entiendo como máxima calidad la máxima coordinación, máxima atención específica en el ámbito donde se está, es decir, si aquí estamos, por ejemplo, en un ámbito de terciarismo, aquí tenemos que entender que las enfermeras tienen que solucionar todo aquello que se requiere de nuestro ámbito y dejar al máximo ligada la continuidad para que cuando deje nuestro ámbito puedan actuar de manera inmediata en otro, y que esto no reporte ni reingresos, que no haya alargamiento de las estancias de manera innecesaria por falta de coordinación de enfermería.

Por tanto esto va ligado con la pregunta anterior, la coordinación, y todo junto, yo creo que es Dirección de Enfermería. Sea del ámbito que sea ha de conseguir que la enfermería dé el máximo nivel de atención de cuidados posible coordinadamente para que no haya retornos innecesarios y considero que la primaria tiene que velar para que el nivel de cuidados que proporcione evite ir a áreas innecesarias: a niveles de urgencias, a niveles de terciarismo, de hospitalizaciones innecesarias de pacientes que puede que por no haber coordinado todo lo que se tenía al alcance tengan que ir a una residencia, cuando a lo mejor, bien ligado todo en su casa con una atención domiciliaria se pueden hacer cosas, se tiene que utilizar de una forma adecuada los recursos de cada ámbito.

7.1. Hombre, yo creo que sí, no las tienes visualizadas, pero yo creo que hay muchos, lo que pasa es que nos falta un crecimiento profesional.

7.2. Creo que no, yo aquí ya os lo estoy diciendo. Seguro que ahora os estoy introduciendo otro lenguaje que va directamente vinculado con mi concepto de lo que es, por lo tanto pienso que no utilizamos el mismo lenguaje. Y a parte de no

utilizar el mismo lenguaje, los criterios del propio instrumento, creo que en estos momentos, tampoco están muy claros entre las enfermeras.

7.3. Porque no están muy claros entre las enfermeras, unos le llaman "Informe de Alta", otros "Valoración al Alta", puede que "Alta de Enfermería",... Además, esto no sería tan importante, la denominación del tipo de instrumento, si el criterio básico estuviese bien consolidado y si entre las enfermeras hubiese más consenso del que tenemos.

7.4. Lo tendrían que medir las propias enfermeras y el propio paciente. Como instrumento de enfermería tendríamos que valorar cuando se intercambia de nivel que aquello nos ha salido; y si incorporamos la figura de otros cuidadores, serían estos otros cuidadores. Si consideramos al paciente como autónomo y le hacemos unas recomendaciones en nuestra Valoración de Alta con las que posiblemente después se tendría que hacer un seguimiento y hacer estudios de investigación para valorar la utilidad de esta Valoración al Alta para los diferentes cuidadores. Se tendría que hacer investigación en este sentido y como conocedores, ir limando, ir mejorando los instrumentos: pensando otras estrategias, haciendo rediseñar los instrumentos,... y cada vez conseguir una mejora.

8. Pues evidentemente, ayudaría a utilizar pero muchísimo, muchísimo. Lo peor es que no tenemos estudios hechos sobre la utilización de estos recursos, que sería uno de los objetivos que, como decía antes, sería útil para las Direcciones de Enfermería, para que cada una utilizase al máximo los recursos que tiene y no utilizar de manera doble o triple los mismos recursos, es decir, a veces damos información de la misma cosa en los diferentes niveles cuando hay otros niveles de información como podría ser la formación, la educación sanitaria,... que puede que la dejemos de hacer: todos le habríamos dicho como recoger una muestra de orina y después nadie le ha dicho como cuidarse para que no sea necesario que vuelva a tener que recoger una muestra de orina porque este señor vuelva a tener infecciones repetitivas porque no le han enseñado a cuidarse.

9. Sobradamente que sí.

10. Tendrían que garantizarla si están bien hechos. Si se ha montado una buena estrategia, si hay un flujo entre niveles, si hay una valoración – porque, a veces,

montamos cosas y no hacemos una evaluación, lo dejamos montado y... ya!, con lo cual no se cierra el círculo- yo creo que sí, seguro, seguro.

11. Desgraciadamente es evidente, pero también, por suerte y de manera espontánea y no tan espontánea, tanto en un nivel como en otro está surgiendo la preocupación de hacer esta coordinación: que si las enfermeras de enlace, que si la continuidad de los niveles de asistencia.

Considero que lo que nos acaba de faltar al hacer la Valoración al Alta es que las enfermeras de una vez por todas nos sentemos entre los diferentes niveles y nos escuchemos. Que si la primaria, que si los hospitales, que si tanta historia, yo personalmente creo que partimos de un problema de orientación desde las estructuras más altas, quiero decir, ya no de atención primaria ni de hospitales, sino de ámbitos de atención, procesos de atención donde intervienen los diferentes profesionales.

El proceso de atención no se acaba en el hospital, ni se acaba en la primaria, entonces no cortemos el proceso de atención, o sea, tiene que haber un nexo y las enfermeras no han de intentar ver quien es la que tiene la cabeza por encima sino de que manera conseguimos el máximo nivel de atención interviniendo desde los diferentes niveles, diferentes coordinaciones sin protagonismos por parte de nadie, sino visualizando al paciente como eje de atención, y cada cual tendrá entonces mayor o menor medida de su protagonismo en función de las necesidades específicas que tenga el paciente: que las tendrá más de primaria, más de domicilio, más de su residencia porque no tiene uan familia que lo pueda acoger, desde el hospital, ...quiero decir, en función de las necesidades.

11. Sí, puede que sí.

Entrevista nº 3.

1. Pues la verdad es que sí.
2. Las dificultades que se han encontrado la Direcciones de Enfermería yo no las se, es una cosa que,...Ellos colaboraron y después de reuniones y más reuniones acabaron haciendo esta "Oficina d'Enllaç" que es con la que nosotros funcionamos.
3. Bueno, porque se da cuenta de que es un instrumento que sirve para estar un poco en contacto con el enfermo cuando vuelve del hospital.
4. Porque me parece que los cuidados de enfermería de los pacientes son a un 50%, y en algunos casos, en la atención domiciliaria, más que los cuidados médicos. Es importantísimo saber como vienen, y al revés, saber como ha estado esta persona y cuando llega al hospital decir: *"pues mira en casa ha estado así, ahora ha empeorado, ha mejorado,..."*
5. Sí que es responsable, lo que pasa en Atención Primaria es que nosotros nunca nos comprometemos con ellos a dar un servicio de 24 horas porque nosotros estamos aquí hasta las 8 de la noche, entonces ya por la noche la verdad es que es otra cosa. Dejamos todo preparado, organizado, pero no es como en el hospital, que sí que ves que desde el hospital estás dando una asistencia 24 horas. La nuestra es en presencia hasta las 8 de la noche y luego después lo tienes educado para que esas horas que sabe que no estamos y que sabe que no nos puede llamar pues sepa que hacer o sepa donde ir.
6. Yo supongo que las Direcciones de Enfermería lo que persiguen es una mayor relación entre el hospital y la Atención Primaria.
7. De herramientas nosotros tenemos el "Full de continuïtat assistencial" que lo hicimos a través de la "Oficina d'Enllaç". La "Oficina d'Enllaç" de nuestra SAP es la que coordina todas las altas, bajas y todo esto.
En un lenguaje común sí. Yo creo que aplicando el modelo de Virginia Henderson es "Salut a casa" donde están todas las valoraciones con todas las escalas que necesita un enfermo, yo creo que esto también está en el hospital, está aquí, con lo cual el lenguaje es igual.

8. A optimizar no, creo que es bueno pero de momento no optimiza nada.
9. Sí, es adecuado porque nosotros desde que tenemos la "Oficina d'Enllaç" y el "Full de continuïtat assistencial" cuando recibimos las altas en 48 horas máximo, que es el protocolo nuestro así establecido, estamos en contacto con el paciente. Antes teníamos que esperar a que el familiar viniera aquí, cuando podía, el que tuviera familia,... y ni te enterabas, o necesitaban recetas e iban al médico y no te decían a tí... era más descoordinado. Ahora, tú como te tienes que pones en contacto, te llaman, y a veces no quiere decir que tienes que ir inmediatamente corriendo a ver, le llamas y, como normalmente ya lo conoces de antes de ir, le preguntas como ha venido, que le ha pasado,.. y te cuenta más o menos lo que le ha pasado y tú ya valoras si tienes que ir ese mismo día o al día siguiente.
10. Sí, es continuar con la explicación de la pregunta anterior.
11. Sí, y es que la fractura era total antes de esto. Ahora ya por lo menos hay algo, ya empieza a haberlo.
12. Sí es el primer instrumento que tenemos y, como hemos hablado, a partir de aquí es como teníamos que empezar a mejorar. Yo por ejemplo, que también había sido de hospital, que es bueno haber sido de las dos cosas porque ves los pros y los contras de las dos situaciones, y yo por ejemplo, a veces, echo de menos poder hablar con el médico que le lleva en el hospital, tener acceso más directo. Ahora por aquí pues tengo los especialistas arriba, lo mismo que hacen los médicos, ahora yo tengo una crónica que tiene un problema de piel y sé que viene, que le traen en silla, y cuando viene aquí a la Dra., pues yo me he podido poner en contacto con la Dra. y cuando yo voy a verla y creo que se le agudiza, pues hablo con ella y como ella ya la conoce, ya lo ha visto, le digo. *"pues mira que se la ha puesto así, ¿qué le doy?, ¿qué le hago?...* Entonces a mí eso me viene estupendamente, es una tranquilidad para mí, el paciente también tiene esa tranquilidad porque ya sabes que si tiene alguna cosa yo ya le pregunto a la dermatóloga. Es lo mismo que hacemos con el médico de cabecera que cuando tienes algún problema lo tratas con ella, pero cuando ya viene del hospital, ya te quedas fuera de juego, y ahora con los que tenemos aquí,... hay muchos que van allí y no llegas a todos.

Luego, incluso, para nosotras, poder ir visitando al enfermo, y al mismo tiempo si vas haciendo visitas al hospital las enfermeras intercambian conocimientos de técnicas que se usan y que se desconocen, materiales que se usan, que no son de uso de aquí, para que en un momento dado te pueden venir con eso. Por ejemplo, el cateter que usan para poner la medicación, el reservorio, es una cosa que cuando vienen aquí, yo no lo toco y siempre digo que tengo que ir a que me lo expliquen, porque a lo mejor ante una extracción aquí muy difícil podría usarlo y no lo uso nunca.

Esto es un ejemplo pero como esto hay muchas cosas. Yo tengo amigas todavía en el hospital, y el hospital va cambiando completamente, y saber como llevamos nosotros la Atención Primaria y la domiciliaria, que es lo que más se desconoce en el hospital, hasta dónde llegamos, qué tipo de prevención hacemos, como educamos a la gente, por lo menos que lo sepan.

Entrevista nº 4.

1.- Empezó a ser un tema de interés hace años cuando se empezó a hablar de la reforma de la A.P. y la coordinación entre niveles asistenciales.

En este momento es un tema de creciente interés, tanto en términos de la coordinación entre niveles incluido el ámbito sociosanitario o residencial, como por el deseo de la implantación y el reconocimiento real del rol autónomo de la enfermera.

2.- Las dificultades al principio fueron la poca costumbre de "escribir" y el no reconocer claramente los objetivos o utilidad de hacerlo. Hasta que no se "siente" la importancia de ello se puede creer que es un tiempo mal utilizado.

Al principio también veíamos como casi "nadie" leía y daba importancia a lo que la enfermera escribía sobre el paciente. Ha ido mejorando.

3.- En este momento es algo más que aceptable el camino de sentirlo como necesario.

4.- Preservar la continuidad asistencial. Dar valor al propio trabajo, y sentido al rol autónomo. Evaluar nuestro trabajo. Personalizar el trato con el paciente. Hacer educación sanitaria.

5.- Ha de serlo y ha de empezar en todo lo posible. Es de gran valor para el ciudadano y para la correcta gestión sanitaria, el ir avanzando en la figura de la enfermera "gestora de casos".

6.- La evaluación y mejora de la calidad asistencial. Afianzar el rol autónomo de enfermería. Asegurar la continuidad asistencial. Facilitar la implantación de la enfermera gestora de casos. Optimizar recursos.

Los mismos más la educación sanitaria al paciente y familiares.

7.- El contenido de la valoración inicial del paciente en cada nivel asistencial, el modelo de cuidados elegido, los objetivos marcados, el lenguaje se basa en lo anterior y, por tanto, ha de ser común.

8.- Sí, por la coordinación. En especial al orientar hacia el recurso adecuado al paciente, sea atención domiciliaria, primaria,..., en lugar de asistir repetidamente a urgencias. También al evitar que se repitan pruebas complementarias y estudios realizados.

9.- Es el instrumento básico para poder coordinar los cuidados y asegurar la continuidad.

10.- Deben garantizar su coordinación y adecuación por la información que contienen, pero la calidad dependerá también de otros factores si no hay un control estricto de la gestora de casos.

11.- Va disminuyendo esta fractura, pero aquí también intervienen otros factores relacionados con la multidisciplinaridad.

12.- Si el IAE se ha generado y cumplimentado de forma sistemática, estandarizada pero personalizada y con los objetivos muy bien marcados y entendidos, si que lo es.

	ENTREVISTA 1	ENTREVISTA 2	ENTREVISTA 3	ENTREVISTA 4
Pregunta 1	Es un tema de gran interés	Sí, por la continuidad de cuidados, por el rol autónomo de enfermería y crecimiento profesional	Sí	Es un tema de creciente interés, en términos de coordinación como implantación del rol autónomo enfermero.
Pregunta 2	Los médicos no quieren que consten las recomendaciones en el mismo papel (alta médica).	<ul style="list-style-type: none"> - Terminología: la palabra "Alta" - Discrepancias en la terminología enfermera - Poco reconocimiento de las propias enfermeras 	No las sé	<ul style="list-style-type: none"> - Poco valor a los comentarios escritos por enfermería, por parte de las mismas enfermeras y de otros colectivos.
Pregunta 3	<ul style="list-style-type: none"> - Actuaciones que son del propio rol de enfermería - Es la persona que puede informar mejor al enfermo y a su familia 	Sí, es un instrumento útil: <ul style="list-style-type: none"> - Contemplar el cuidado integral del paciente desde una visión integral y holística. 	Es bueno. Sirve para estar en contacto con el enfermo cuando vuelve del hospital.	En camino de sentirlo como necesario.
Pregunta 4		<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar la continuidad. - Planificarlo desde el momento del ingreso. - Agiliza el alta. 	Los cuidados del paciente son al 50%, y en el caso de la atención domiciliaria más que los cuidados médicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Preservar la continuidad. - Dar valor al trabajo y sentido al rol autónomo. - Evaluar nuestro trabajo. - Personalizar trato con paciente. - Educación sanitaria.
Pregunta 5		Sí, es responsable máxima.	Sí, es responsable.	Ha de serlo. Avance en la figura de la enfermera gestora de casos.

Pregunta 6	<p>-Da cobertura legal al profesional</p> <p>- Método de evaluación de resultados</p>	<p>-Dar un nivel de cuidados de la máxima calidad en el mínimo tiempo en el ámbito donde se encuentre.</p> <p>-Utilizar adecuadamente los recursos.</p>	<p>Una mayor relación entre el hospital y la atención primaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación y mejora de calidad asistencial. - Afianzar rol autónomo. - Asegurar la continuidad asistencial. - Facilitar implantación de la "gestión de casos" - Optimizar recursos. - Educación sanitaria a pacientes y familia
Pregunta 7	<p>-Sí existen herramientas útiles para planificar.</p> <p>-Revisión continua</p> <p>-Criterios fundamentados en el modelo (V.H.) y tener como instrumento: Carpenito, NANDA,...</p>	<p>-Sí, existen herramientas.</p> <p>-No utilizamos el mismo lenguaje.</p> <p>-Criterios poco claros.</p> <p>-Medido por la propia enfermera y por el paciente.</p>	<p>-Sí, "Full de continuitat assistencial", las diferentes escalas de valoración.</p> <p>-Se utiliza un lenguaje común, aplicando el modelo de V.H.</p>	<p>-Valoración inicial del paciente en cada nivel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modelo de cuidados - Objetivos marcados. - Lenguaje común basado en lo anterior.
Pregunta 8	<p>Sí, se pueden optimizar recursos (tiempo):</p>	<p>-Ayudaría muchísimo.</p> <p>- Estudios sobre utilización de los recursos.</p>	<p>No, no optimiza nada.</p>	<p>Si</p> <p>Orienta hacia el recurso adecuado.</p> <p>-Evita repetir estudios y pruebas complementarias.</p>
Pregunta 9	<p>-Evidentemente, el Informe de Alta tiene un papel de coordinación y de continuidad asistencial.</p>	<p>Sobradamente, sí.</p>	<p>Sí</p>	<p>Si. Es el instrumento básico para coordinar cuidados y asegurar la continuidad.</p>
Pregunta 10	<p>-Garantizar la calidad.</p> <p>-Explotar resultados.</p> <p>-Hacer seguimiento.</p> <p>-Hacer indicadores de calidad</p>	<p>Sí, tendrían que garantizarla si están bien hechos.</p>	<p>Sí</p>	<p>-Debe garantizar la coordinación.</p> <p>- La calidad depende de otros factores, como control estricto de "gestora de casos".</p>

<p>Pregunta 11</p>	<p>Cada vez menos</p>	<p>Desgraciadamente es evidente, aunque ya está surgiendo la preocupación por la coordinación.</p>	<p>Sí. La fractura era total antes, ahora empieza a haber algo.</p>	<p>-Va disminuyendo la fractura. Intervienen factores de multidisciplinariedad.</p>
<p>Pregunta 12</p>	<p>-Método sistemático de organizar. -Fundamentado en un marco conceptual. -Con metodología, organiza la tarea.</p>	<p>Sí, puede que sí.</p>	<p>Sí</p>	<p>Si , si se cumplimenta de forma sistemática y estandarizada y con unos objetivos bien marcados.</p>

CONCLUSIONES

De las entrevistas realizadas a los cargos de los centros incluidos en el estudio se desprende unanimidad a la hora de calificar positivamente el IAE en cuanto al interés que tiene en la continuidad de cuidados de las personas , así como la optimización de recursos.

También se hace patente la necesidad de utilizar un lenguaje común basado en un modelo teórico que permita una comunicación interniveles fluida.

Se han detectado también discrepancias en cuanto a la terminología y formato del IAE como herramienta de trabajo.

Por último comentar que aún persiste cierta fractura relacional entre niveles asistenciales, pero que al mismo tiempo iniciativas, como la de impulsar el uso del IAE, permiten que se vaya reduciendo este distanciamiento y avanzar en el camino hacia la consolidación de nuestra profesión.

Durante la entrevista también hemos tenido oportunidad de conocer experiencias de coordinación que ya funcionan en algún centro: como las consultas específicas de enfermería dentro del ámbito hospitalario orientadas a la educación sanitaria del paciente para su más pronta recuperación y prevención de episodios; el programa "Preat" (incluido dentro del programa "Salut a casa") y la figura de la "enfermera de enlace" que coordina las altas hospitalarias con la asistencia domiciliaria de AP; la integración del cuidador informal en la continuidad de los cuidados y el esfuerzo que se está realizando para la informatización de registros para uso compartido.

Así mismo durante el transcurso de la entrevista ha ido sugiriendo unas cuantas sugerencias que a continuación enumeramos:

- En cuanto al formato: el uso del mismo documento para comentarios médicos, enfermeros y de asistente social.
- Respecto a la terminología: cambiar el nombre de "Alta de Enfermería" por el de "Valoración de Enfermería" y usar un mismo modelo conceptual de cuidados (Virginia Henderson).
- Uso de las nuevas tecnologías: para unificar registros enfermeros a través de la informatización de planes de cuidados.
- Los recursos, principalmente humanos: como la contemplación de otras figuras cuidadoras informales (familia, amigos,...) y formales (centros,...); y especialmente la "enfermera gestora de casos".

- Desde el punto de vista de la gestión: integrar en el cuadro de mandos iniciativas de enfermería relacionadas con la coordinación y continuidad de cuidados; así como realizar un giro en su orientación desde los Ambitos de atención.
- En investigación: seguimiento y valoración de los IAE y de su utilidad.

En definitiva y por lo anteriormente expuesto todas estas opciones pasan por la

CONTINUIDAD DEL DIALOGO ENTRE LAS ENFERMERAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro Latorre M., Etreros Huerta J., Terol García E., Rico Jiménez F. Coordinación entre niveles asistenciales INSALUD; 240-251.
2. Aparicio Casals, M.R., Martorell Poveda, A. Registros de enfermería en la atención primaria: pieza clave de la investigación. Enfermería científica 1993 núm133, p 11-14.
3. Bergenson, Stephen R. Más sobre los aspectos legales de los registros de enfermería. Nursing v. 6, 1988, núm 9, p 21-26.
4. Biblioteca Enfermería Profesional. Tomo 1. Enfermería Fundamental Kozier-Erb-Olivieri. Mac Graw-Hill Interamericana 4ª Ed. Madrid 1996 cap. 12: 332-341.
5. Carpenito L.J. Planes de cuidados y documentación de enfermería. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill, 1994, 25-27.
6. Darias Curvo S, Leal Felipe M., Arias Hernández M., Cabrera Figueroa J., Alonso Díaz M. Opinión de los profesionales sobre el informe de alta de Enfermería. Metas de Enfermería 1999; Octubre, (19): 22-24.
7. Espejo Matorrales F., Relación Atención Primaria-Atención Especializada. Calidad de los informes de Enfermería 1998. Revista Rol de Enfermería 1998; Enero (233).
8. García Crespo F.C., Montero Raya M., Sánchez Ibañez F., Arias Solís J Necesidad del alta hospitalaria de enfermería en Atención Primaria. Hygia; (43): 24-29.
9. González Quijano, A (et altri) Historia de enfermería. Revista Rol de Enfermería V.XIII, 1990, núm. 137, p. 50-54.
10. González Rodríguez A. El Informe de alta hospitalaria por enfermería, una necesidad para los cuidados enfermeros interniveles. Enfermería Científica 2001; Septiembre-Octubre, (234-235): 33-39.
11. Gran Enciclopedia Larousse. Barcelona Editorial Planeta 1979 T6:36.
12. Gran Enciclopedia Larousse. Barcelona Editorial Planeta 1979 T8:102.

13. Grande Gascón M.L., Hernández Padilla M. Como entienden las enfermeras el alta de enfermería. *Enfermería Clínica* 1996; 6 (3).
14. Hernández, J. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1995. 196 p.
15. Informe de enfermería al alta: continuidad de cuidados y/o sanitaria. *Index Enfermería* 1995; IV (II): 72.
16. INSALUD. Dirección Provincial de Madrid. Oficios comunicados 7/89 y 10/89.
17. Iyer Patricia, W. Seis nuevas reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. *Nursing V.* 10, 1992 núm 4, p. 32-37.
18. Iyer Patricia, W. Trece reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. *Nursing V.* 10, 1992, núm. 3 p. 40-44.
19. Kozier, B. Registro e información. *Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica.* Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1993.
20. Ley General de Sanidad 14/86 B.O.E. de 25 de Abril de 1986.
21. Martínez Riera J.R. Intervención: análisis de una necesidad. *Enfermería Integral* 1998-1999; (12): 44-51.
22. Merchan Felipe M., Rojo Duran R., Rodriguez-Arias Espinosa M (et altri) Alta de Enfermería. *Enfermería Científica* 1997; Marzo-Abril, (180-181).
23. Monográficos (Noticias de Salud) nº 3, Atención Primaria Edit. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, Madrid 1994.
24. Olza Idoia, Navarra basa la coordinación asistencial en incentivos e introduce la competencia. *Diario Medico* 2000; Febrero: 2-3. p. 323-346.
25. Responsabilidades de los cuidados enfermeros: La información, nuestra mejor arma. *Enfermería científica* 1996: 171-172: 12-15.
26. Sevilla Sierra V., Hernández Sampelayo Matos A., González Lluva C., Pérez Martínez T. Opinión de las enfermeras sobre el Informe de Alta de Enfermería. *Metas de Enfermería* 2002; Julio/Agosto (47): 6-11.

27. Vaquer Casas G., Guía del ostomizado digestivo. Cuidados de Enfermería en la Atención Primaria. Madrid: Coloplast, 1990.
28. Vuori HV. El control de la calidad de los servicios sanitarios. Barcelona: Ed Masson, 1998.
29. Watson, Joan E. Registrar: por qué y cómo. Nursing V. 6, 1988, núm 5 p. 52-54.
30. Web Oficial Hospital Universitario de la Vall de Hebrón. Barcelona 2004. (<http://www.vhebron.net/ig/vhigmaie2.htm>).
31. Wesorick B. Estándares de calidad para los Cuidados de Enfermería. Barcelona: Doyma, 1993.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 151 encuestas, de las cuales el 21% correspondían a los 2 centros de Atención Primaria, y el 79% a los 2 hospitales terciarios, con esta distribución por centros:

Centro		Nº de encuestas	%
Horta	Asistencia Primaria	27	17,88
Gaudí	Asistencia Primaria	4	2,65
CSVH (Vall d'Hebró)	Asistencia Hospitalaria	69	45,70
HSC (Sagrat Cor)	Asistencia Hospitalaria	51	33,77
		TOTAL 151	

La edad media de la muestra fue de 41,89 años (D.E. 9,16).

Por centros fue de:

Centro		Edad Media	D.E.
Horta	Asistencia Primaria	46,37	7,90
Gaudí	Asistencia Primaria	35,25	5,38
CSVH (Vall d'Hebró)	Asistencia Hospitalaria	42,62	8,03
HSC (Sagrat Cor)	Asistencia Hospitalaria	38,92	10,36

Mayoritariamente las personas que respondieron fueron del género femenino (88,07%).

Por centros la distribución fue:

Centro		% mujeres	% hombres
Horta	Asistencia Primaria	96,3	3,7
Gaudí	Asistencia Primaria	100	--
CSVH (Vall d'Hebró)	Asistencia Hospitalaria	92,4	7,6
HSC (Sagrat Cor)	Asistencia Hospitalaria	85,7	14,3

Del personal de Enfermería que respondió, 13 eran supervisoras / coordinadoras y 138 eran enfermeras asistenciales. De las 13 supervisoras, 3 eran de Horta, 4 de CSVH, y 6 del HSC.

La titularidad de los centros era pública por lo que respecta a los 2 centros de asistencia primaria, mientras que por lo que respecta a los hospitales, uno era de titularidad pública y el otro privado.

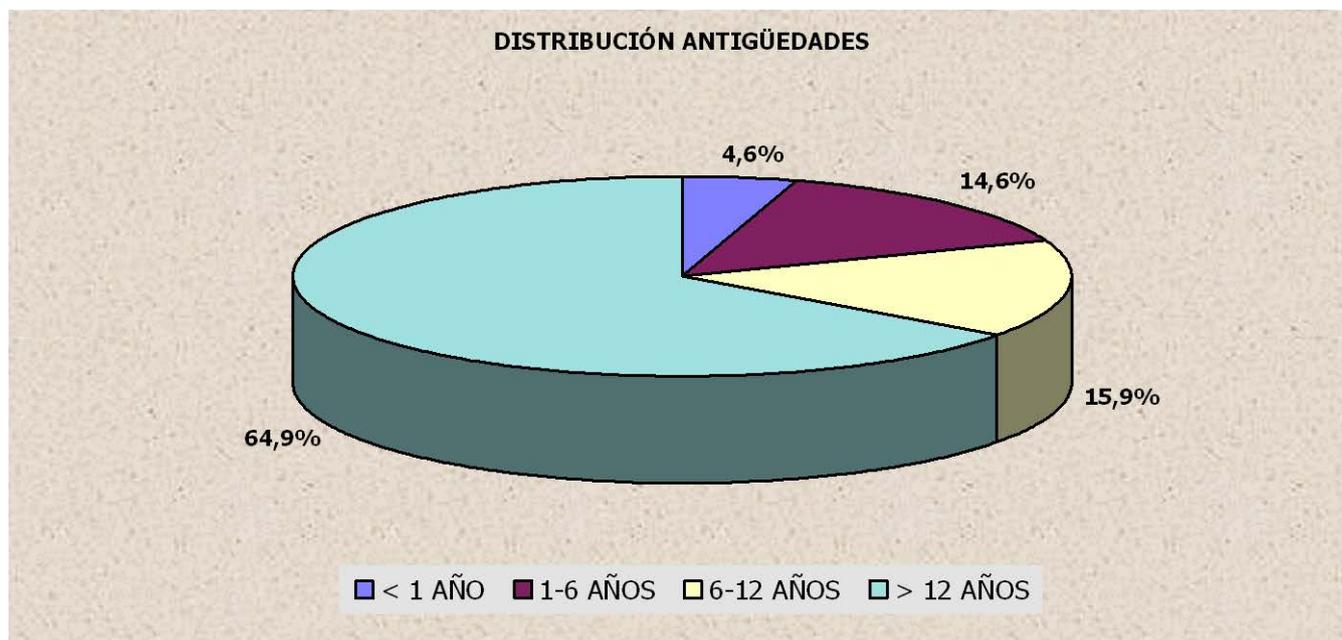
El 88% del personal tenía contrato fijo y el 12% temporal.

La distribución por centros era:

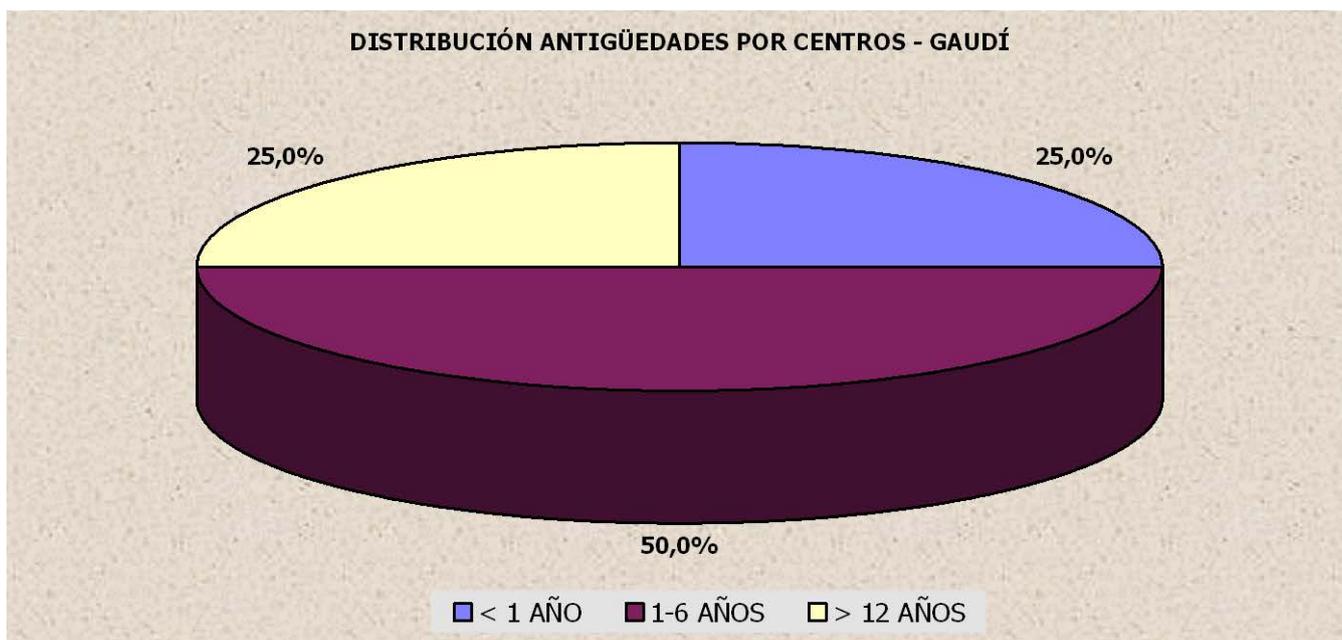
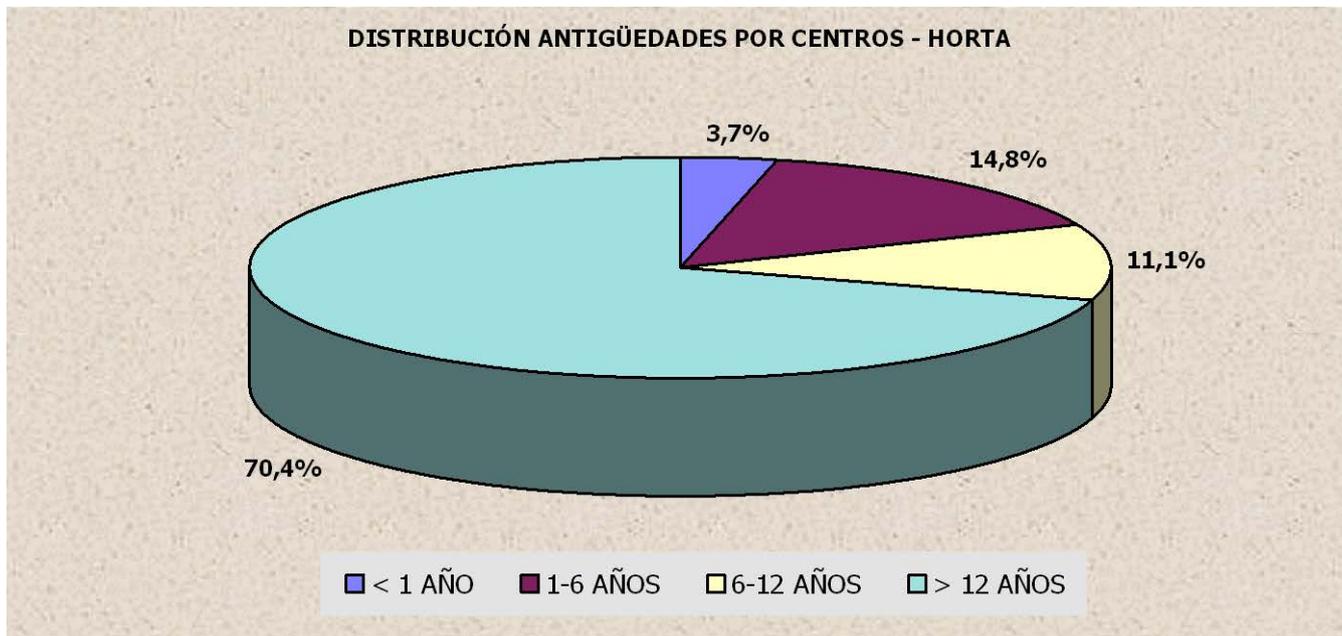
Centro		Fijo %	Temporal %
Horta	Asistencia Primaria	88,5	11,5
Gaudí	Asistencia Primaria	100	
CSVH (Vall d'Hebró)	Asistencia Hospitalaria	94,1	5,9
HSC (Sagrat Cor)	Asistencia Hospitalaria	93,9	6,1

El 64,9% del personal de Enfermería que contestó la encuesta tenía una antigüedad de 12 o más años en el centro donde trabajaba.

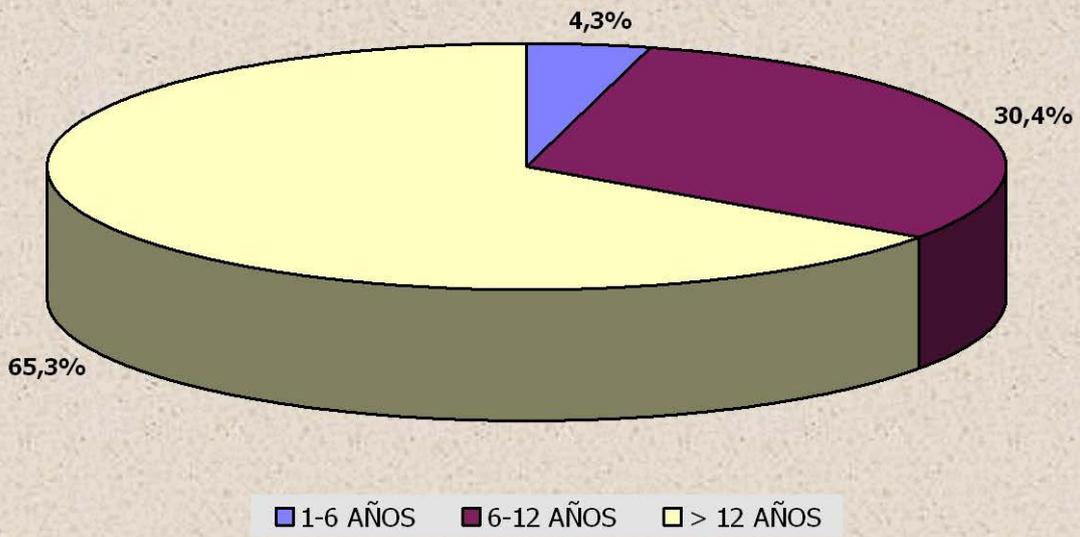
La distribución de antigüedades de la muestra era:



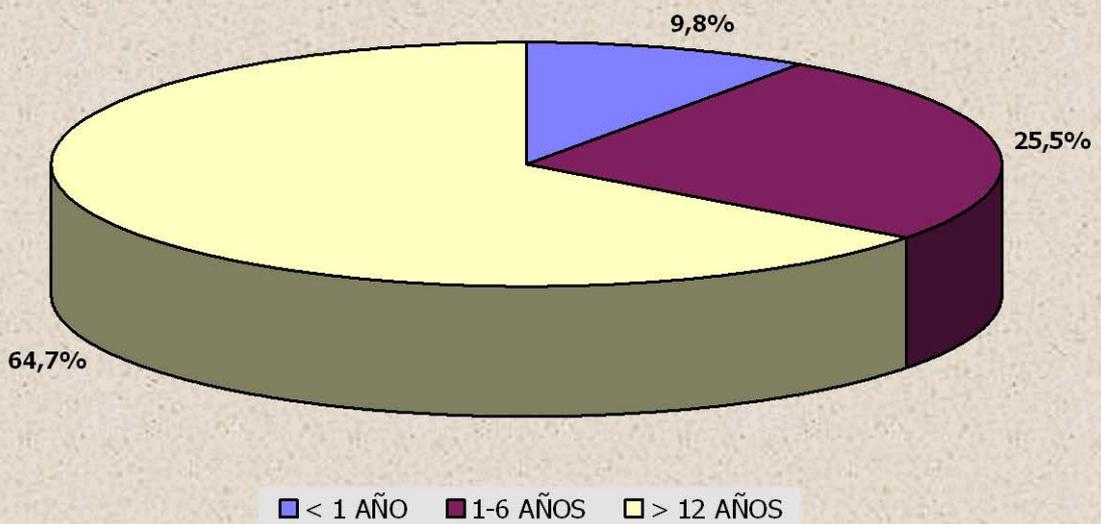
Por centros la distribución era:



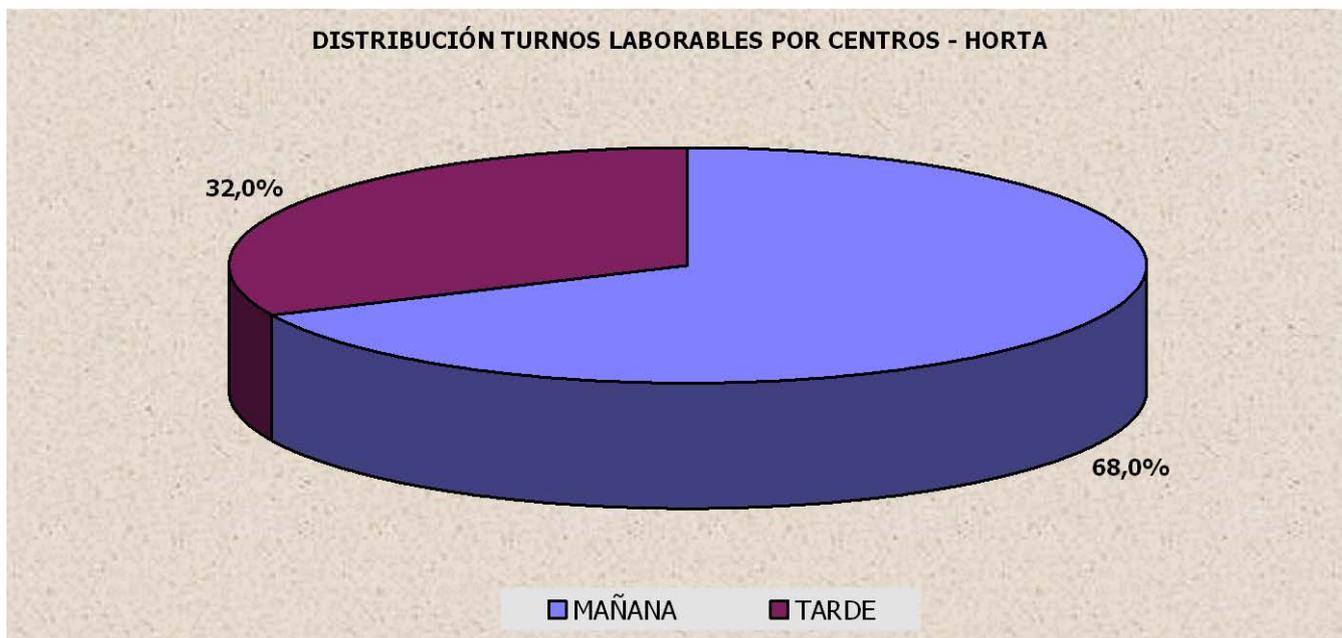
DISTRIBUCIÓN ANTIGÜEDADES POR CENTROS - CSVH



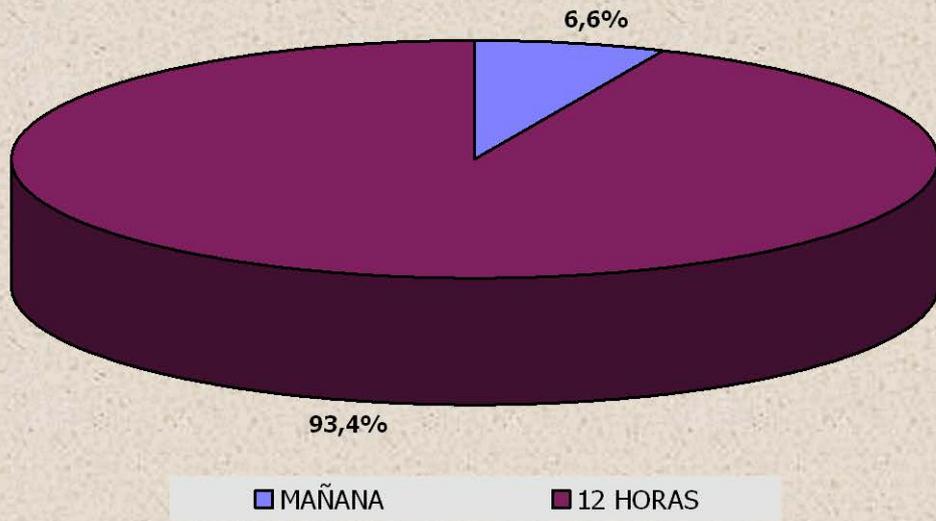
DISTRIBUCIÓN ANTIGÜEDADES POR CENTROS - HSC



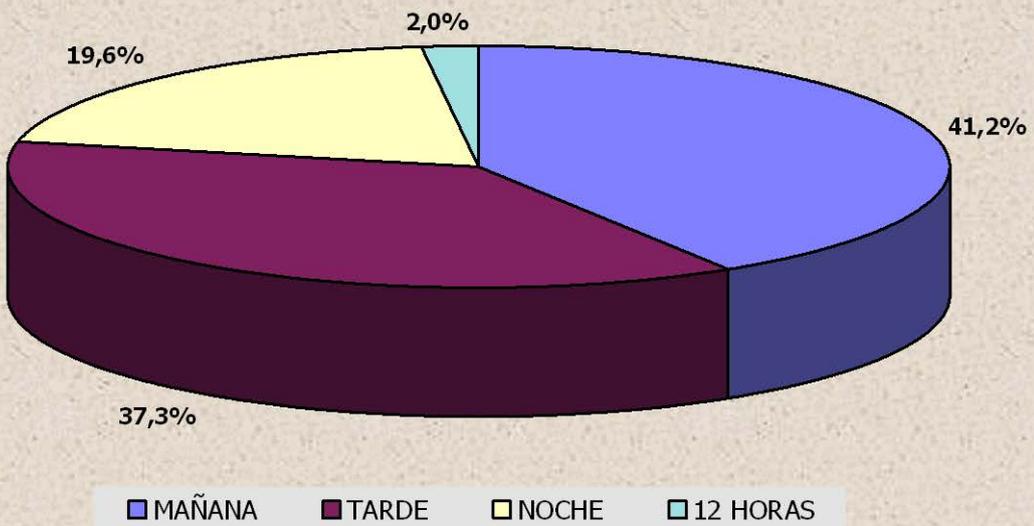
La distribución por turnos laborales de cada centro fue:



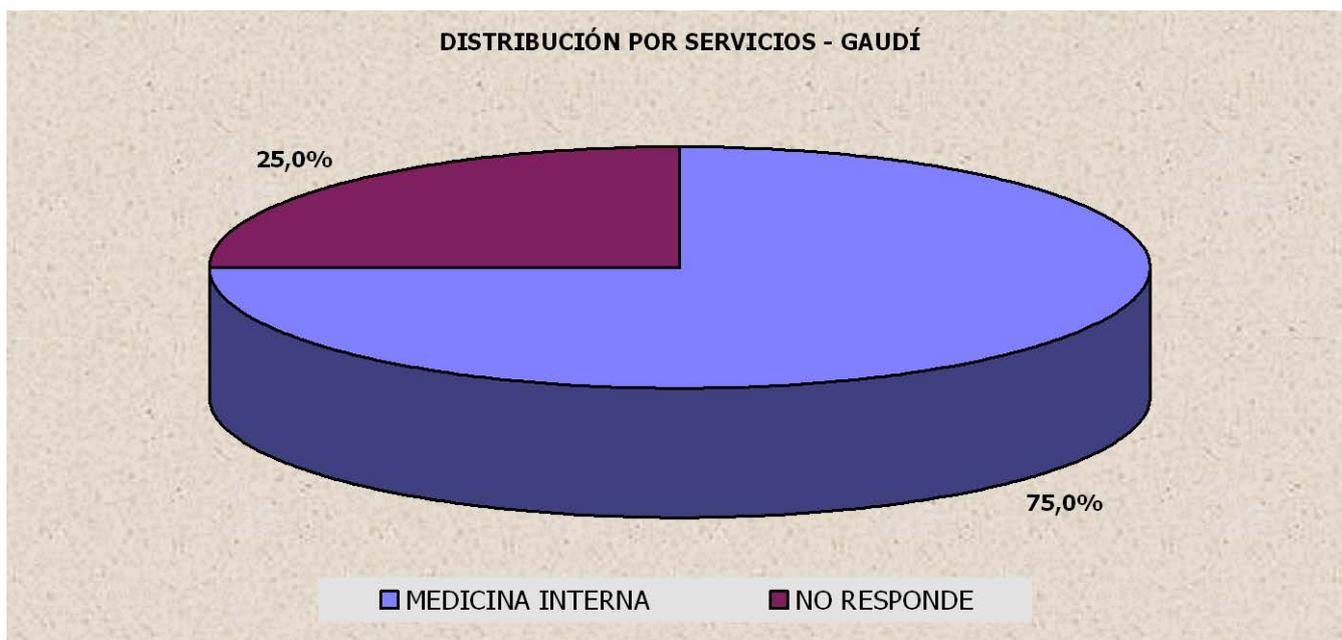
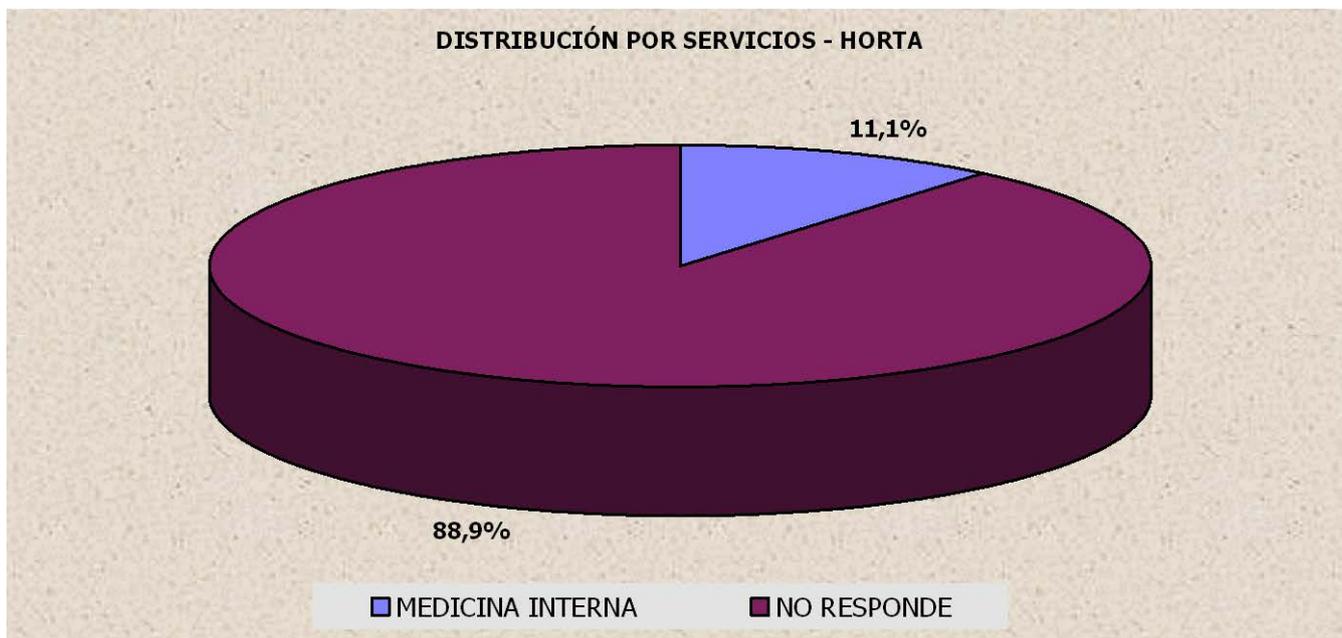
DISTRIBUCIÓN TURNOS LABORABLES POR CENTROS - CSVH



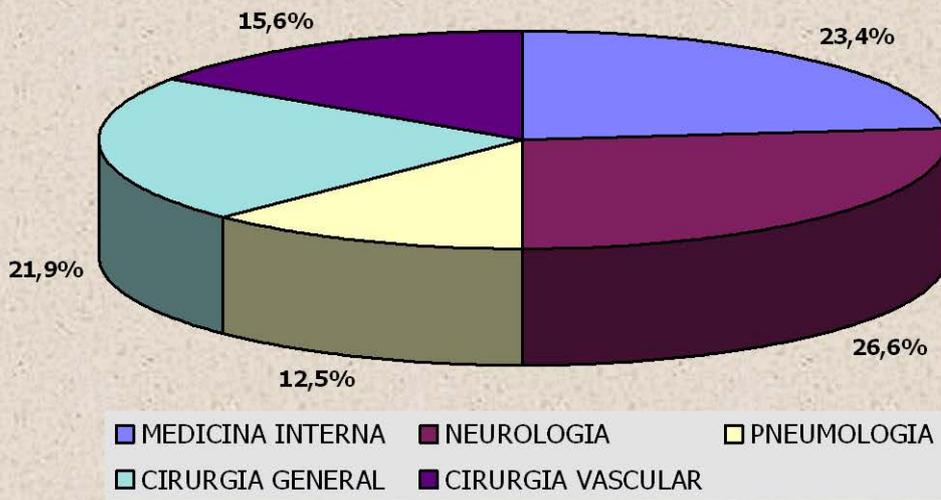
DISTRIBUCIÓN TURNOS LABORABLES POR CENTROS - HSC



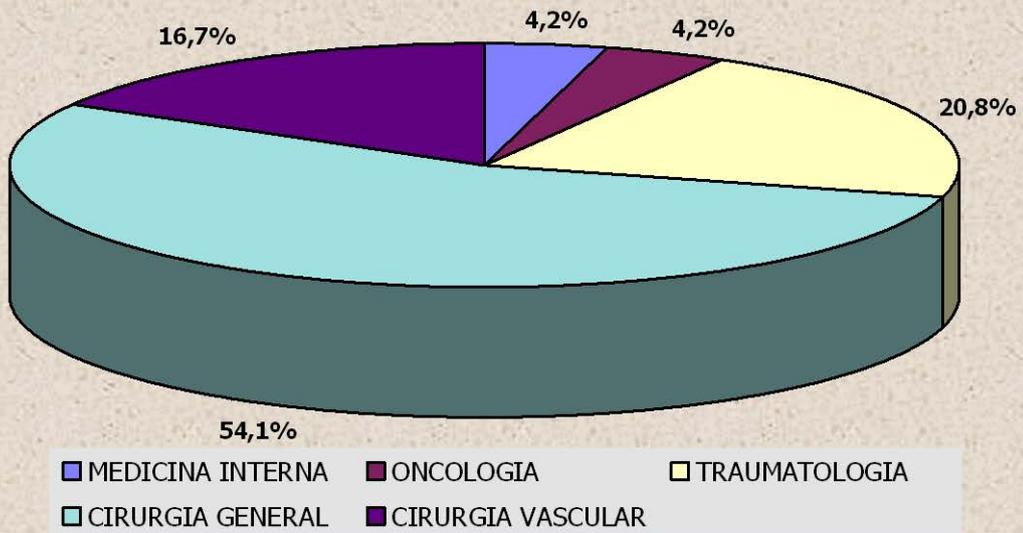
La distribución por servicios, donde trabajaba la persona que respondió la encuesta fue:



DISTRIBUCIÓN POR SERVICIOS - CSVH



DISTRIBUCIÓN POR SERVICIOS - HSC



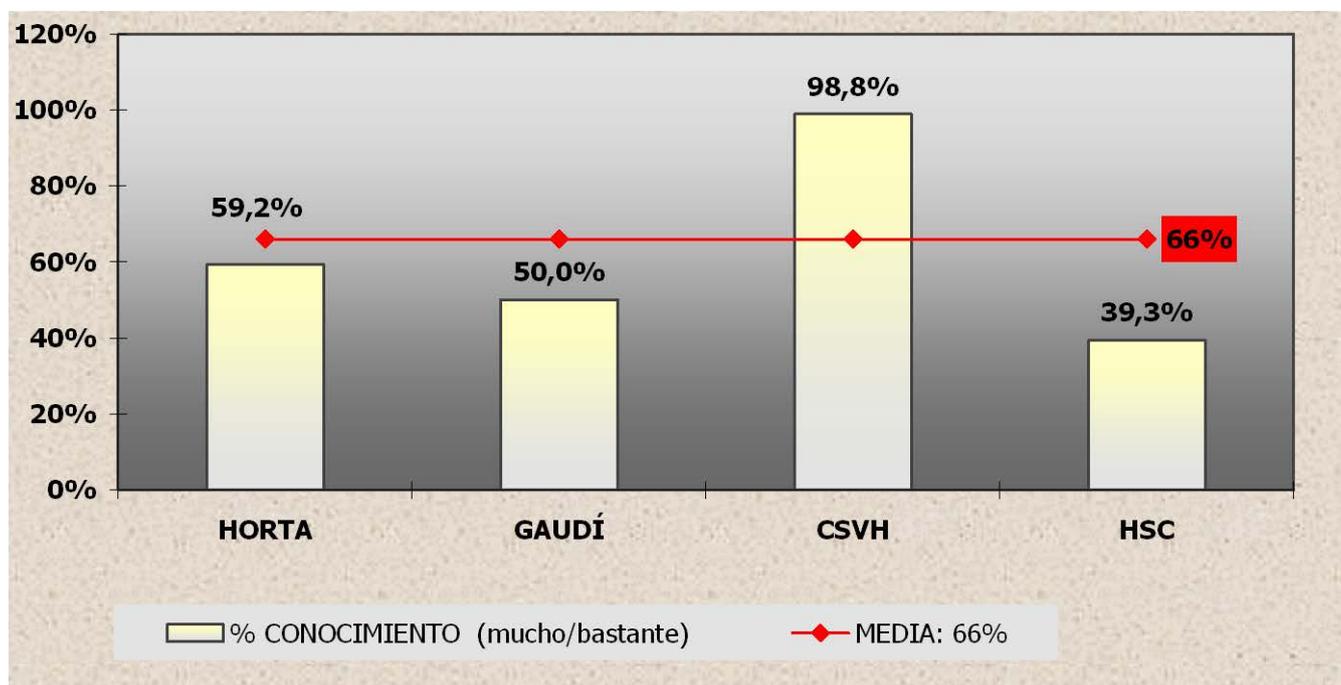
El 93% del personal de enfermería que contestó la encuesta manifestaron ser diplomadas en enfermería.

Por centros la distribución fue:

Centro		DI %	ATS %
Horta	Asistencia Primaria	88,9	11,1
Gaudí	Asistencia Primaria	100	--
CSVH (Vall d'Hebró)	Asistencia Hospitalaria	95,3	4,7
HSC (Sagrat Cor)	Asistencia Hospitalaria	92,2	7,8

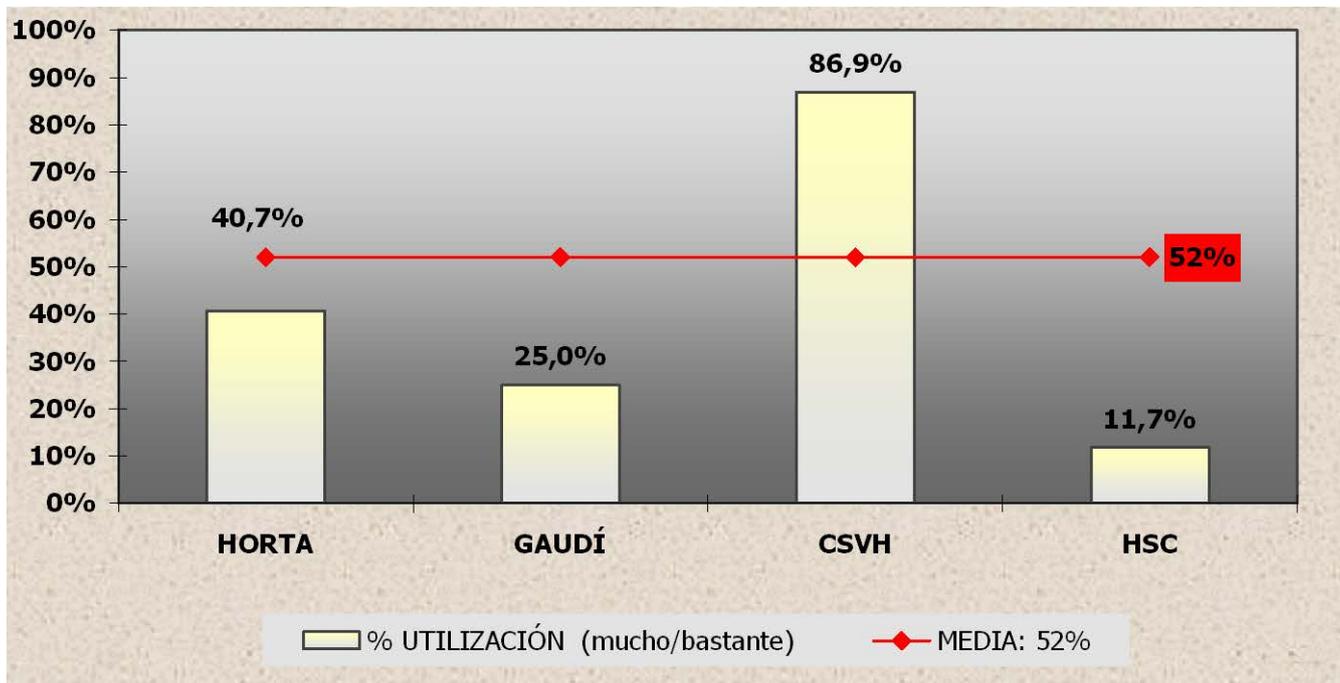
El 66% de la muestra manifestaron conocer, mucho o bastante, el informe de alta de enfermería.

Por centros los resultados fueron:



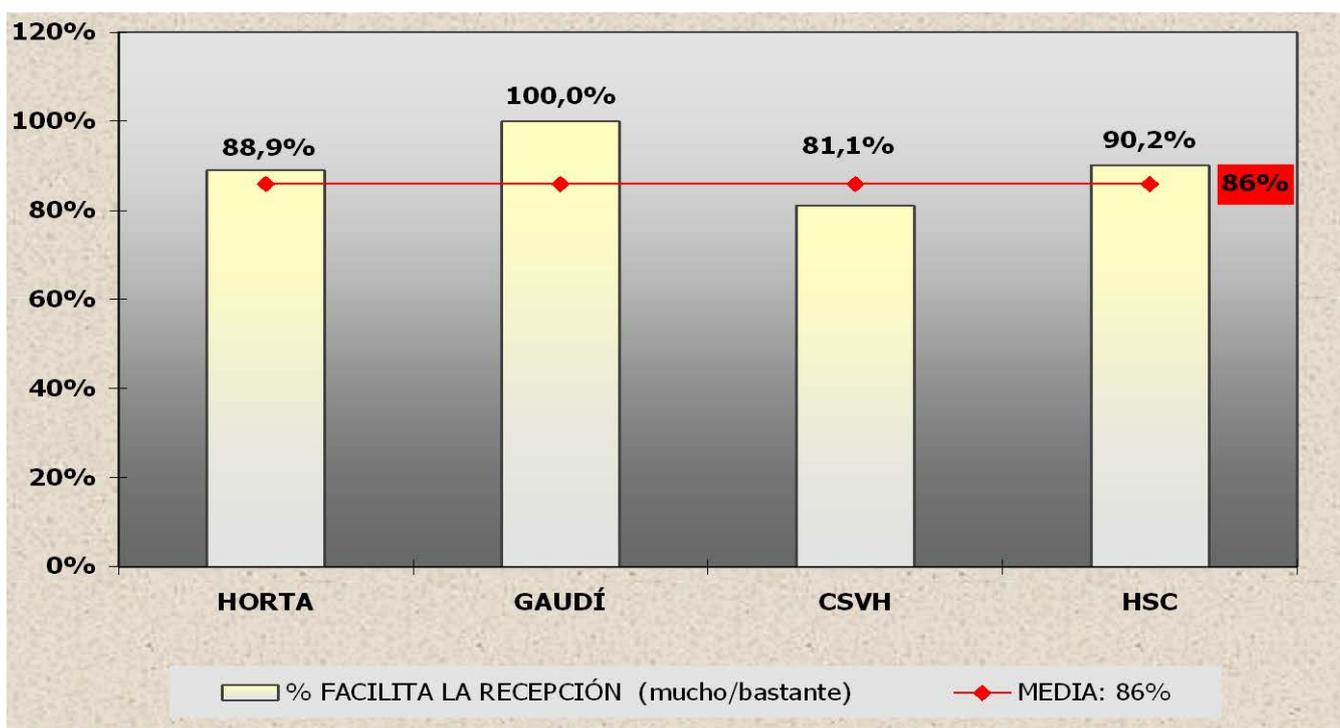
El 52% de la muestra manifestó utilizar "mucho, bastante".

Por centros los resultados fueron:



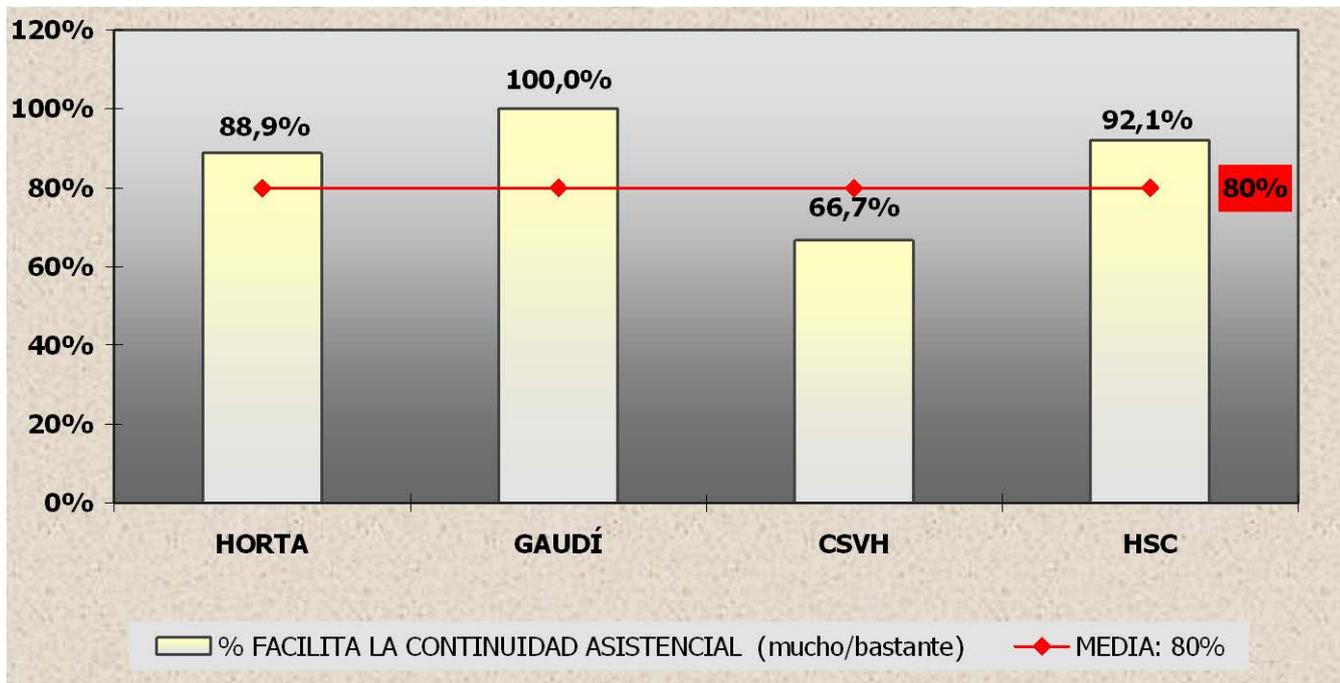
El 86% de la muestra consideró que el IAE facilita, mucho o bastante, la recepción del paciente a la enfermera de atención primaria.

Por centros los resultados fueron:



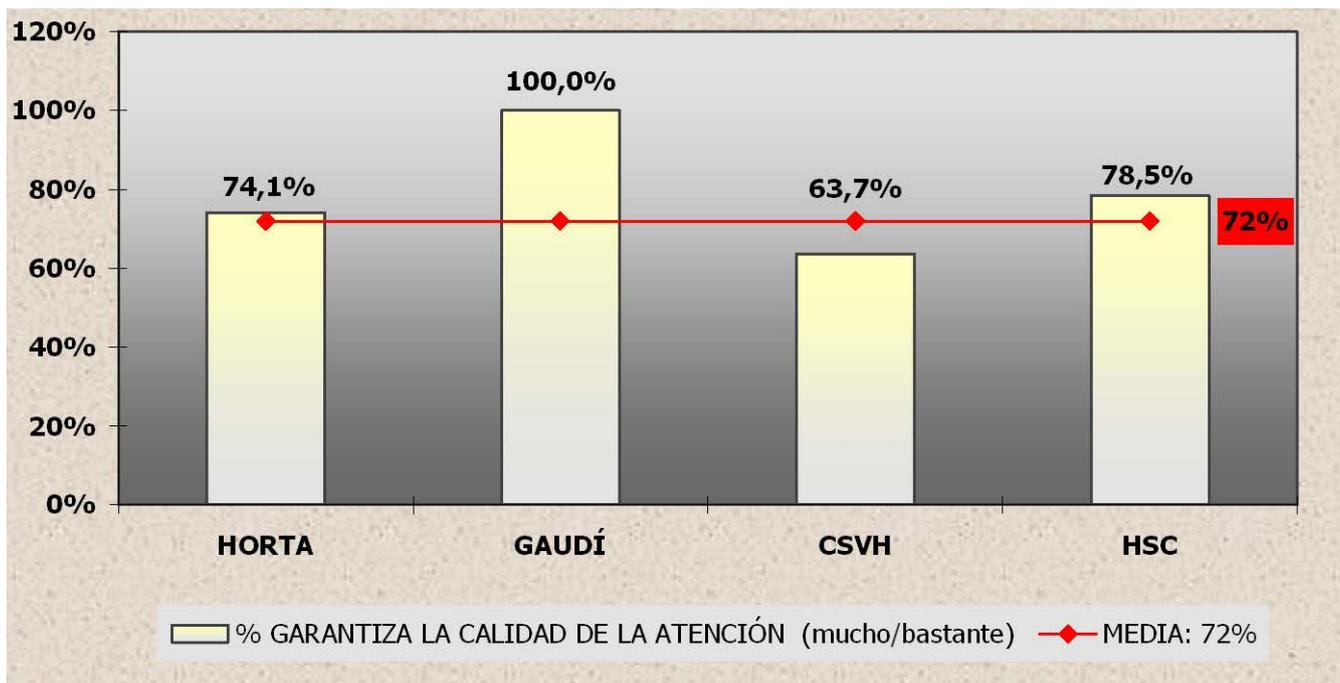
El 80% de la muestra consideró que el IAE facilita, mucho o bastante, la continuidad asistencial, y de esta forma se mejora la calidad de los cuidados de Enfermería.

Por centros los resultados fueron:



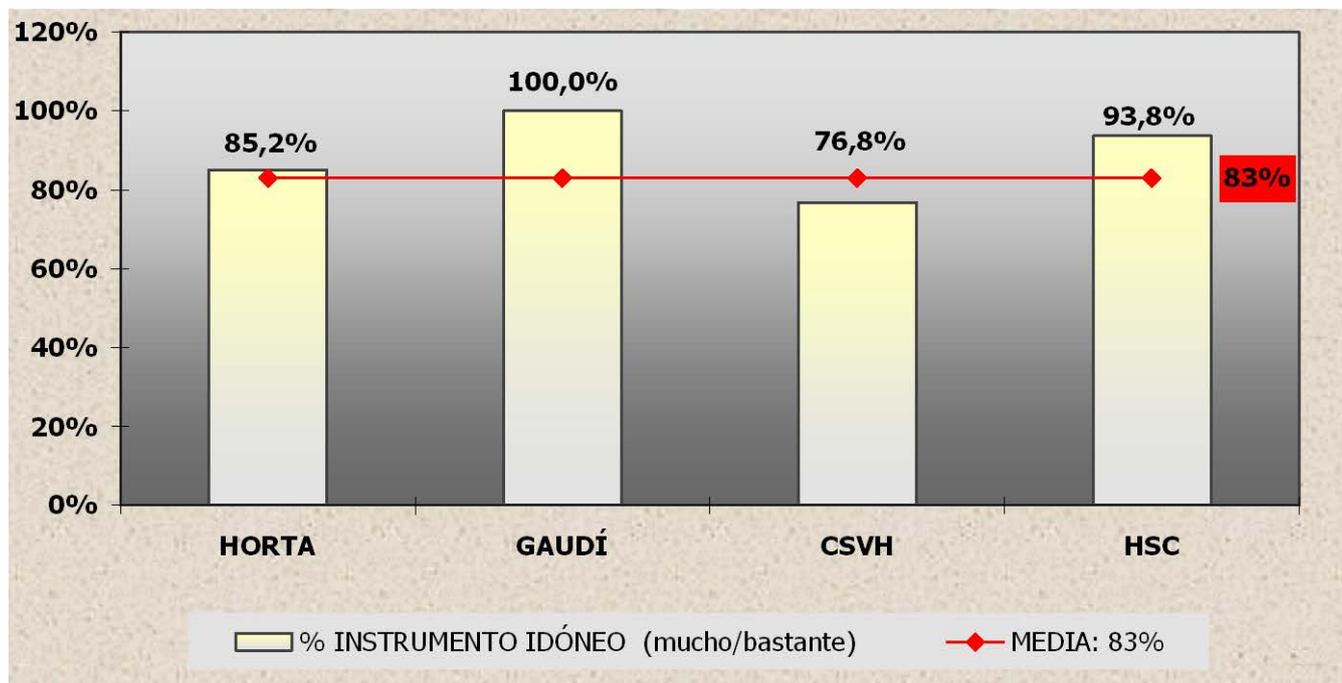
El 72% de la muestra consideró que el IAE garantiza, mucho o bastante, la calidad de atención de los pacientes que seguirán necesitando cuidados en su domicilio.

Por centros los resultados fueron:



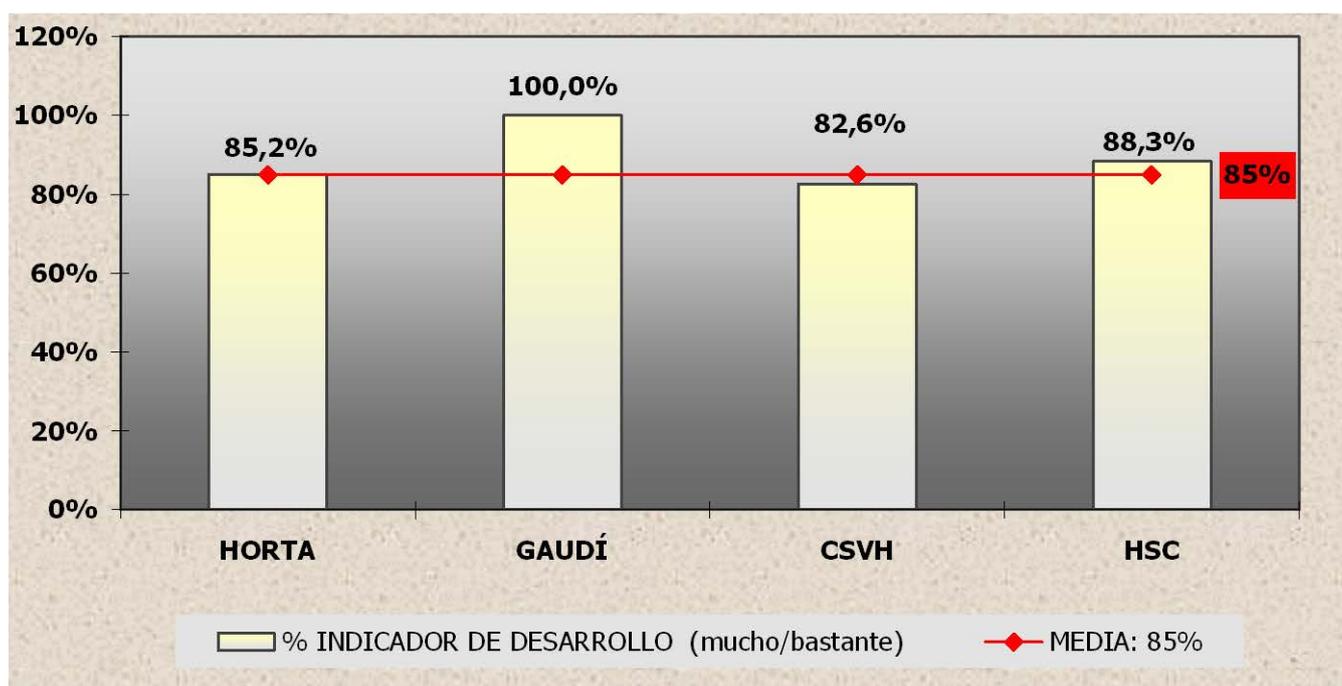
El 83% de la muestra consideró, mucho o bastante, el IAE como un instrumento idóneo de trabajo como vía de comunicación entre AP y AE.

Por centros los resultados fueron:



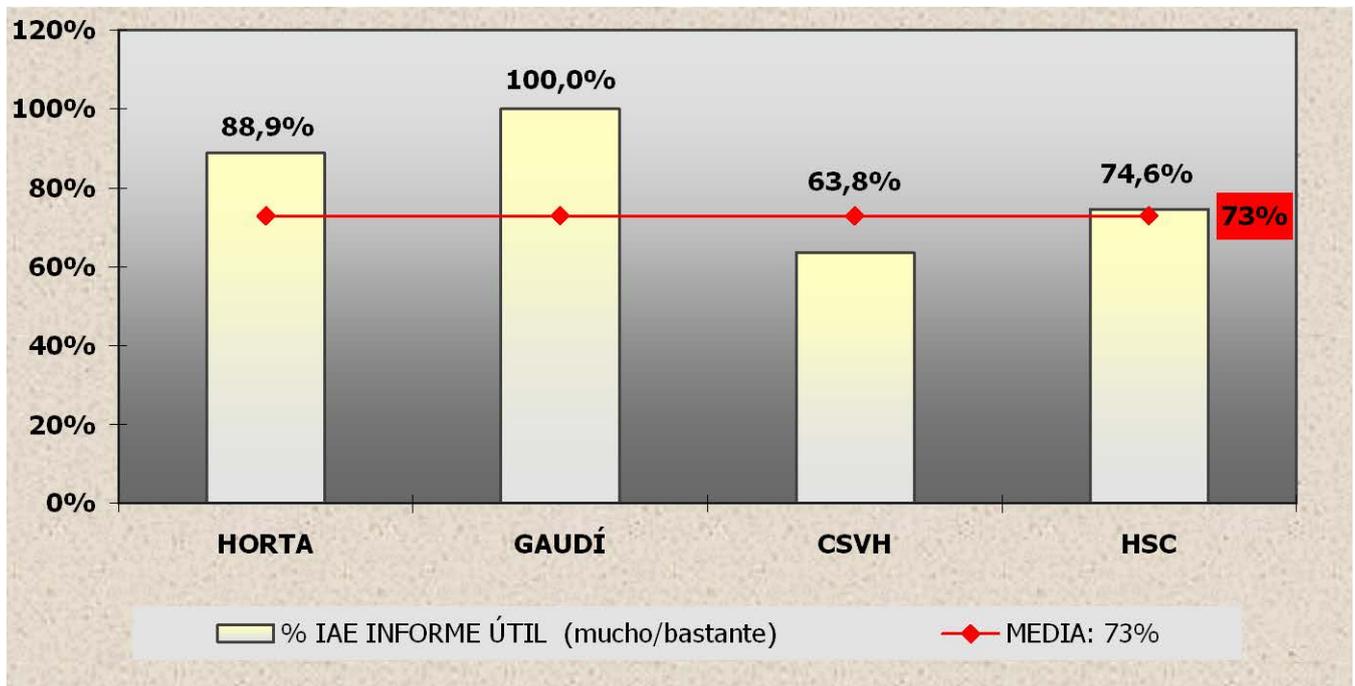
El 85% de la muestra consideró, mucho o bastante, que la implantación del IAE es un indicador de desarrollo de la profesión de enfermería.

Por centros los resultados fueron:



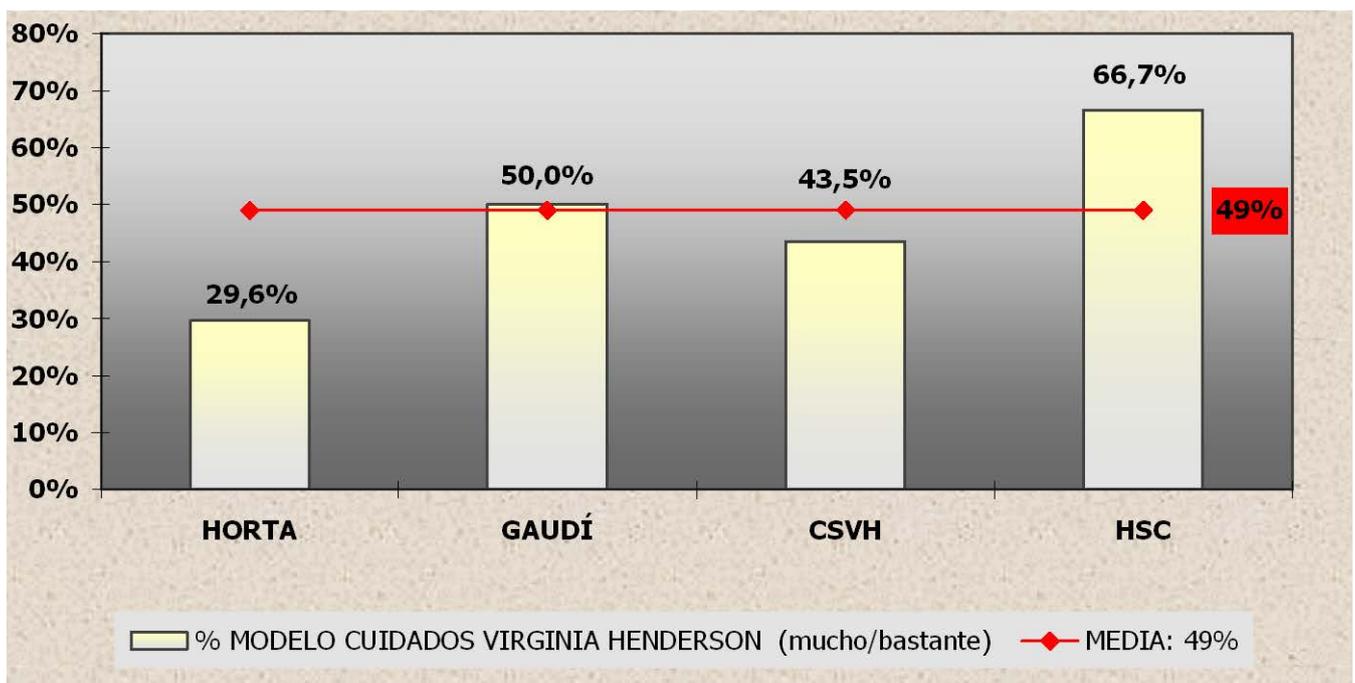
El 73% de la muestra consideró, bastante o mucho, que el IAE es un informe útil en la práctica diaria.

Por centros los resultados fueron:



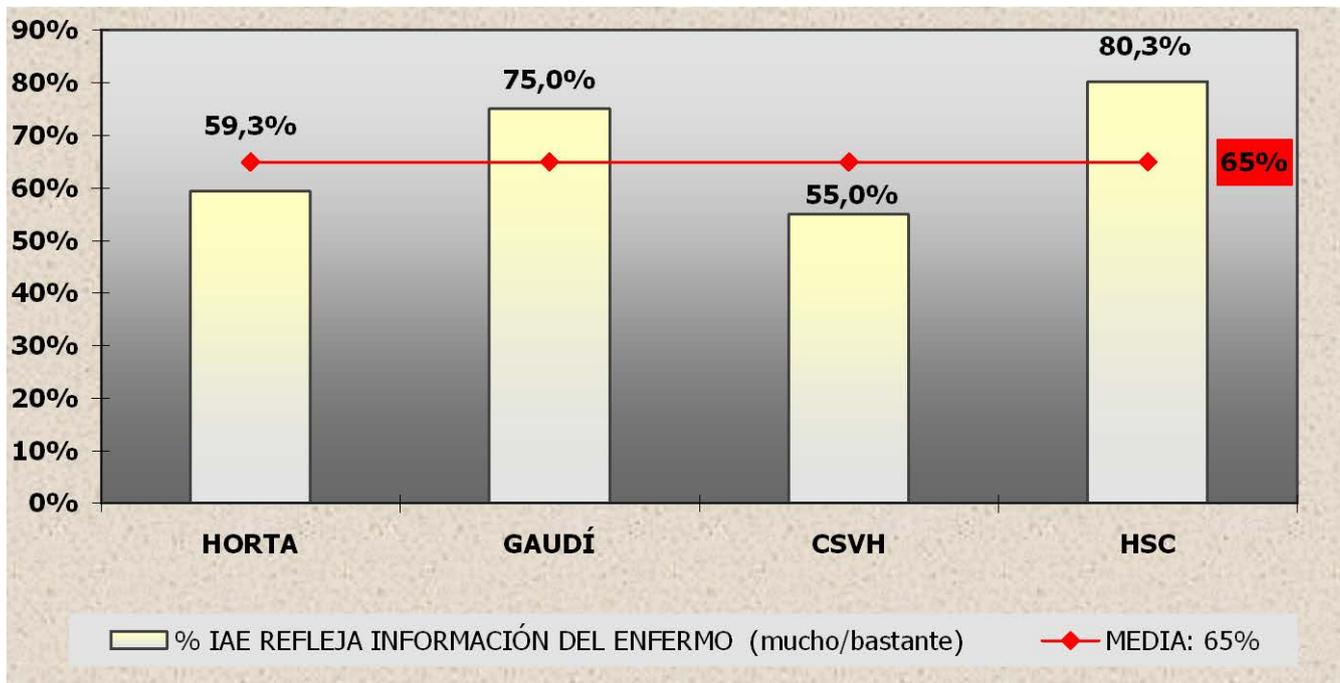
El 49% de la muestra consideró, bastante o mucho, que el modelo de cuidados de Virginia Henderson le resultaría útil para planificar los cuidados.

Por centros los resultados fueron:



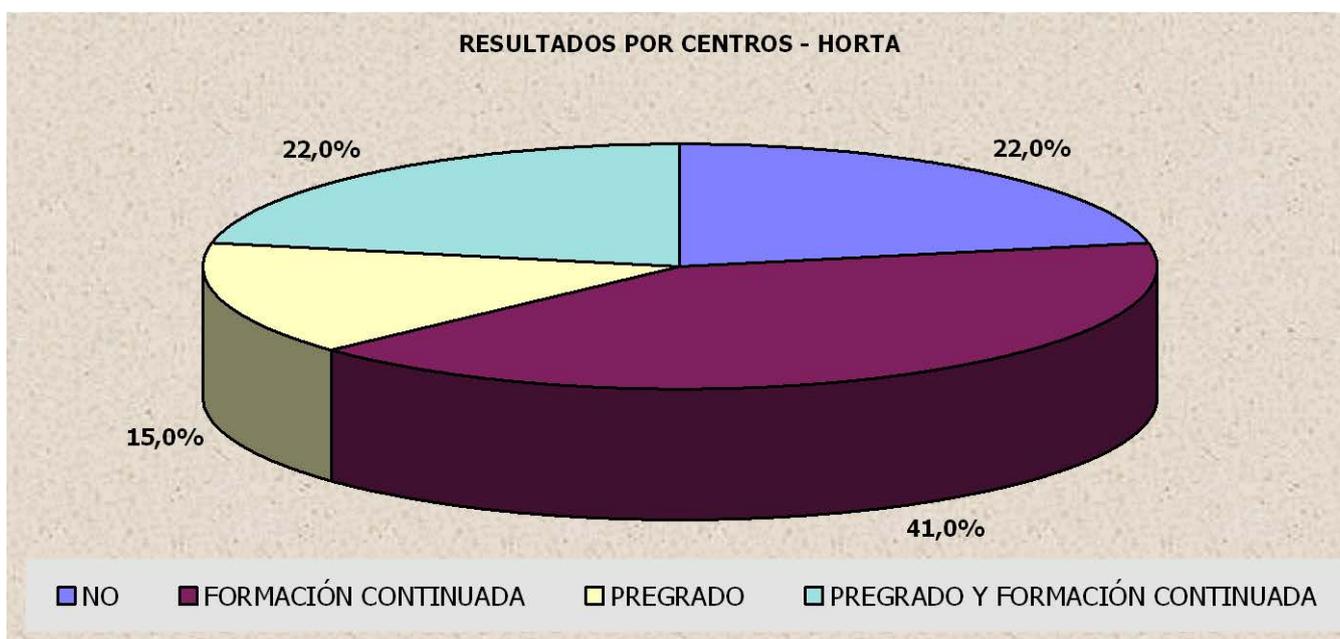
El 65% de la muestra consideró, bastante o mucho, que el IAE refleja toda la información que se necesita sobre el enfermo.

Por centros los resultados fueron:

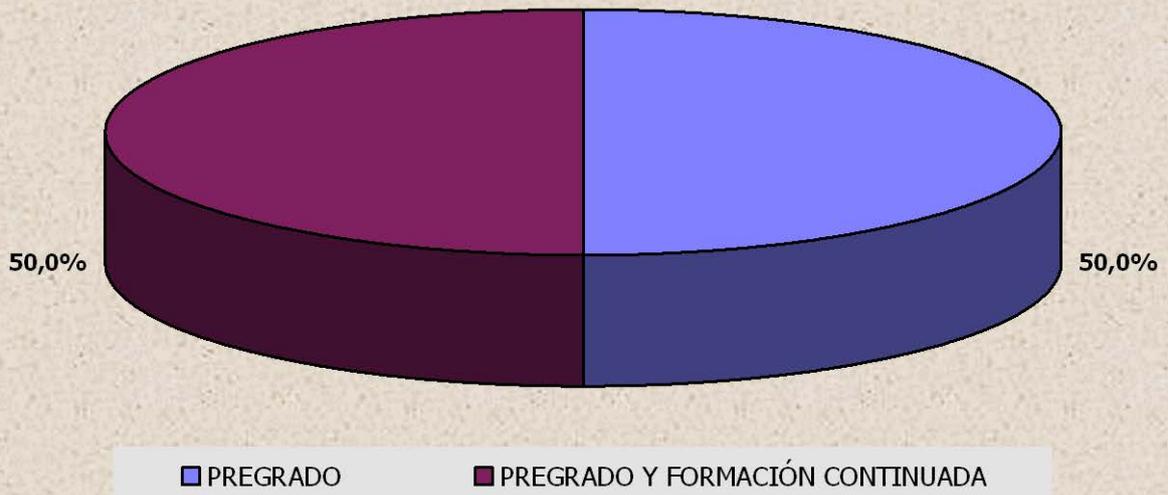


Mayoritariamente (35%) los sujetos de la muestra dijeron que las diferentes teorías sobre los cuidados de enfermería, las habían aprendido durante estudios de pregrado.

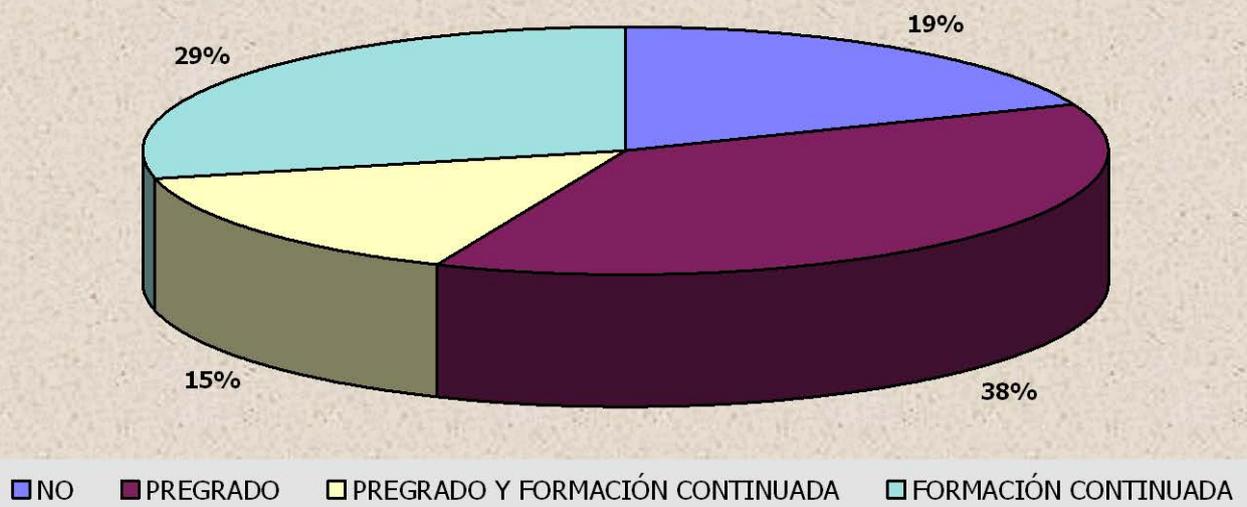
Por centros los resultados fueron:

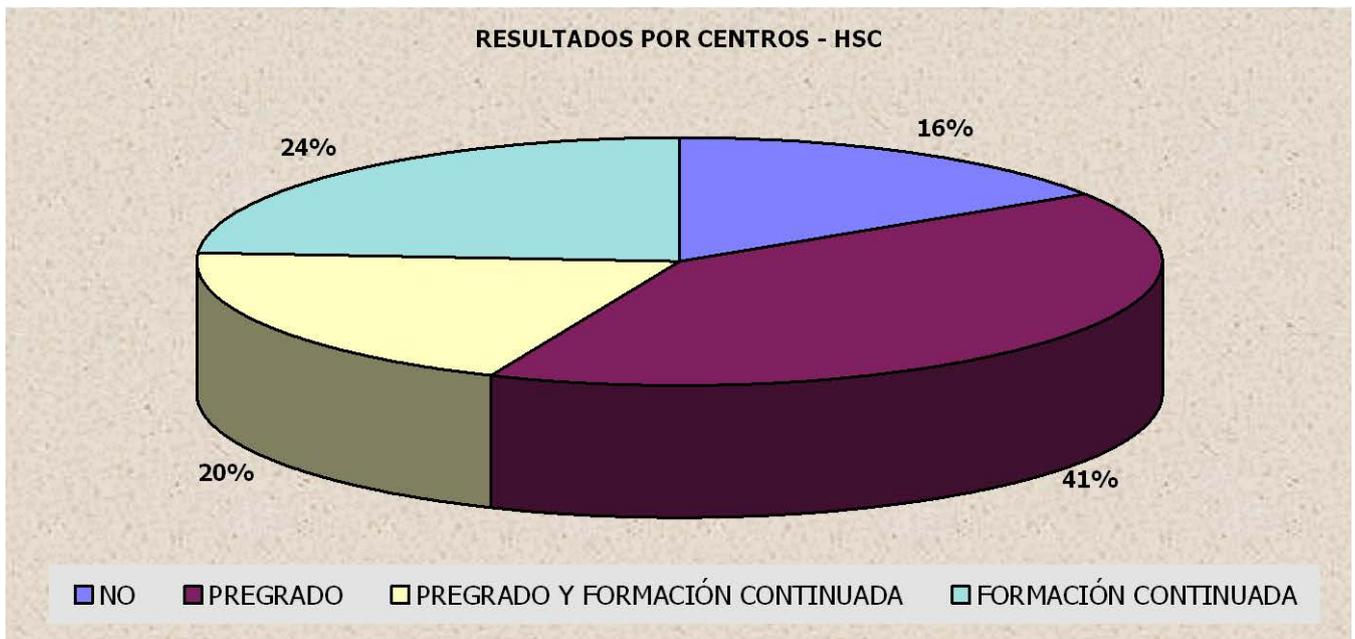


RESULTADOS POR CENTROS - GAUDÍ



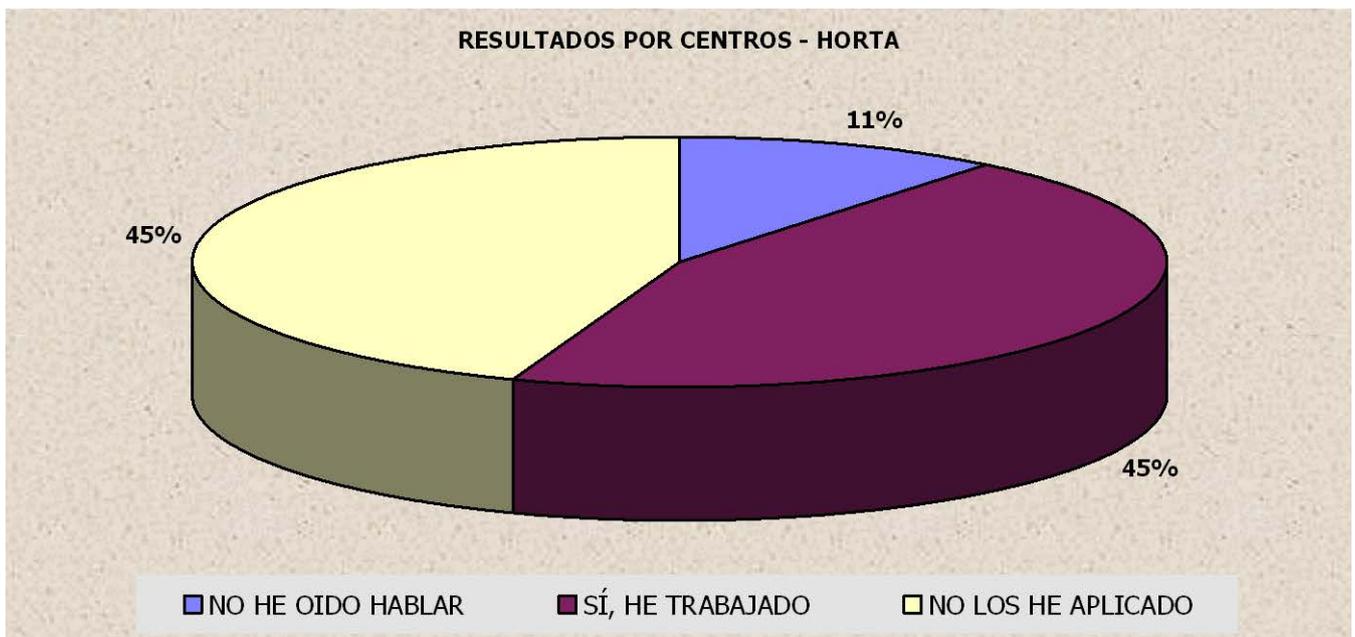
RESULTADOS POR CENTROS - CSVH



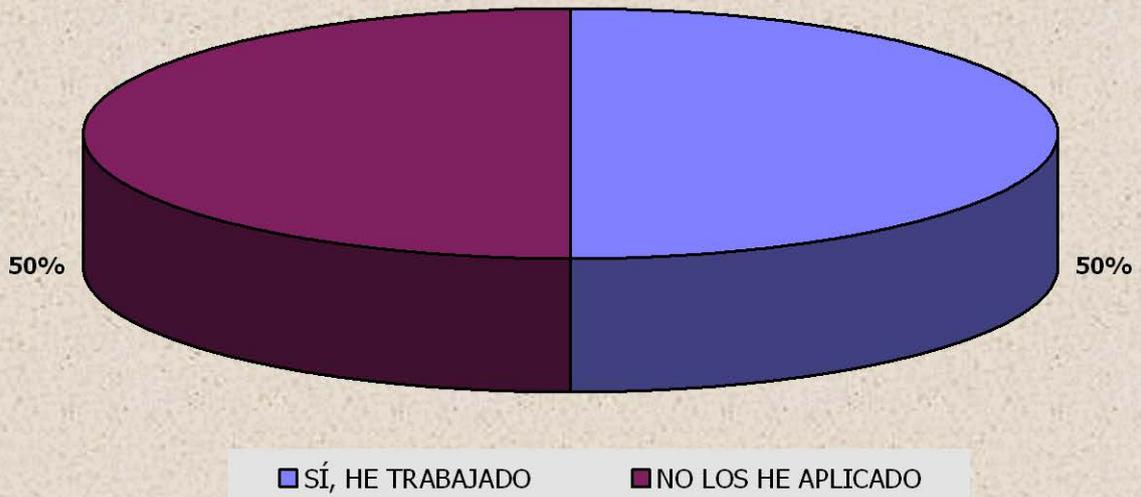


El 63% de la muestra manifestó conocer qué son los diagnósticos de enfermería, pero no haberlos llevado a la práctica.

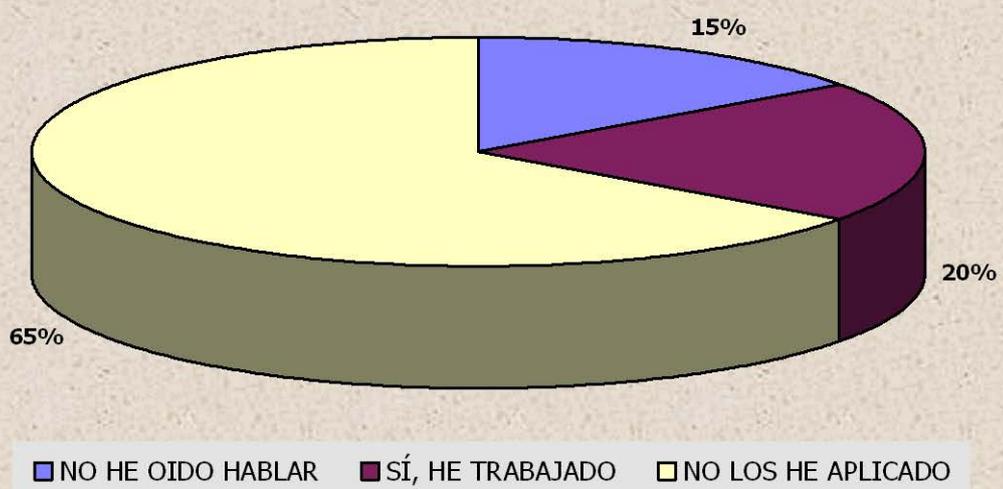
Por centros los resultados fueron:

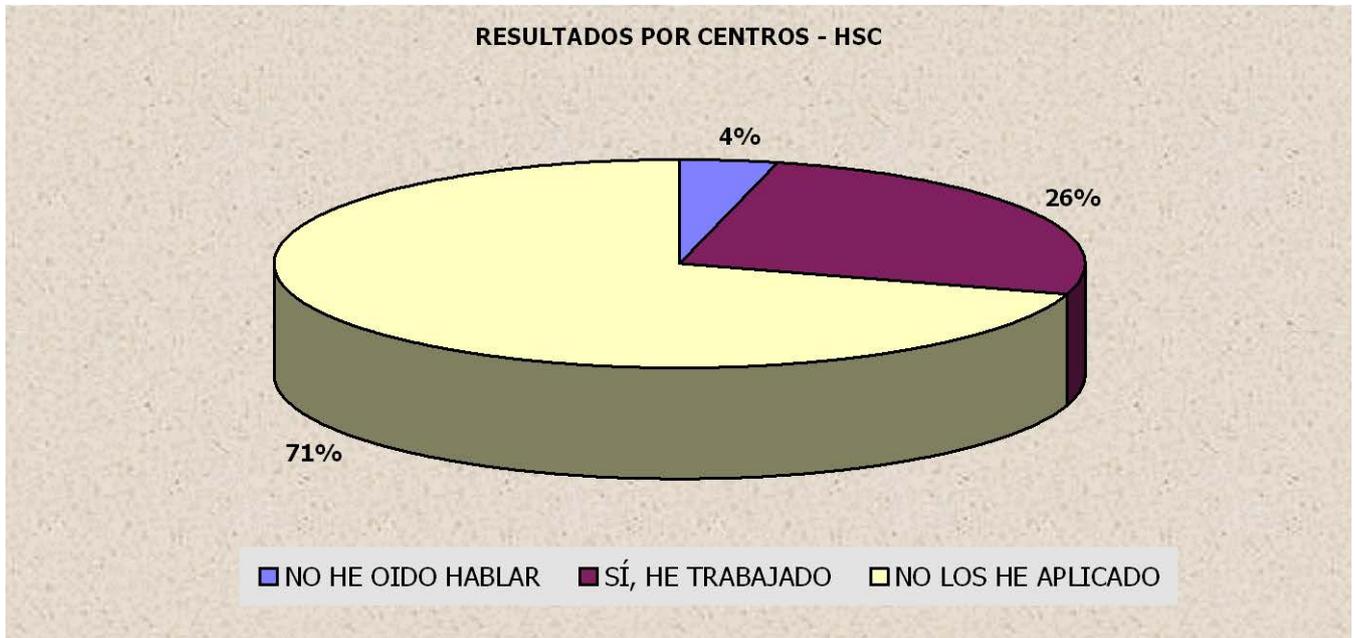


RESULTADOS POR CENTROS - GAUDÍ



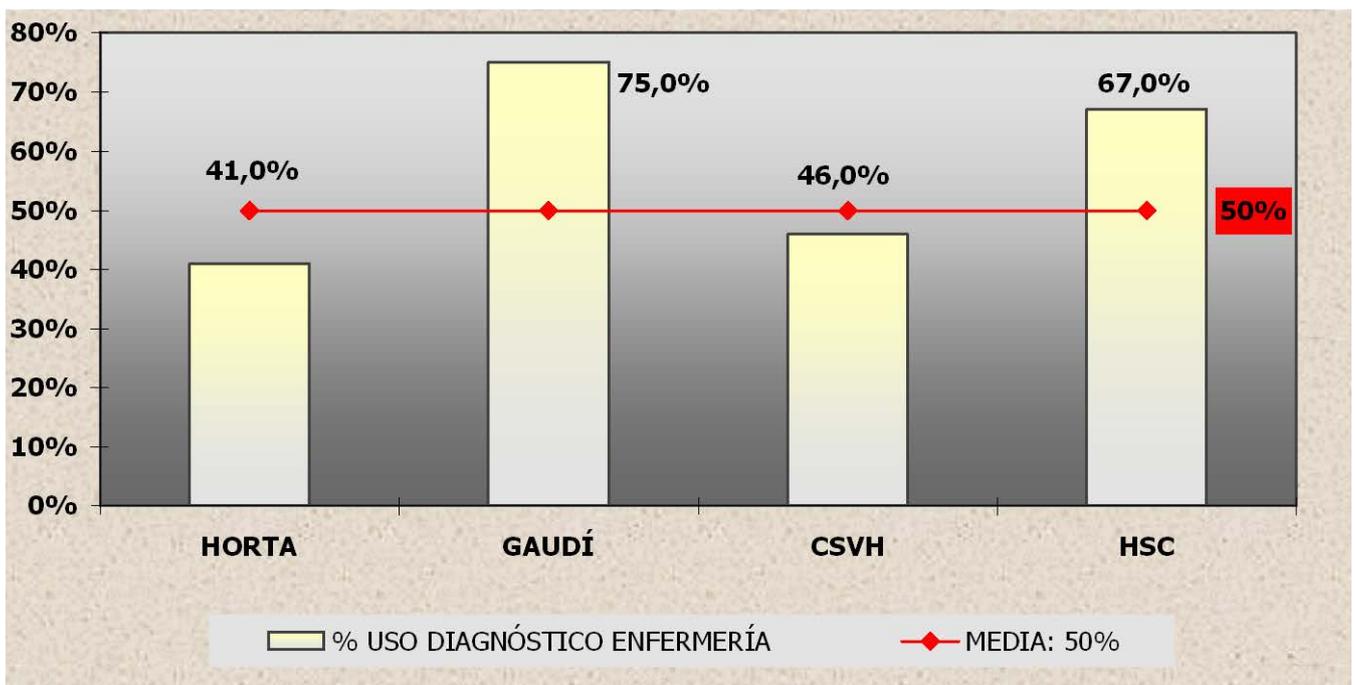
RESULTADOS POR CENTROS - CSVH





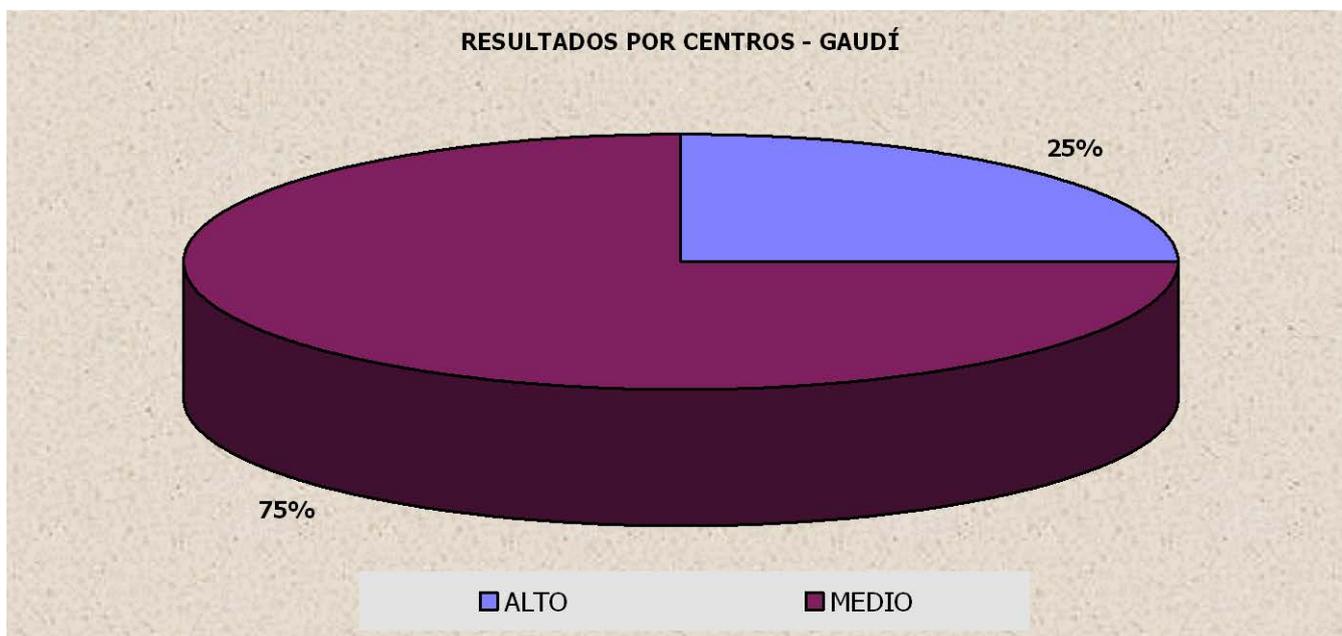
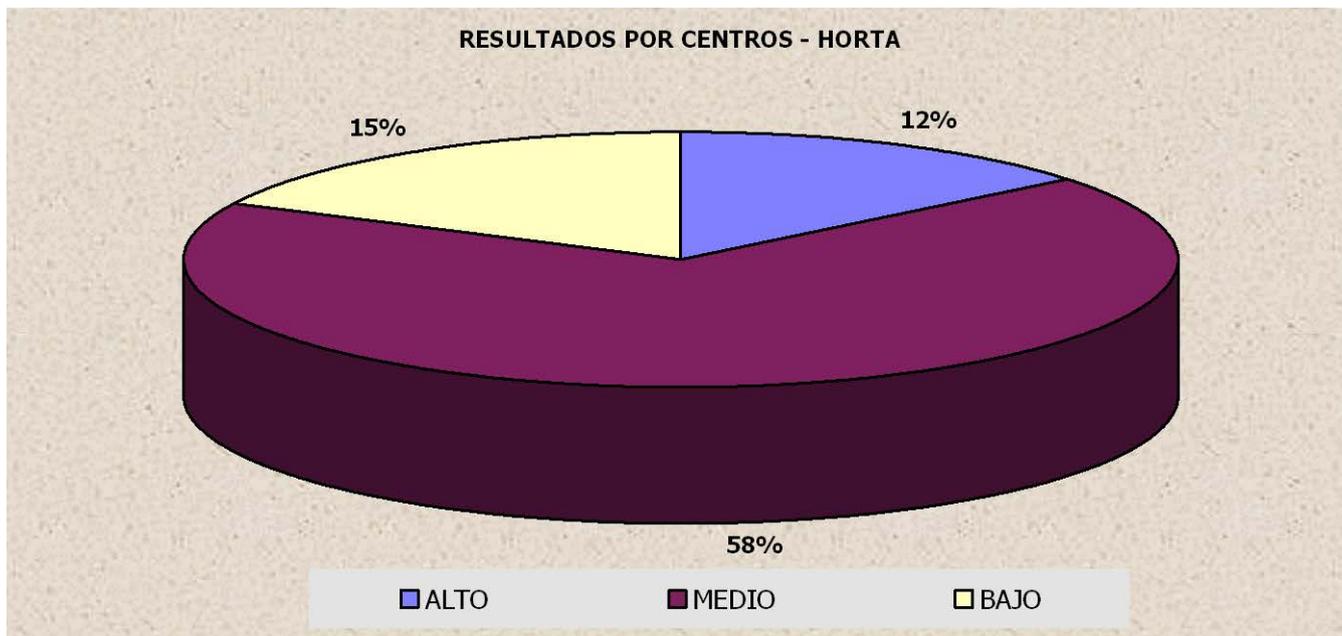
El 50% manifestó que el uso del diagnóstico de enfermería en los IAE era bueno para utilizar un lenguaje común, aunque el 39% consideró que ello no era imprescindible.

Por centros los resultados fueron:

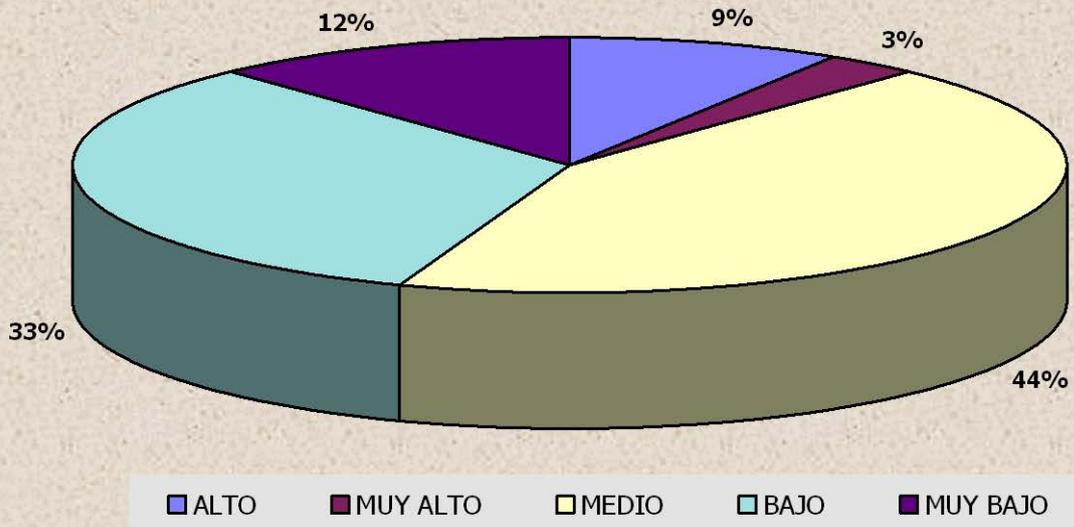


Con relación al grado de aceptación de los informes, por parte de enfermería, en el entorno laboral, la muestra se situaba en el grado medio (48%).

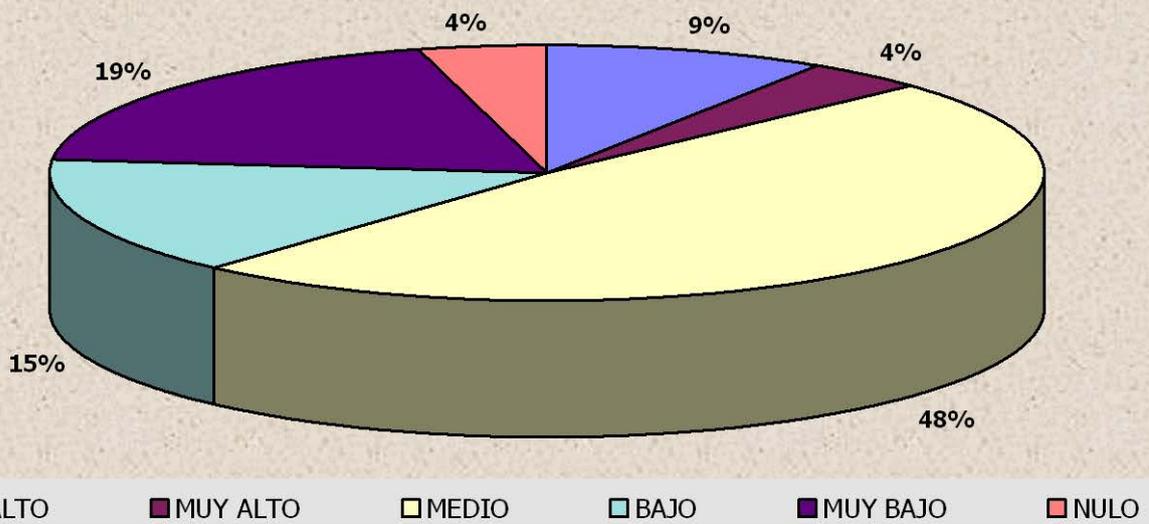
Por centros los resultados fueron:



RESULTADOS POR CENTROS - CSVH

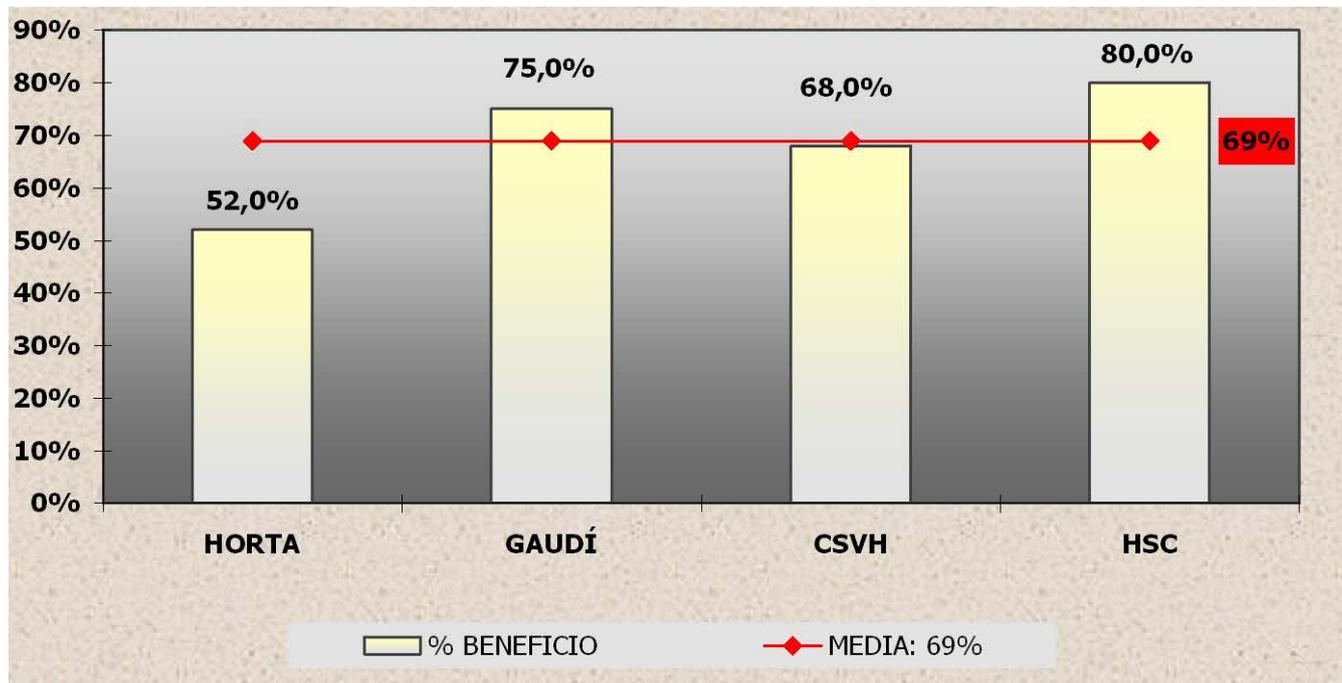


RESULTADOS POR CENTROS - HSC



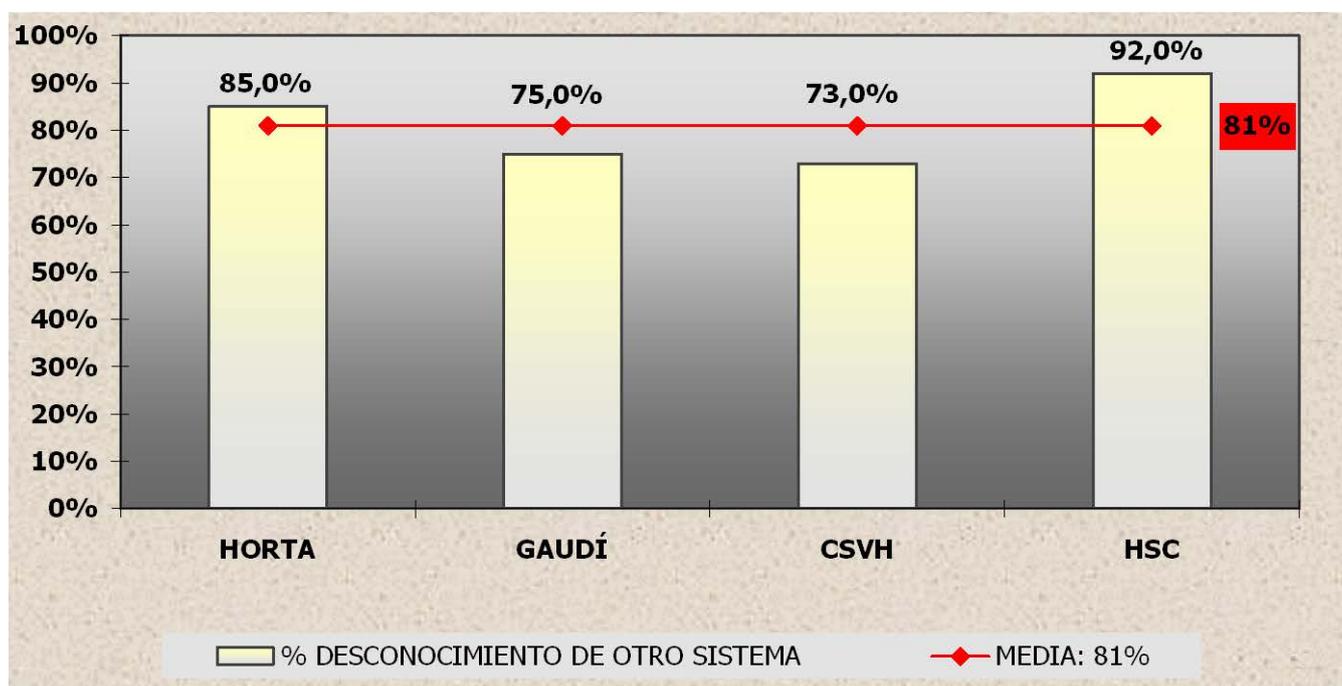
Mayoritariamente (69%), la muestra manifestó que del IAE se benefician enfermos, familia, cuidadores y enfermería de atención primaria y especializada.

Por centros los resultados fueron:



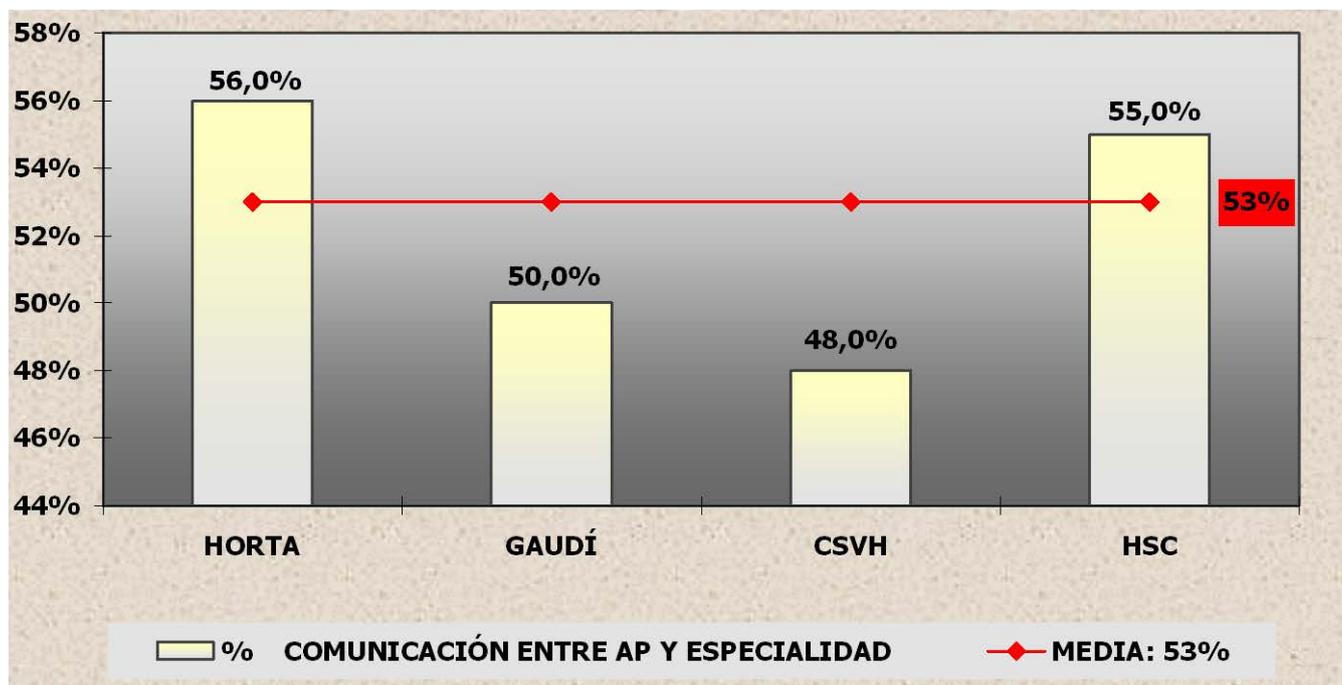
El 81% de la muestra expresó desconocer algún otro sistema o instrumento como vía de comunicación entre H y AP.

Por centros los resultados fueron:



El 53% de la muestra valora como mala o muy mala, la comunicación entre AP especializada, y el 41% la valora como regular.

Por centros los resultados fueron:



El 59% de la muestra valora como bajo o muy bajo el nivel de conocimiento del funcionamiento de cada uno de los niveles por parte del otro nivel.

