

Percepción de los enfermeros sobre el informe de cuidados de enfermería al alta en un Hospital Comarcal

Nurse perception regarding nurse care discharge report in a Regional Hospital

Autores: Montserrat Pérez Martí (1)
Tutor del trabajo: Dra. Lina Casadó (2)
Dirección de contacto: montserratperez@csap.cat
Fecha recepción: 23/08/2016
Aceptado para su publicación: 21/11/2016
Fecha de la versión definitiva: 06/02/2017

Resumen

El Informe de Cuidados de Enfermería al alta (ICE) es la parte final del proceso enfermero para garantizar la continuidad de cuidados. No obstante, existen dificultades en la cumplimentación de los registros por parte de los profesionales de enfermería. Por este motivo, es importante profundizar en este problema, desde una perspectiva diferente a la mayoría de estudios realizados, desde la propia visión de los enfermeros, para obtener unos resultados diferentes que ayuden a clarificar este documento. El objetivo es conocer la percepción sobre el ICE, integrado en la Historia Clínica Electrónica, de los enfermeros que trabajan en las unidades de hospitalización de un Hospital Comarcal. El tipo de estudio es mixto. Las técnicas de recogida de datos son el cuestionario validado de Seva Llor y la entrevista semiestructurada. En el estudio cuantitativo se realizará un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio y para la relación entre las variables mediante tablas de contingencia con el paquete estadístico SPSS 17.00. Para el estudio cualitativo se procederá a la transcripción de las entrevistas y a un examen comprensivo de su contenido y de los conceptos nativos (emic) y propios (etic), intentando hallar las unidades de significado. La información se ordenará en ejes temáticos o categorías con software de análisis cualitativo de datos Welf-qda.

Palabras clave

Procesos de Enfermería; Registros de Enfermería; Atención de Enfermería; Continuidad de la Atención al Paciente; Registros Electrónicos de Salud.

Abstract

The Nursing Care Discharge Report (NCDR) is the final part of the nursing process and is intended to ensure the continuity of care. However, nurses find difficulties when trying to follow up discharge patients and records the care they receive. Therefore, it was decided that the present study (in contrast to most others) would look at this problem from the nurses' point of view in order to obtain different results that would help clarify how this document is used. The objective was to determine how nurses who work in inpatient units of a Regional Hospital perceive the NRDC, which is integrated into patients' Electronic Health Records. It is a mixed study. Data were collected using a semi-structured interview and a questionnaire validated by Seva Llor. The quantitative study, makes a descriptive analysis of all variables included in the study and uses contingency tables from the statistical package SPSS 17.00 to establish the relationship between variables. The qualitative study, uses transcriptions of the interviews and carries out a comprehensive review of their content and the emic) and etic concepts used. The information is organized into categories or thematic axes using Welf-Qda qualitative data software.

Key words

Nursing process; Nursing Records; Nursing Care; Continuity of Patient Care; Electronic Health Records.

Categoría profesional

(1) Diplomada en Enfermería. Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería, Universidad Rovira y Virgili. Enfermera Historia Clínica Electrónica y Urgencias. Hospital Comarcal Alt Penedés. Vilafranca del Penedés. Barcelona. España.
(2) Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Máster en Antropología Médica y Salud Internacional. Doctora en Antropología. Profesora en la Universidad Rovira y Virgili.

ANTECEDENTES Y BIBLIOGRAFÍA

Revisión histórica de la historia clínica

Durante muchos años de su historia, la Historia Clínica (HC) se ha desarrollado desde una visión positivista, con omnipresencia del modelo biomé-

co (1). El papel de los/las enfermeros/as, era realizar actividades sobre la marcha, en que muchas veces no había registro debido a que se entendía implícito en su realización (2). Desde entonces ha habido una evolución histórica importante, hasta llegar a la HC actual. En la siguiente tabla se resume las características de la HC (1,2):

La HC debe ser única por paciente
Registros en tiempo real, continuo en el tiempo, longitudinal, acumulativo y ordenado
Heterogénea e integrada, debe contener todos los documentos (administrativos, asistenciales)
Confidencial y accesible para garantizar la asistencia del paciente, y cumplir con los fines descritos en la Ley 41/2002
Pertinente y relevante. Con rigor técnico y científico, conteniendo datos objetivos
Debe constar de manera legible, los datos identificativos y la firma de todo personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente
Ha de ser completamente legible e inalterable, y veraz (cierta, verdadera)
Transferible y transportable (incluso para el mismo paciente)

Tabla 1. Características de la HC. Autoría Montserrat Pérez, de información Galimany Mas-clans, J (2013) y León Molina J, Manzanera Saura JT, López Martínez P, González Nieto L (2010) (1,2)

Marco legal y contenidos de la historia clínica.

Existen diferentes leyes, que regulan la HC en España.

La ley 16/2010 define la HC como "La historia clínica es un instrumento destinado primordialmente a garantizar una asistencia adecuada a los pacientes, pero también es una fuente de información necesaria para finalidades epidemiológicas, de salud pública y de investigación o docencia, así como para llevar a cabo funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación sanitarias, que son fundamentales en el sistema sanitario. Aparte, permite que la historia clínica también pueda usarse con finalidades judiciales, de acuerdo con lo que dispongan los jueces y los tribunales en el correspondiente proceso, y cuando sea necesario por motivos de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud" (3).

Cabe destacar la importancia para el tema de estudio del Real Decreto 1096/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueban el conjunto mínimo de datos del Sistema Nacional de Salud (2). Con la aprobación de esta norma jurídica se establece una estandarización de los informes clínicos con la información clínica mínima necesaria que deben con-

tener y su estructura, con la finalidad de garantizar la homogeneidad de los contenidos de estos documentos en el sistema sanitario público, facilitar el uso compartido de la información, la comparabilidad de HC y para evitar duplicidades de exploraciones y procedimientos necesarios para la atención de la persona. Estos son:

Informe clínico de alta
Informe clínico de consulta externa
Informe clínico de urgencias
Informe clínico de atención primaria
Informe de resultados de pruebas de laboratorio
Informe de resultados de pruebas de imagen
Informe de cuidados de enfermería
Historia clínica resumida

Tabla 2. Documentos clínicos. Conjunto mínimo de datos. Autoría Montserrat Pérez, de información de Real Decreto 1096/2010 (2).

Entre los mismos, está explicitado el informe de cuidados de enfermería, motivo del presente trabajo, distribuido en cuatro partes bien diferenciadas: datos del documento (tipo de documento, fecha de firma, fecha de valoración y alta/derivación enfermera, enfermera responsable y categoría profesional, dispositivo asistencial), datos de la institución emisora (denominación del servicio de salud, denominación del proveedor de servicios, denominación y dirección del centro), datos del paciente (datos de filiación, datos de contacto, dirección del domicilio, persona de referencia y teléfono) datos del proceso asistencial (causas que generan la actuación enfermera, motivo de alta/derivación enfermera, antecedentes y entorno, diagnósticos de enfermería resueltos, protocolos asistenciales en que está incluido, valoración activa, modelo de referencia utilizado, resultados destacables, diagnósticos enfermeros activos, resultados de enfermería, intervenciones de enfermería, cuidador principal, información complementaria/observaciones) (4,5).

El hecho que los contenidos del ICE formen parte del conjunto mínimo de datos de la HC hacen que se consolide el lenguaje enfermero, con lo que se consigue un hito histórico. Los cuidados enfermeros, mediante las taxonomías de la NANDA, NIC y NOC, quedan regulados como base de la estructura del informe para describir los cuidados. Todos los centros, del Sistema Sanitario Público Español, tendrán que

definir y construir su propio informe, ateniéndose a estos criterios, por lo que se unifica y se acepta el mismo lenguaje entre ellos, haciendo que se consolide cómo lenguaje único (5). Esta información se expone más detalladamente en el apartado proceso enfermero del actual documento.

Historia clínica electrónica (HCE)

En la década de los sesenta y setenta se origina la HCE, en Estados Unidos de Norte América. En los noventa se extiende y se generaliza esta necesidad en el resto de países occidentales (1).

En España, en el año 2006, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, impulsa el proyecto de La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (6).

En Cataluña, se ha creado la Historia Clínica Compartida en Cataluña (HCCC). Su funcionamiento es como un repositorio de documentación donde participan todos los centros asistenciales de la red de utilización pública y centros privados a voluntariedad. La HCCC es un visor de información asistencial, donde se puede consultar la información relevante de forma organizada que los centros van aportando (7).

Las características más importantes, en la bibliografía consultada, a tener en cuenta para la HCE, son (6-8):

Características de la HCE

Acceso de los ciudadanos a los datos referentes a su salud.

Mejorar y facilitar el trabajo de los profesionales mediante el uso compartido de la información, independientemente del centro o localización geográfica y por consiguiente, una mejor atención.

Facilita la continuidad y coordinación asistencial entre diferentes niveles, entre atención primaria y hospitalaria.

Accesibilidad y protección de datos, de una forma segura y confidencial, mediante sistemas de identificación inequívoca, trazabilidad de los accesos, y sistemas de seguridad tecnológica.

Modelo único de HC, rápido acceso en tiempo real.

Facilitar la interoperabilidad entre los diferentes sistemas mediante estándares de integración tecnológica.

Reduce el coste sanitario y mejora la seguridad de los pacientes: reduce la realización de pruebas innecesarias y errores en la medicación.

Tabla 3. Características de la HCE. Autoría Montserrat Pérez, de información de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria (6), Marimon Suñol S, Rovira Barberà M, Acedo-Anta M, Nozal-Baldajos MA, Guanyabens-Calvet J (7), Flash-TicSalut (8).

Registros enfermeros

En la bibliografía referenciada existen diferentes definiciones de lo que se puede entender por registros de enfermería, presentado bastantes similitudes, entre ellas.

La función principal, y que es repetida por diversos autores/as, es que los registros enfermeros aseguran la continuidad de cuidados (9-10).

Aparte presentan diversas utilidades, como una evaluación práctica, una fuente de información para la investigación, facilita el progreso escrito de la profesión dejando constancia del acto de cuidado y evidenciando la aportación de enfermería al cuidado, para la docencia/formación, una herramienta para la gestión (cargas de trabajo, evaluación de resultados, asignación de recursos, etc.), legal y de seguridad para los pacientes (9,10).

No obstante, existe una dificultad en la cumplimentación de los registros por parte de los profesionales de enfermería, en que no acaba de estar toda la información relevante registrada, habiendo notas imprecisas, errores y variabilidad (9-12).

En diferente bibliografía consultada, existe la preocupación de encontrar un modelo a la práctica adecuado a los diferentes modelos teóricos de Enfermería y la necesidad de utilizar un lenguaje propio (9, 10).

El proceso enfermero nos permite organizar la documentación enfermera, dando respuesta a estas inquietudes y necesidades. Y el desarrollo tecnológico y la digitalización de registros han hecho factible su aplicación en los centros sanitarios (9).

Proceso enfermero

Los modelos conceptuales y las teorías de enfermería son considerados patrones que guían el pensamiento sobre cómo ser enfermero/a y hacer enfermería. Han contribuido a la emergencia de discursos desde los cuales se conceptualiza el cuidar como base de la profesión, diferenciándolo del curar (13).

El proceso enfermero ha permitido utilizar un lenguaje estandarizado mediante la clasificación de diagnósticos de la NANDA, y la planificación con la formulación de objetivos (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC) (14).

La utilización de este lenguaje específico, de nomenclaturas enfermeras, ha permitido una delimitación de un cuerpo de conocimientos propios enfermeros, el desarrollo de la ciencia enfermera, la

evaluación de la calidad de los cuidados enfermeros y el impacto en las políticas sanitarias (15).

En España, siguiendo la misma línea, se ha desarrollado el proyecto de Normalización de Intervenciones en la Práctica Enfermera (NIPE), basado en dos pilares fundamentales, la información y la calidad sanitaria y posibilitando cuantificar el consumo de los recursos (16)

Informe de cuidados de enfermería al alta

Durante la estancia de los pacientes en los hospitales se generan una multitud de registros, desde el día del ingreso al momento del alta, que formaran parte de su Historia Clínica.

El Informe de Cuidados de Enfermería (ICE) es el resultado final del proceso de atención de enfermería.

Además, proporciona múltiples ventajas y utilidades en diversos ámbitos, que se enumeran:

Gestión

El ICE permite conocer y evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras, permitiendo la obtención de indicadores que pueden ser utilizados para conocer la calidad del informe y de los cuidados prestados, haciendo visible la profesión. Esto tiene una influencia directa en las políticas directivas de cada institución y organismo. Numerosos autores de la bibliografía consultada hacen referencia a la relevancia de este aspecto (17-22).

Docencia e Investigación

El instrumento es una fuente valiosa para trabajos de investigación y para la formación post universitaria. Los estudiantes al consultar los registros enfermeros y el ICE, acceden a la evidencia de los cuidados. Esto les permite que los conocimientos adquiridos durante su formación adquieran significado. También les posibilita el acceso a los datos, para su análisis estadístico, su estudio y la construcción de conocimiento. La teoría aplicada a la práctica que esta a su vez vuelve a construir teoría, que permite el avance de nuestra profesión, la mejora de los cuidados, el desarrollo profesional y académico (17, 18, 23).

Satisfacción profesional.

La revisión bibliográfica pone de manifiesto que el ICE es una herramienta que refleja el trabajo en-

fermero, la naturaleza de nuestra disciplina y autonomía profesional, debido a que es utilizado un marco conceptual propio, en que la información que aporta es beneficiosa para la persona y bien diferenciada de la de otras disciplinas. Es una valoración singular y complementaria que aporta un valor único a la atención de la persona durante su estancia hospitalaria, es el reflejo de los cuidados prestados. Es visto como una herramienta que facilita el reconocimiento social y profesional y a clarificar el papel del profesional de enfermería ante la profesión que atiende (17, 18, 20, 22, 24-28).

Comunicación y satisfacción de los pacientes

Muchas personas en el momento del alta experimentan angustia en el desconocimiento de la forma de realizar sus cuidados, presentan un déficit de preparación para adaptarse a la nueva situación, el ICE puede mitigar esa ansiedad (29-31).

Es importante incluir en el ICE, la educación sanitaria, como elemento comunicativo con el paciente, la familia i/o cuidador/a principal. Con la finalidad de continuar los cuidados a domicilio, aumentar los conocimientos y la seguridad de los cuidados. Ya no es el mero hecho del paciente como sujeto pasivo que recibe los cuidados, sino como agente activo, centro de atención de los mismos (20, 25, 27, 30, 32).

Comunicación y continuidad asistencial.

Coinciden en destacar que el ICE es una herramienta de continuidad asistencial. Debido a que siempre tendríamos que considerar que el problema de salud no finaliza en el momento en que la persona es dada de alta del hospital, sino que estos cuidados no son más que una etapa más del proceso de atención al paciente en el que intervienen diferentes niveles asistenciales. Lo que hace que tengan una gran importancia los instrumentos que facilitan la comunicación entre niveles y garantizan la continuidad de cuidados, especialmente entre los profesionales de atención hospitalizada y primaria (17, 18, 28-35).

Según Carpenito, "la planificación al alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de cuidados sanitarios y de asistencia social antes y después del alta. Requiere una acción coordinada y de colaboración entre los profesionales de la salud" (36).

Esta necesidad de coordinación y continuidad asistencial, es significativa cuando se plantean cues-

tiones como el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento progresivo de la población y el aumento de enfermedades crónicas y fragilidad. Esto hace que se incremente la demanda de necesidad de cuidados por parte de los ciudadanos debido a que ésta cada vez es más grande y requiere más cuidados para atender a sus necesidades de salud. Y, por otro lado, la estancia media hospitalaria cada vez es menor, haciendo que se necesiten más cuidados en domicilio (29, 30, 32).

Normativas legales

Diversos autores, destacan la importancia del ICE como documento legal, la responsabilidad profesional y el derecho de los pacientes a tener toda su información clínica relevante registrada (5, 17, 19, 24, 27).

En la bibliografía consultada, la estructura del informe, la nomenclatura y lenguaje del mismo no se encuentran normalizadas (5, 17-21, 24, 26, 27-29, 31, 33-36). El Real Decreto 1096/2010, da respuesta a esta necesidad, consensuando y estableciendo estas características, convirtiéndose su aplicación en una normativa legal a cumplir por todos los centros asistenciales (2). Para más información véase el apartado anterior, marco legal y contenidos de la historia clínica.

Teoría de la atención burocrática

Esta teoría formal se centra en la Enfermería en organizaciones complejas, como hospitales. Equipara el concepto organización como cultura, tal como una comunidad, una construcción social donde existe interacción y se construye significado (37).

Los métodos que utilizó Ray para fundamentar la teoría fueron la teoría fundamentada, la etnografía y la fenomenología, llevando a cabo su estudio en el contexto hospitalario (37, 38).

La obra de Ray se vio influida por la filosofía de Hegel, en que la tesis (el ser), y la antítesis (el no ser), se invalidan y se reconcilian en la síntesis (nueva forma). La tesis del cuidado (humanista, espiritual, social, ética y educacional) y la antítesis de la burocracia (tecnológica, económica, política y legal) se reconcilian y sintetizan en una fuerza unitiva, los cuidados burocráticos. La síntesis como un proceso de conversión, es una transformación, cocrean patrones de conducta humana y patrones de cuidados. Este proceso continúa repitiéndose (tesis, antítesis, síntesis) siempre cambiante, emergente y transformador. Coexisten fenómenos que son antitéticos (37-39).



Imagen 1. Tesis, antítesis, síntesis en la teoría de la atención burocrática.
Autoría propia información Coffman S (87), Turkel MC (38).

Ray también basó su estudio en la teoría del caos, en que describe cómo el orden y el desorden se desarrollan de forma simultánea, y que, dentro del estado del caos, el sistema mantiene unos límites que están bien ordenados, aquello que parece aleatorio pertenece a un patrón más extenso. Ray nos invita a mantener una mente creativa y a vislumbrar los episodios rígidos, que impiden el avance y el progreso, para favorecer el cambio en las organizaciones (37).

Ray también utiliza el concepto de complejidad, que se centra en la totalidad y la holonomía.

Coffman menciona "Los sistemas complejos, como las organizaciones, tienen muchos agentes que interactúan entre sí de múltiples maneras. En consecuencia, estos sistemas son dinámicos y siempre están cambiando. Los sistemas se comportan de una manera no lineal porque no reaccionan de manera proporcional a las entradas. Entradas pequeñas pueden tener efectos grandes y pueden crear efectos diferentes en momentos diferentes" (37).

Un ejemplo sería el hecho de elaborar el Informe de Cuidados de Enfermería al alta puede percibirse de manera diferente en un día tranquilo de trabajo, que un día atareado con múltiples interrupciones. El análisis del ICE puede entenderse mejor, considerando todos los factores relevantes relacionados.

Las autoras Coffman y Turkel refieren "La conceptualización del holograma muestra cómo todas las estructuras se interpretan entre sí y son interpretadas por otras estructuras, de modo que la parte es el todo y el todo se refleja en las partes" (37,38). Holograma, en el sentido de totalidad, de interconexión en cada una de sus partes, capaz de auto organizarse, de mantener un orden inexplicable.

La Teoría de la Atención Burocrática muestra cómo el cuidado de enfermería se desarrolla y es influenciado por la estructura social o cultural de la organización. La atención de enfermería se interrelaciona y convive entre dar respuesta a las necesidades de la burocracia y dar respuesta a las necesidades humanas de cuidados. Relacionado con el tema de estudio un/a enfermero/a puede considerar necesario realizar el ICE para cumplir con los requerimientos legales y políticos o bien por ser considerado un instrumento que aporta valor al cuidado enfermero.

La Dra. Ray refiere que, si confiamos sólo en teorías administrativas o bien en teorías centradas únicamente en la relación enfermero/a paciente, se pone en peligro el desarrollo de una nueva estructura que guíe la práctica en las organizaciones contemporáneas en que priman los beneficios económicos y la competitividad y, que a la vez, ha habido un resurgimiento de la Enfermería como arte de la ciencia centrada en el cuidado humano. La Teoría de la Atención Burocrática clarifica el significado del cuidado humano en organizaciones complejas, situándolo en el centro del holograma, formando parte esencial de la gestión de los hospitales (39).

HIPÓTESIS

La realidad empírica de los profesionales¹ de enfermería del hospital presenta un desequilibrio en sus expectativas profesionales para la correcta cumplimentación del Informe de Cuidados de Enfermería al alta y el posterior alcance de los resultados esperados con la instauración del documento en la HCE que asegure la continuidad de cuidados.

¹Se utiliza el termino enfermero para referirnos a profesionales de ambos sexos, siguiendo las recomendaciones de la Real Academia Española (RAE) (40)

En estudios posteriores realizados por Turkel y Ray sobre la Teoría de la Atención Burocrática hallaron que el personal de enfermería describía la esencia de la enfermería como la relación del cuidado entre el/la enfermero/a y el paciente (38).

Asemejándose a las expectativas profesionales que los profesionales de enfermería pueden llegar a tener cuando se disponen a atender a sus pacientes al inicio de la jornada laboral, en que sitúan el cuidado en el centro o motor que guía su práctica.

Pero los resultados esperados son diferentes, debido a que el cuidado en las organizaciones complejas está relacionado con los factores burocráticos, entre ellos, los factores económicos. Los/as enfermeros/as se debaten y hacen malabarismos para cumplir con las expectativas económicas y burocráticas y las necesidades de sus pacientes (38).

En el estudio realizado por Turkel y Ray, el cuidado aumenta la satisfacción de los pacientes, y tiene que ser considerado como una oportunidad del gasto, como aquello que aporta calidad a la organización, el cuidado se debería medir como un recurso económico primordial en cualquier sistema sanitario. La falta de tiempo y una inadecuada plantilla se ha identificado como problemas que dificultan el cuidado enfermero/a-paciente (38).

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer la percepción sobre el ICE integrado en la HCE de los enfermeros de las unidades de hospitalización del hospital durante el 2016.

Objetivos específicos

- Conocer las características sociodemográficas y laborales de los enfermeros de las unidades de hospitalización del hospital
- Explorar los conocimientos y la formación de los enfermeros sobre los registros enfermeros
- Determinar las características y contenidos que debe incluir el registro.
- Identificar cuáles son las dificultades de los enfermeros al elaborar el registro.

- Conocer las circunstancias en que los enfermeros realizan el registro.
- Identificar intervenciones o propuestas de mejora que faciliten la consolidación del registro entre los enfermeros.

METODOLOGIA

Diseño, metodología y justificación

Tipo de estudio

El estudio es de tipo mixto: utilizando metodología cuantitativa y cualitativa.

Primero se llevaría a cabo un estudio descriptivo, transversal, mediante un cuestionario validado que nos permite realizar a todos los individuos las mismas preguntas, de la misma manera y con la misma secuencia, con la finalidad de conseguir la máxima comparabilidad de información, desde una perspectiva general, vista desde fuera, desde la experiencia distante del investigador, universal, que nos permita realizar afirmaciones generalizadas sobre los datos mediante el método deductivo del tema de estudio.

Después se realizaría un estudio cualitativo, mediante la entrevista semiestructurada, para captar la perspectiva del actor, desde dentro, la perspectiva particular de cada sujeto, con aproximación cercana del entrevistador, en que los datos surgen de la observación de la realidad empírica, desde los significados, experiencia vivida de los enfermeros, aplicando en método inductivo para la construcción de conocimiento.

Se utilizará como marco de interpretación la fenomenología, para conocer la perspectiva individual de las otras personas, de cómo lo expresan, la esencia de cómo lo experimentan, con sus propias palabras, de los elementos tácitos (no explícitos), para luego situarla en un contexto.

Unidad de observación

La unidad de estudio será el Hospital Comarcal del Alt Penedés. Dispone de una plantilla de jornada completa de 394,20 trabajadores/as a diciembre de 2015. De los cuales, 119,33 personal asistencial de grado medio en total (de todos los turnos y servicios) (41).

Unidad de análisis

- Percepción de los/las enfermeros/as sobre el ICE
- Percepción de los/las enfermeros/as sobre los contenidos del ICE.
- Percepción de los/las enfermeros/as sobre los registros enfermeros
- Período de estudio
- El periodo de estudio será de 17 meses.

Población y muestra

Población objetivo, diana, referencia

Serán todos los enfermeros que trabajan en el hospital.

Población de estudio accesible

Serán todos los enfermeros que trabajan en el hospital y que cumplan con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Que estén contratados y que trabajen activamente
- Que desarrollen su actividad asistencial en las unidades de hospitalización médica y quirúrgica
- Que acepten participar voluntariamente en el estudio

Para la entrevista semiestructurada que dispongan de un nivel de competencia, según el modelo de adquisición de habilidades de Benner, de competente, con un tiempo de permanencia en el servicio, superior a tres años, que le permita conocerlo y estar situado/a (42).

Criterios de exclusión

Que desarrollen su actividad asistencial exclusivamente en la unidad de toco-ginecología y obstetricia.

Que desarrollen su actividad asistencial exclusivamente en otros servicios: consultas externas, urgencias y quirófanos.

Que estén en situación de baja en el momento de la recogida de datos

Para la entrevista semiestructurada, que trabajen en el turno de noche

Tamaño de la muestra (cuestionario)

El tamaño de la muestra en que se distribuirán los cuestionarios, será el mismo que la población de estudio accesible, ya que esta es muy pequeña. La técnica de muestreo será no probabilístico, consecutivo, todos los/las enfermeros/as que cumplan los criterios de inclusión dentro del período de estudio. Admitiendo como válida, después de recoger todas las encuestas, y asumiendo un porcentaje de no respuestas, un porcentaje de participación de un 75%.

Selección de los informantes (entrevista semiestructurada)

El diseño de la investigación será flexible, se ha planteado una idea general sobre las personas a entrevistar y el modo de encontrarlas, aunque esto puede variar más adelante dependiendo de las entrevistas iniciales (43).

Se utilizará la estrategia de muestreo teórico como guía para seleccionar las personas a entrevistar (43).

Primero se realizarán entrevistas con varios informantes, por considerarse sujetos clave para el tema de estudio. Se escogerán un total de 11 informantes, que haya, al menos una persona representante de cada una de las unidades, de personal estable y complementario, del turno de mañana y tarde.

Después se diversificará deliberadamente el tipo de personas entrevistadas hasta descubrir toda la gama de perspectivas de las personas sobre el tema de estudio.

No obstante, se tendrá en cuenta, que al ser un método inductivo, donde el propio campo es el que encamina la investigación, construyéndose a sí misma, y dependiendo también de la posibilidad de acceso al campo, la selección de informantes puede variar.

Instrumentos

Los instrumentos de recogida de información serán el cuestionario y la entrevista semiestructurada.

Para el primer instrumento, se utilizará el cuestionario validado por Seva Llor, en 2011 (44), que mide la percepción de los enfermeros en cuanto al

informe de cuidados de enfermería al alta (anexo 2). El cuestionario seleccionado tiene como objetivo proveer una amplia perspectiva de la situación actual del informe de los diferentes hospitales de la región de Murcia. Se trata de un cuestionario de 40 ítems, que incluye tres apartados bien diferenciados: información general demográfica-laboral, informe de alta-seguridad del paciente, implantación del informe de enfermería al alta.

Información general demográfica-laboral: incluye 25 preguntas, englobadas en 4 categorías. Los datos generales (preguntas 1-4), datos relacionados con la formación (preguntas 5-8), datos laborales generales (preguntas 9-20) y opinión de los enfermeros en relación al ICE (preguntas de 21-25).

De toda la información general demográfica-laboral, las respuestas nos proporcionan datos nominales (dicotómicas tipo sí/no o con listado de opciones), ordinales (categóricas tipo de acuerdo, en desacuerdo, regular de acuerdo), y cuantitativas (tipo edad, número de enfermeras en el turno).

Se han eliminado 5 preguntas, debido a que en este trabajo sólo se estudia un hospital que es conocido. Siguiendo las recomendaciones de Sánchez, "el cuestionario debe incluir únicamente preguntas relevantes para la investigación....evitando alargarlo injustificadamente" (45).

Estas son: centro sanitario del estudio, si existe HC digital y el tipo que sería la Historia Electrónica existente en el hospital, si existe ordenador como recurso de trabajo que sería que existe en todas las unidades y servicios para realizar la actividad laboral diaria, y si redacta el ICE cuando el paciente es trasladado a otro servicio dentro del mismo hospital porque no se realiza.

Se han modificado las respuestas a 3 preguntas, adecuándolas a la realidad de la unidad de estudio: en servicio de trabajo se han eliminado los servicios inexistentes en el hospital como la UCI, el tipo de contrato se ha utilizado un lenguaje más acorde (temporal por TP-I, fijo-indefinido por fijo, y sustitución por TP-II), y el cargo desempeñado se ha eliminado los cargos de enfermera de dirección porque solo hay una y enfermera de formación-docencia porque no existe este cargo.

Informe de alta- seguridad del paciente: incluye 7 preguntas, englobadas en 3 categorías. La relación del ICE y la seguridad del paciente (pre-

gunta 26), relación del ICE y la continuidad de cuidados (preguntas 27 y 28) y la existencia de protocolos enfermeros y conocimiento de las taxonomías (preguntas 29-33).

Las respuestas son de tipo nominales, dicotómicas (sí/no).

Se excluye, 1 pregunta referente a la no utilización institucional en la planificación de actividades con la terminología NIC/NOC.

Implantación del Informe de Enfermería al Alta: con 7 preguntas, englobadas en 3 categorías, todas ellas relacionadas con las fuentes de dificultad. Relación ICE con necesidades formativas (preguntas 34 y 35), relación del ICE con cargas de trabajo (preguntas 36 y 37) y relación ICE con otros profesionales (preguntas 38-40).

Para el segundo instrumento se utilizará la entrevista semiestructurada (anexo 3), con preguntas abiertas, para que sirvan de orientación y preparación previa para realizar la entrevista en profundidad, para establecer un diálogo con los entrevistados, en que dispongan de libertad para hablar, expresar y construir sus pensamientos, para conocer su percepción e impresión sobre los objetivos planteados.

Para la elaboración de los conceptos incluidos en la entrevista se utilizará la bibliografía y la información obtenida del cuestionario:

Datos sociodemográficos y percepción de el/la enfermero/a sobre el Informe de Cuidados de enfermería al alta. Se utilizarían preguntas de tipo descriptivo, para facilitar al informante que describa acontecimientos, momentos en que haya elaborado el ICE, esto le permitirá a esta persona hablar sobre lo que ella considera importante, si fue el formato del documento, las dificultades encontradas, la comunicación con el paciente o sus familias, etc.

Después continuaríamos con preguntas más específicas, consideraciones de los entrevistados sobre los contenidos que debería incluir el informe, utilización del registro, en qué momento lo realiza, dónde lo elabora, lo entrega al paciente y/o a la familia, cómo lo experimenta, relación ICE con dificultades y percepción sobre necesidades formativas, la estandarización de cuidados, los lenguajes enfermeros, y si esta formación la consideran necesaria para su práctica clínica, si aporta valor, si consideran cuanto mayor formación mejor es la vivencia y experiencia ante el ICE o que no es un factor relevante a destacar.

Variables cuestionario

Variables dependientes

Opinión/utilización de la Historia de Enfermería y el ICE

- Grado de acuerdo en la realización del ICE: ordinal
- Grado de acuerdo en realizar la Historia de Enfermería: ordinal
- Realización Historia de Enfermería con cada ingreso: nominal, dicotómica
- Realización del ICE con el alta médica: nominal, dicotómica
- Entrega del ICE al paciente/familia: nominal/dicotómica
- Relación ICE con el nivel académico enfermero: nominal, dicotómica
- Relación ICE seguridad y continuidad asistencial
- Relación ICE y seguridad de paciente: nominal, dicotómica
- Relación ICE y futuras intervenciones enfermeras: nominal, dicotómica
- Relación ICE y continuidad asistencial: nominal, dicotómica

Dificultades/problemas para realizar el ICE

- Cargas de trabajo como impedimento para realizar el ICE: nominal, dicotómica
- Relación ICE con otras actividades enfermeras: nominal, dicotómica
- Relación colectivo médico para realizar el ICE: nominal, dicotómica
- Relación auxiliares de enfermería para realizar el ICE: nominal, dicotómica
- Relación otros profesionales para realizar el ICE: nominal, dicotómica

Variables independientes

- Formación/conocimiento de los profesionales
- Grado académico: posesión grado académico superior a la Diplomatura de Enfermería. Ordinal. Dicotómica.

- Formación no reglada/continuada: horas de formación en los últimos 24m. Ordinal.
- Nivel académico: estudios que ha realizado superiores a la Diplomatura de Enfermería. Ordinal.
- Año nivel académico: año de obtención estudios superiores. Ordinal.
- Nivel de conocimientos nuevas tecnologías: habilidad de uso. Ordinal.
- Conocimiento por parte del usuario de la existencia de una comisión de planes de cuidados: nominal, dicotómica
- Estudios universitarios de NIC/NOC: nominal, dicotómica
- Utilización de la NANDA en la práctica diaria: nominal, dicotómica
- Estudios formación continuada NANDA/NIC/NOC: nominal, dicotómica
- Necesidades formativas del usuario hacia el ICE: nominal, dicotómica
- Estudios formación continuada Historia de enfermería: nominal, dicotómica
- Sexo: nominal, dicotómica
- Edad: edad en años en el momento del cuestionario. Cuantitativa, discreta.
- Año titulación: año de obtención del título como enfermero/a. Cuantitativa, discreta.
- Horario de trabajo: turnos de trabajo habitual. Nominal
- Servicio: servicio de trabajo habitual en el momento de la entrevista. Nominal.
- Tipo de contrato: tipo de contrato en el momento del cuestionario. Nominal
- Número pacientes por unidad: unidad habitual de trabajo. Cuantitativa, discreta
- Existencia sistema de cuantificación cargas de trabajo: nominal, dicotómica
- Sistema de cuantificación de cargas de trabajo: descripción de los sistemas existentes. Nominal.
- Ratio enfermero-paciente adecuado a las cargas de trabajo: para cubrir las necesidades de los pacientes y para realizar el trabajo diario. Nominal, dicotómica

- Ratio enfermero-paciente: nº enfermeros/as turno mañana, tarde y noche. Cuantitativa, discreta.
- Sistema de estandarización de cuidados en el servicio: nominal, dicotómica
- Cargo de trabajo: cargo desarrollado en el momento del cuestionario. Ordinal.
- Herramientas registros enfermeros: sistema de registro habitual. Nominal

Procedimiento para la recogida de datos

Antes de realizar el procedimiento de la recogida de datos, se solicitará permiso oficial a la Dirección de Enfermería para el desarrollo del estudio.

Los cuestionarios se entregarán en persona, en formato papel, a cada una de los/las enfermeros/as del hospital que cumplan con los criterios de inclusión, informándolas sobre el estudio, y pidiendo su colaboración. Se les entregará una copia del cuestionario, que irá acompañado de una breve explicación sobre el tipo y finalidad del estudio, instrucciones de cumplimentación, confidencialidad y anonimato de los datos. Se dispondrá de un buzón en cada servicio para depositarlos.

El tiempo de recogida de datos será de dos meses, y se irán retirando las encuestas cumplimentadas de los buzones cada semana. Se enviarán recordatorios mediante el correo electrónico corporativo, para estimular la participación.

Para las entrevistas semiestructuradas, se realizará un primer contacto previo con las informantes, mediante el diálogo personal, en el campo de estudio, donde se les informará del tipo de estudio, la finalidad, la grabación de la entrevista, el anonimato de las identidades y se les solicitará su participación y autorización en el mismo.

Posteriormente, se volverá a establecer el contacto, mediante el diálogo personal, para concretar el día y el lugar. Se procurará encontrar un lugar tranquilo, neutral, libre de interrupciones, y un momento en que el entrevistado se sienta libre de obligaciones, para que se pueda sentir relajado y cómodo.

Antes de comenzar la entrevista, se explicará y se solicitará el consentimiento informado a cada participante, y se procederá a su grabación.

Durante la entrevista, se procurará establecer un ambiente de acercamiento, de comprensión de la visión de la otra persona, prestando atención, sin

juicios de valor, a través de la empatía, a través del diálogo y de la interacción mutua, permitiendo el tiempo y espacio para que la informante se pueda explicar, respetando los silencios, para que pueda vivir la experiencia, construir el significado, replanteando preguntas y profundizando en otras a través del lenguaje y la expresión de sentimientos.

Según Taylor y Bodgan "prestar atención significa comunicar un interés sincero en lo que los informantes están diciendo, y saber cuándo y cómo indagar formulando la pregunta correcta" (43). A través de la escucha activa, de la atención hacia lo que la otra persona está comunicando, se han de formular preguntas, que ayuden a los informantes a clarificar las respuestas, hasta estar seguros de entender lo que realmente ha dicho, también se debe tener en cuenta que todo individuo mostrará u ocultará, en mayor grado su experiencia, sobre todo los hechos importantes y significativos.

Finalmente, se procederá a su transcripción y también se anotarán la comunicación no verbal observada como risas, silencios, quinesia, y la impresión subjetiva del entrevistador sobre la entrevista realizada.

El tiempo para realizar y transcribir las entrevistas de los sujetos de estudio será 4 meses, dependiendo del número de entrevistas realizadas que nos permitan llegar a la saturación de datos.

Aunque una entrevista requiere por lo general unas 2 horas (43). La frecuencia y la extensión de las entrevistas dependerán de las perspectivas agendas, de los tiempos que marcan los propios participantes durante el transcurso de la misma.

Análisis de datos

Análisis cuantitativo

Primero se realizará un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Para cada una de las variables categóricas se expresarán los resultados en porcentajes y frecuencias. Y para cada una de las variables cuantitativas (edad, año de titulación diplomatura en enfermería, número de pacientes por unidad, ratio enfermero/a-paciente) se establecerá la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y se calcularán medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y variables de dispersión (varianza). Para facilitar el estudio posterior de estas variables cuantitativas se recodificarán en categóricas según el caso.

Para estudiar la relación entre las diferentes variables, se realizará análisis bivariante, mediante tablas de contingencia. La determinación de su correlación, teniendo en cuenta el tamaño de la muestra, se realizará mediante prueba exacta de Fisher o Razón de Verisimilitudes. En caso de existir asociación, se establecería el coeficiente de asociación más adecuado según la naturaleza de las variables.

Se considerará un nivel de significación con $p < 0,05$ y el análisis estadístico se realizará con SPSS 17.00 (Statistical Package for Social Sciences).

Análisis cualitativo

El análisis de la investigación, estará presente en todo momento, al definir el problema, construir la hipótesis, en la revisión bibliográfica, en la recogida de la información, en la transcripción de las entrevistas, en su análisis y redacción posterior del informe.

Después de cada una de las entrevistas realizadas, se realizará su transcripción en su totalidad, lo antes posible, mediante un procesador de textos.

De la lectura de las transcripciones, se llevará un análisis comprensivo de su contenido, analizando el uso de conceptos nativos (eémic) y propios (eéctic), e intentando vislumbrar las unidades de significado, utilizando la información tal cual fue expresada, con el mismo lenguaje, y prestando especial atención a la comunicación no verbal.

A medida que transcurra la investigación, y se realice cada una de las lecturas, se irá centrando el enfoque de la investigación.

Se agrupará y ordenará la información en ejes temáticos, categorías que nos muestren los aspectos más importantes relacionados con los objetivos del estudio.

Para ello, se utilizará como recurso el software de análisis cualitativo de los datos Welf-qda (programa libre) para Windows.

Validación de la información

Se realizará una triangulación metodológica entre métodos de Denzin con la revisión bibliográfica, y dos instrumentos de recogida de datos: el cuestionario y la entrevista semiestructurada.

Aspectos éticos

Se solicitará autorización al Comité de Bioética e Investigación Clínica de Bellvitge y se solicitará consentimiento informado a los/las enfermeros/as que participen en las entrevistas semiestructuradas.

Se ha solicitado autorización a la autora del cuestionario, Seva Llor, para obtener la autorización correspondiente para su utilización.

Los investigadores se comprometen a mantener la confidencialidad de los datos. Durante el proceso de obtención de datos, análisis, informe y comunicación de resultados, se preservará la identidad de los participantes en el estudio.

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIOSANITARIA DEL ESTUDIO

Este proyecto de investigación, aportará un nivel de análisis diferente a la mayoría de estudios realizados, aplicando el paradigma cualitativo, para conocer y profundizar en los elementos tácitos y obtener unos resultados diferentes que ayuden a clarificar y a complementar la información sobre la situación actual del ICE.

Además, el campo de estudio es un hospital comarcal de Cataluña, que es una comunidad en la que no hemos encontrado información relativa a estudios similares, y creemos que sería interesante vislumbrar si hay semejanzas o discrepancias con otros trabajos realizados en otros territorios en que hay disimilitudes en el despliegue de las políticas sanitarias.

Este estudio nos ayudará a acercarnos a la realidad empírica de los registros enfermeros y a profundizar en el conocimiento del ICE. Este conocimiento nos permitirá acercarnos a las necesidades sentidas de los profesionales de enfermería, para proponer acciones de mejora que nos permitan elaborar un informe que nos permita dar respuesta a nuestra responsabilidad profesional y que ayude en el avance de nuestra profesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Galimany Masclans, J. Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria. Valoración de las enfermeras [Tesis doctoral] Barcelona; Universidad de Barcelona 2013 [citado 22 dic 2014]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/browse?value=Galimany+Masclans%2C+Jordi&type=author>
- León Molina J, Manzanera Saura JT, López Martínez P, González Nieto L. Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica. Aspectos jurídicos. *Enferm Global* [Internet]. 2010 [citado 3 enero 2015]; 9 (2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/107331>
- Boletín oficial del estado. Ley 16/2010, de 3 de junio, de derechos de información concierne a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica [Internet]. España. BOE 156. (28/06/2010), [citado 3 ene 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/06/28/pdfs/BOE-A-201010215.pdf>
- Boletín oficial del estado. Real Decreto 1096/2010, de 16 de septiembre, por el cual se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. España; p. 1-26, [citado 10 ene 2015] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>
- Castillo Gómez MT; Torre Lloveras, P. Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos: Informe de cuidados de Enfermería. Real Decreto 1093/2010. *AgInf* 15(3); 2011 Sep. Disponible en: <http://www.agoradenfermeria.eu/?error=4&view=contacte&lang=CAST>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Instituto de información sanitaria [Internet]. Madrid: 2006, [citado 3 ene 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/home.htm>
- Marimon Suñol S, Rovira Barberà M, Acedo-Anta M, Nozal-Baldajos MA, Guanyabens Calvet J. Historia Clínica Compartida en Cataluña. *Med Clin (Bar)* 2010; 134 (supl1):45-48.
- El despliegue de la Historia Clínica Electrónica mejora la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la comunicación [Internet]. Barcelona: FlashTicSalut (última actualización 5 de mayo de 2013, citado 4 ene 2014). Disponible en: <http://www.ticsalut.cat/flashticsalut/html/ca/articles/doc36490.html>
- Calero Romero MR, González FL. El registro de enfermería como parte del cuidado, En: neuroenfermería ante la patología tumoral y degenerativa. XXXVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en neurociencias; 2014; Granada, España.
- Ortiz Carrillo O, Chávez MS. El registro de enfermería como parte del cuidado. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Cauca [Internet]. 2006 [citado 15 ene 2015]. Disponible en: [file:///C:/Users/u09443/Downloads/REGISTRO%20DE%20ENFERMER%C3%8DA%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/u09443/Downloads/REGISTRO%20DE%20ENFERMER%C3%8DA%20(1).pdf)
- Saranto K, Ulla Mari K. Evaluating nursing documentation-research designs and methods: systematic review. *J Adv Nurs* 2009; 65(3):464-76
- Amezcuca M. La calidad en la documentación clínica de enfermería. Del papeleo a los registros para el cuidado. *Index Enferm* 1995; 11.
- Miró Bonet M. Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales. *Enferm clínica* 2010; 20 (6):360-365
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificación 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) [Internet]. Barcelona [citado 13 ene 2015]. Disponible en: <http://www.aentde.com/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Proyecto de Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería (NIPE) [Internet]. 2000 [citado 13 ene 2015]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/proyecNIPE.htm>
- Ballesteros García M, Jiménez Navascués L, Ruiz Gómez MC. Revisión bibliográfica del informe de valoración al alta de enfermería. *Gerokomos* 2004; 15(4):209-16.
- Grupo de enfermería Gestora de Casos Hospitalaria de Granada. Relevancia del contenido y transmisión del Informe de Enfermería al Alta hospitalaria. *Evidentia* [Internet]. 2011 [citado 15 dic 2014];8 (36):1-6. Disponible en: www.Indexf.com/evidentia/n36/ev7623.php
- Ruiz Gómez MC. Utilización del diagnóstico enfermero en los informes de enfermería al alta hos-

- pitalaria. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2005 [citado 14 dic 2014]; 1:1–12. Disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0012.php
20. Márquez Alonso A. Informe de enfermería al alta hospitalaria: herramienta imprescindible para garantizar la continuidad asistencial. Hygia [Internet]. 2006,[citado 10 ene 2015]; 64. Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=267751
 21. Rivas Cilleros E, Velasco Montes J, López Alonso JC. Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización. Nuberos Científica Colegio de Enfermería de Cantabria [Internet]. 2013 [citado 10 dic 2014]; 1. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/8/52>
 22. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias. Del Informe de Enfermería al alta de urgencias. Ciber Rev –Esp- [Internet]. 2006 [citado 12 ene 2015]. Disponible en: http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2005/diciembre/informealta.htm
 23. Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, de Haro Marín S. Valoración de los profesionales enfermeros del informe de alta de cuidados intensivos. Metas de Enferm. 2004; 7(4):6–10.
 24. Sierra Talamante C, Sayas Chuliá V, Famoso Poveda MJ, Muñoz Izquierdo A, Peiró Andrés A, Garrigós Hernández E, et al. Continuidad de cuidados: alta de enfermería. Rev Enferm Cardiol. 2007;41:35–40.
 25. Egea González SC, Bravo Esteban AM. Opinión y realidad del informe de alta de enfermería en el Servicio de Urología. Enfuro [Internet]. 2007 [citado 12 ene 2015];104, 6-10. Disponible en: <http://www.enfuro.es/images/Revistas%20ENFURO/Enfuro104.pdf>
 26. Chica Fernández MJ, Costa Ruiz A, Rodríguez Villagordo MJ, Sanchez Salmerón A, Torres Gómez J. Informe alta enfermería: historia clínica integral. Enfuro [Internet]. 2012 [citado 12 ene 2015]; 122 (1625):19–24. Disponible en: <http://www.enfuro.es/enfuro-2012.html>
 27. Torné Ortega MJ, Díaz Domínguez MJ. Razones de la no cumplimentación del Informe Continuidad de Cuidados en el Área de Hospitalización Quirúrgica de un Hospital de Agudos. Rev Tesela [Internet]. 2013 [citado 14 ene 2015]; 13:7–11. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts13/ts8056.php>
 28. Caamaño C, Sáinz A, Martínez JR, Alonso M, Carro J. Evolución y valoración de la calidad del informe de enfermería al alta. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2004 [citado 15 ene 2015]; 19(6):396–401. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X04777301>
 29. Carmona Heredia D, Pérez Sánchez JA, Márquez Mejías R, García Muñoz MD. Informe de Enfermería al Alta en el servicio de medicina interna: una garantía para la continuidad de cuidados. Hygia [Internet]. 2009 [citado 15 ene 2015];71:49–52. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=267724>
 30. Corbalán Abril MD, Roldán Valcárcel MD. Eficiencia de la intervención educativa e informe de recomendaciones al alta para pacientes intervenidos de prostatectomía. Enfuro [Internet]. 2008 [citado 15 ene 2015]; 108:25–9. Disponible en: <http://www.enfuro.es/images/Revistas%20ENFURO/Enfuro108.pdf>
 31. Merino Ruiz M, Sebastián Viana T, Gómez Díaz MC, Leo del Castillo Y. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. Enferm Clínica [Internet]. 2008 [citado 15 ene 2015]; 18 (2):77–83. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862108707022>
 32. Calero Romero MR. La continuidad de los cuidados de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. Enferm Global [Internet], 2012 [citado 2 dic 2014]; 27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000300013&script=sci_arttext
 33. Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, de Haro Marín S. Aurora 2003: gestor de informes de alta de enfermería de cuidados intensivos. Enferm Intensiva. 2007;18(2):78–89.
 34. Vidal Martínez LE, González Cantero, ML. Informe de cuidados en enfermería, revisión de su situación actual. Enferm Global [Internet]. 2013 [citado 5 ene 2015]; 32:336–45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412013000400020&script=sci_arttext
 35. Vicente Peralta LI, Bonil de las Nieves C, Montero Vegas R, Sautoho Napa S, Rodríguez Espejo A, García Gálvez M. Informe de continuidad de cuidados una herramienta para la mejora de la comunicación entre Atención Especializada y Atención Primaria. Evidentia. 2006;3 (7):5.

36. Carpenito LJ. Diagnósticos de Enfermería: aplicaciones a la práctica clínica [Internet]. Madrid [etc.]: McGraw-Hill Interamericana; 2003 [citado 24 may 2014]. Disponible en: http://cataleg.urv.cat/record=b1174146~S13*cat
37. Coffman S. Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray. En: Raile M, Marriner A, editors. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona; Elsevier, 2011. p. 113- 131.
38. Turkel MC. Dr. Marilyn Ray's Theory of Bureaucratic Caring. International Journal for Human Caring. 2007;11 (4): 57-74
39. Ray MA. The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. Nurs Adm Q. 1989; 13 (2): 31-42
40. Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: Real Academia Española 2016 [citado 16 dic 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=FHD9CUF>
41. Consorcio Sanitario de l'Alt Penedés. Memoria 2015 [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.csap.cat/memoria/2015/presentacio_2015/recursos_humans.html
42. Benner PE. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park (CA): Addison-Wesley; 1984
43. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona. Paidós; 1987.
44. Seva Llor AM. El Informe de Cuidados de Enfermería al Alta: análisis situacional en la Región de Murcia [Tesis doctoral], Murcia; Universidad de Murcia 2011, [citado 22 dic 2014]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/63198>
45. Sánchez E. Formación continuada. Curso de introducción a la investigación clínica. Capítulo 6: Diseño de cuestionarios. Semergen; 2007; 33 (8); 412-6.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario para la recogida de datos.

INFORMACIÓN GENERAL DEMOGRÁFICA-LABORAL

1. Sexo: Mujer Hombre

2. ¿Qué edad tiene? _____ años

3. Marque servicio al que pertenece

UM2 UM3 UQ4 UQ5 Otros

4. Tipo de contrato

Fijo TP-I TP-II

5. Año de obtención de su titulación como enfermera: _____

6. ¿Posee algún grado académico superior a la diplomatura en Enfermería? Sí No

7. ¿Cuántas horas de formación no reglada/formación continuada, relacionadas con la Enfermería, ha realizado en los últimos 24 meses?

Menos de 50 horas Entre 51 y 120 horas Entre 121 y 300 horas Más de 300 horas

8. ¿Cuál es su máximo grado académico además del Diplomado en Enfermería?

Otra licenciatura Máster Oficial Doctor Diploma de Estudios avanzados Especialidad

8.1. ¿En qué año obtuvo este grado académico?

Antes del 2000 Entre el 2001 y el 2005 Después del 2005

9. Cargo desempeñado en el centro sanitario:

Enfermera asistencial Enfermera supervisora

10. Horario de trabajo:

Mañanas-tardes-noches Mañanas fijas Mañanas-tardes Noches fijas

11. Indique el promedio de pacientes que tiene en su unidad: _____ N° de pacientes

12. ¿Se aplica algún sistema de cuantificación de cargas de trabajo en su servicio? Sí No

13. En su servicio la distribución diaria del trabajo, se hace en base a:

El número de pacientes

El nivel de dependencia-independencia del paciente

Las actividades que se tienen que realizar en un turno (una enfermera toma todas las tensiones arteriales, otra realiza las curas, otra hace los ECG, ...)

Los cuidados de los pacientes

El número de habitaciones

Otros: _____

14. ¿La ratio enfermera- paciente (n° de enfermeras por paciente) se corresponde en su servicio a las necesidades de enfermería por parte de los pacientes? Sí No

15. N° de enfermeras en el turno de mañana: _____

16. N° de enfermeras en el turno de tarde: _____

17. N° de enfermeras en el turno de noche: _____

18. ¿Faltan enfermeras en su turno de trabajo para realizar el trabajo diario? Sí No

19. ¿En qué formato registra su trabajo diario?

En formato papel En formato digital En ambos

20.¿A qué nivel maneja las nuevas tecnologías?

Básico Medio Alto

21.¿Qué le parece la realización de un informe de alta de enfermería?

De acuerdo En desacuerdo Regular acuerdo

22.¿Cree necesario la realización de la historia de enfermería durante el proceso asistencial? Sí No

23.¿Inicia una Historia de cuidados de Enfermería, con cada paciente de nuevo ingreso que esté a su cargo? Sí No

24.¿Redacta un Informe de Enfermería al Alta cuando el paciente es dado de alta por su médico? Sí No

24.1.En caso afirmativo, ¿entrega en mano al paciente o a su familiar el Informe de Enfermería al Alta? Sí No

25.¿La realización del Informe de Enfermería al Alta, pondría de manifiesto el nivel académico actual de la enfermería? Sí No

INFORME DE ALTA-SEGURIDAD DEL PACIENTE

26.¿Considera la aplicación del Informe de Enfermería al Alta, como un indicador de seguridad del paciente, para evitarle futuras complicaciones y efectos adversos? Sí No

27.¿La realización de un informe de alta enfermero, influiría en un mejor seguimiento del paciente por parte de enfermería, para futuras intervenciones enfermeras? Sí No

28.¿Cree necesario el Informe de cuidados al alta enfermera para la continuidad de la atención enfermera? Sí No

29.¿Estandarizan los cuidados de enfermería en su servicio? Sí No

30.¿Existe en su Hospital una comisión de planes de cuidados que los estandarize? Sí No

31.¿Estudió la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (CIE, en inglés NIC) y la Clasificación de Resultados enfermeros (CRE, en inglés NOC) durante su formación universitaria? Sí No

32.¿Los temas teóricos sobre diagnósticos NANDA que estudió en la universidad, los usa en la práctica diaria de su trabajo? Sí No

33.¿Ha estudiado la relación entre los diagnósticos NANDA, la clasificación de las Intervenciones enfermeras (CIE, en inglés NIC) y la clasificación de Resultados enfermeros (CRE, en inglés NOC) como recursos de formación continuada? Sí No

IMPLANTACIÓN DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA

34.¿Cree que necesita una formación específica sobre el Informe de Enfermería al Alta? Sí No

35.Tras su paso por la universidad, ¿ha realizado cursos de formación continuada, en su centro de trabajo, relacionados con la historia clínica de enfermería? Sí No

36.¿Considera que las cargas de trabajo existentes en su servicio, dificultarían la cumplimentación de un informe de alta enfermero? Sí No

37.¿Considera una dificultad la cumplimentación del Informe de enfermería al Alta, si le restara tiempo para realizar el resto de actividades enfermeras? Sí No

37.La relación existente entre el colectivo enfermero y el colectivo médico, ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta? Sí No

38.La relación existente entre el colectivo enfermero y el colectivo de auxiliares de enfermería, ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta? Sí No

39.La relación existente entre el colectivo enfermero y el resto del colectivo sanitario (trabajadores sociales, fisioterapeutas...), ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta? Sí No

ANEXO 2

Entrevista semiestructurada.

Datos sociodemográficos:

Edad: _____ **Fecha de la entrevista:** _____

Sexo: _____ **Años de experiencia:** _____

¿Me podrías explicar, según tú experiencia, momentos en que hayas realizado el ICE ya sea en formato electrónico o papel?

¿Según tú experiencia, para qué sirve el ICE, qué aporta en tú práctica clínica?

¿Cuáles son sus puntos positivos?

¿Y los negativos?

¿Cuándo utilizas el informe?

¿Qué contenidos consideras que son más importantes? ¿Cuáles son menos importantes?

**¿Me podrías explicar alguna experiencia significativa que té dificultó realizar el informe?
¿Cuáles?**

**¿Has recibido algún tipo de formación sobre los registros de enfermería, la historia clínica,
y la estandarización de cuidados? ¿La consideras necesaria?**

¿Consideras el informe de alta de enfermería importante? ¿Por qué motivo?

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi gratitud y cariño a todas las personas que me han ayudado en la realización de este trabajo.

En primer lugar, quiero expresar mi agradecimiento a mi tutora del trabajo de fin de máster, por su dedicación, por su tiempo, por escuchar y dirigir mis ideas y por acompañarme en el camino, a veces tortuoso, hacia la comprensión.

A mi familia, por todo lo que soy ahora, por su

estima y por todo lo que me han enseñado y que me ha permitido crecer como persona. A mi compañero, por su apoyo incondicional, su amor y su comprensión.

También me gustaría mostrar mi agradecimiento a la dirección de mi Hospital, por su apoyo, su confianza, y por proporcionarme las facilidades de realizar este máster.

A todos/as,

Gracias