



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE ENFERMARÍA E PODOLOXÍA

Grao en Enfermaría

Curso académico 2012/2013

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Comunicación entre niveles asistenciales como
garantía de continuidad asistencial:
Situación actual del Informe de Alta de Enfermería
en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.**

Aurora Rivera Bugallo

Fecha de presentación

Junio 2013

Directores del trabajo de fin de grado:

 Don. José Ángel Pesado Cartelle

 Dña. Eva Tizón Bouza

ÍNDICE	PÁGINA
1. APÉNDICE DE ABREVIATURAS	4
2. RESUMEN	5
3. PALABRAS CLAVE	5
4. INTRODUCCIÓN	6-15
4.1. Importancia de una buena comunicación entre niveles asistenciales	7-9
4.2. Continuidad de cuidados	9-11
4.3. Enfermera/o Gestora de Casos	11-13
4.4. Informe de Alta de Enfermería	13-15
5. OBJETIVOS	16
6. METODOLOGÍA	17-28
6.1. Fase previa: Recogida de información	17
6.2. Diseño del estudio	18-27
6.2.1 Tipo de estudio y ámbito.	18
6.2.2 Valoración del Informe de Alta de Enfermería por pacientes y familiares	19-23
6.2.3 Evaluación sobre los distintos niveles asistenciales y el Informe de Alta de Enfermería como garantía de continuidad asistencial	23-27
6.2.3.1 Grupo 1: Personal de Enfermería de Atención primaria.	23-25
6.2.3.2 Grupo 2: Personal de Enfermería de Atención Especializada.	25-27
6.3 Consideraciones éticas	27-28
6.4 Recogida de Datos	28
6.5 Análisis de datos	28
7 Resultados	29-73
8 Discusión	74-80
9 Conclusiones	81-82
10 Agradecimientos	83
11 Bibliografía	84-88
12 Anexos	89-98
➤ Anexo A: Cuestionario para el usuario/familiar	89-90
➤ Anexo B: Cuestionario para el profesional de Atención Especializada	91-92
➤ Anexo C: Cuestionario para el profesional de AP	93-94
➤ Anexo D: Documento informativo para el usuario/familiar	95
➤ Anexo E: Documento informativo para supervisoras/es y coordinadoras/es	96
➤ Anexo F: Dictamen favorable del CEIC para la realización del estudio	97
➤ Anexo G: Autorización para la investigación por parte de la directora de Procesos de Soporte de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol	98

1. APÉNDICE DE ABREVIATURAS

1.	ACMA	American Cases Management Association
2.	AE	Atención Especializada
3.	AP	Atención Primaria
4.	BDENF	Base de Datos de Enfermagem
5.	BIREME	Biblioteca Virtual en Salud
6.	CatSalut	Servicio Catalán de la Salud
7.	CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica.
8.	CHUF	Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol
9.	CS	Centro de Salud.
10.	CMSA	Case Management Society of America
11.	ENFISPO	Base de Datos Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense.
12.	EPS	Educación Para la Salud
13.	Fig.	Figura
14.	FP	Formación Profesional
15.	HAM	Hospital Arquitecto Marcide
16.	HBD	Hospital Básico de Defensa
17.	HDD	Hospital de Día
18.	HGTiP	Hospital Germans Trias i Pujol
19.	IAE	Informe de Alta de Enfermería
20.	JBICOnNECT	Joanna Briggs Institute Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics
21.	p-valor	Nivel de significación
22.	PAE	Proceso de Atención de Enfermería
23.	PE	Personal de Enfermería.
24.	PREALT	Programa de Continuidad de Cuidados al Alta
25.	SAP	Servicio de Atención Primaria
26.	SERGAS	Servizo Galego de Saúde
27.	SNS	Sistema Nacional de Salud
28.	UE	Unidad de Enfermería
29.	XXIF	Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.
30.	ORL	Otorrinolaringología

2. RESUMEN

Introducción: En el sistema sanitario actual trabaja un gran número de profesionales de Enfermería que desempeñan su trabajo en dos niveles asistenciales: Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE). Una gran cantidad de pacientes pasan en algún momento por ambos niveles, lo cual hace necesaria la existencia de una buena y fluida comunicación entre ambos, así como con los pacientes y sus familias, de manera que se garantice la continuidad asistencial.

Objetivo: Analizar la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Diseño de 3 cuestionarios ad hoc dirigidos a pacientes y familiares, personal de Enfermería de Atención Primaria y de Atención Especializada.

El análisis de datos se llevara a cabo mediante el paquete estadístico SPSS v.17.

Resultados: Un 58,3% de los usuarios refieren haber recibido explicaciones sobre los cuidados y precauciones a seguir en el domicilio. El 80,4% refiere no haber recibido un Informe de Alta de Enfermería (IAE). Respecto a los enfermeros de AE, un 86,2% considera que ambos niveles asistenciales están poco coordinado, aunque el 93,9% considera el IAE como bastante útil o imprescindible para la continuidad de cuidados. Un 85% de profesionales de AP considera que ambos niveles asistenciales están entre algo y nada coordinados y el 96,8% califica entre bastante importante e imprescindible la continuidad de cuidados.

Conclusiones: El IAE se proclama como principal medio de transmisión de información de un nivel a otro además de constituir un instrumento útil para que los pacientes y/o cuidadores continúen sus cuidados en el domicilio, aunque su utilización es escasa en nuestra área.

Palabras clave: Continuidad de la atención al paciente, alta del paciente, niveles de atención de salud.

**COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES COMO
GARANTÍA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL: SITUACIÓN ACTUAL
DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA EN LA XERENCIA DE
XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL**

4. INTRODUCCIÓN

La continuidad de cuidados en Enfermería, constituye un potente instrumento de mejora en la atención a los y las ciudadanas que transitan de un ámbito a otro de la asistencia. En el momento actual, en el que asistimos a cambios demográficos y sociales, tales como el envejecimiento de la población, la cronificación de algunos procesos, los cambios en los roles sociosanitarios y un largo etcétera, se están generando nuevas demandas en los servicios sanitarios y, con ello, la necesidad de dar respuestas integradas y continuadas a las personas que requieren de dichos servicios¹.

La Ley 14/1986, General de Sanidad, establece la configuración de las Áreas de Salud con el objetivo de organizar un sistema sanitario coordinado e integral, las cuáles cuentan con distintos niveles de asistencia: Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), estableciendo medidas para garantizar la interrelación entre ambos niveles asistenciales².

La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece que la AP es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente; en cambio, la AE garantiza la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la AP y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel³.

Por su parte, el art. 4.7 apartado d de la Ley 44/2004, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, indica que la continuidad asistencial de los pacientes, tanto la de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en

cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad⁴.

Además, entre las funciones del Servizo Galego de Saúde (SERGAS) se encuentra la de “Promover la continuidad asistencial mediante una organización centrada en el paciente como base para asegurar la calidad de la asistencia, que supere la tradicional separación entre la AP y la AE y que integre la atención socio-sanitaria, integrando todas las modalidades asistenciales de atención al usuario”⁵

4.1 Importancia de una buena comunicación entre niveles asistenciales.

La organización del Sistema Nacional de Salud (SNS), es consecuencia de los principios en que se sustenta. Dado su carácter universal y solidario, necesita asegurar la equidad en el acceso a los servicios para todos los ciudadanos. Para ello, el SNS se organiza en dos niveles o entornos asistenciales en los que el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa⁷, es decir, los ciudadanos en primer lugar acceden al CS y luego al nivel de AE que es dónde se encuentra la mayor complejidad tecnológica⁶.

Los servicios sanitarios del nivel de AP se caracterizan por tener una gran accesibilidad y la suficiente capacidad de resolución técnica como para abordar íntegramente los problemas de salud de presentación frecuente, mientras que el nivel de AE cuenta con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y coste dentro del sistema⁶.

- **Atención Primaria**

La AP pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en una isócrona de 15 minutos desde cualquier lugar de residencia. Los dispositivos asistenciales principales son los Centros de Salud (CS), donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, pediatras, personal de Enfermería (PE) y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y

fisioterapeutas. Dada su disposición en el entramado de la comunidad, se encomiendan a este nivel las tareas de promoción de la salud, educación para la salud (EPS) y prevención de la enfermedad⁶.

La asistencia sanitaria se presta tanto a demanda como de manera programada y, tanto en la consulta del CS y del consultorio como en el domicilio del enfermo. De igual modo se dispensa atención médica y de Enfermería de forma continuada, para los problemas de salud urgentes⁶.

- **Atención Especializada.**

La AE se presta en Centros de Especialidades y Hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados. La actividad asistencial incluye también aquellos aspectos de promoción de la salud, EPS y prevención cuya naturaleza aconseja que se hagan en ese nivel⁶.

La importancia del acercamiento entre los servicios de AP y los servicios de AE fundamenta la necesidad de establecer mecanismos que integren dichos sistemas⁷. Así, dos estrategias básicas de mejora de la continuidad asistencial son: por una parte, estimular cambios en la organización de AP y AE que favorezcan la continuidad asistencial y, por otra parte, potenciar la comunicación y coordinación entre ambos niveles asistenciales⁸.

La coordinación interniveles sobre la base del plan de cuidados de Enfermería (PAE) es un factor clave para rentabilizar en términos de calidad y coste los cuidados enfermeros asegurando que éstos responden a las necesidades de los usuarios, al tiempo que aseguran la continuidad de los cuidados que puede ofrecer el PE y los profesionales sanitarios en general⁹.

Todos los pacientes, una vez finalizada su estancia hospitalaria, necesitan una serie de cuidados aunque estos sean mínimos, y son el PE, el responsable de planificarlo y asegurarse de que se lleven a cabo. Sin embargo, la ausencia de coordinación entre los distintos niveles dificulta

la adecuada continuidad de cuidados y es uno de los problemas más reconocidos del actual sistema⁹.

El déficit de planificación y el hecho de que muchos circuitos no estén consensuados entre los diferentes niveles asistenciales, impide garantizar adecuadamente la continuidad de los cuidados⁹.

Entre los factores que han contribuido a esta falta de coordinación se encuentran: las características de nuestra sociedad, la desigualdad en el desarrollo de los profesionales que intervienen en el sistema sanitario, las dificultades en la organización de la atención sanitaria, la prevalencia de un modelo biologicista orientado a la enfermedad y la evolución de los dos niveles (AP y AE), los cuales han evolucionado como parcelas independientes con finalidades y objetivos distintos⁹.

2.2 CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Algunas actividades de cooperación y coordinación se han basado más bien en la buena voluntad de las partes implicadas que en un desarrollo planificado de un modelo de gestión que consolide una estructura básica y estable de continuidad asistencial¹⁰. Hoy en día, la continuidad asistencial está dejando de ser un tema de debate exclusivo de gestores y clínicos, forma parte de las demandas y exigencias de los ciudadanos, y constituye uno de los principales retos de la provisión de los servicios sanitarios. Conlleva una coordinación de cuidados que se apoya en una información compartida y en una asistencia protocolizada. En el momento actual, las nuevas tecnologías de la información (telemedicina, la historia clínica electrónica, etc.) y las nuevas formas de gestión, por ejemplo, por procesos, constituyen los instrumentos imprescindibles y adecuados para su práctica¹¹.

Desde que la ley estableciera dos niveles asistenciales interconectados entre sí: AP y AE, la continuidad de cuidados interniveles ha sido un reto para los diferentes niveles de salud con resultados discretos por el momento¹².

Así pues, la continuidad de cuidados se fundamenta en la interrelación profesional de los diferentes ámbitos asistenciales y esto conlleva el

desarrollo y puesta en marcha de un sistema de intercambio de información rápida, eficaz y seguro¹³.

Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión. Aunque las definiciones varían con la disciplina, algunos autores han realizado un esfuerzo de delimitación desde una perspectiva global. Así, la coordinación asistencial podría definirse como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos. Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada. La continuidad asistencial, por su parte, es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo¹⁴.

Así, los elementos necesarios para que haya coordinación, como paso previo a la continuidad asistencial, son: la conexión de los servicios sanitarios a lo largo del continuo asistencial mediante la transferencia de información, un objetivo común que facilite la creación de un plan unificado de atención a los pacientes y la sincronización entre las partes para que la atención se preste en el momento y en el lugar adecuados¹⁴.

La continuidad asistencial es básica para afrontar las múltiples necesidades de los enfermos crónicos y al final de la vida. Para conseguirla, debemos superar las barreras organizativas de los distintos niveles asistenciales, estableciendo mecanismos de coordinación adecuados. La preocupación por encontrar soluciones efectivas a los problemas que amenazan la continuidad asistencial es creciente, y favorece la constante aparición de estrategias profesionales e institucionales destinadas a mejorarla¹⁵.

La atención domiciliaria es irremplazable si quiere garantizarse la continuidad en el proceso de cuidados y dar respuesta a las múltiples

necesidades sociosanitarias que presentan los pacientes. A pesar de su importancia, sigue siendo notoria la falta de información en relación con aspectos básicos de la atención domiciliaria, como la financiación, la organización y la prestación de los servicios o sobre su calidad e integración¹⁵.

Actualmente, el interés por la continuidad asistencial se está revitalizando, por una parte debido a la redefinición de los papeles profesionales y, por otra parte, por el previsible impacto global de las enfermedades crónicas junto a las iniciativas de gestión de la enfermedad y gestión de casos¹⁵.

2.3 ENFERMERA/O GESTOR/A DE CASOS

La figura de la enfermera de enlace que ha surgido en estos últimos tiempos intenta ser un nexo de unión entre los distintos niveles de atención, procurando la coordinación del plan asistencial durante la estancia hospitalaria y apoyando a la enfermera responsable del paciente en el desarrollo del PAE establecido, especialmente en las intervenciones educativas dirigidas a manejar la situación en el domicilio¹⁶.

Las enfermeras de enlace, que es como inicialmente se denominaron en Andalucía a las enfermeras gestoras de casos, enmarcan su trabajo en un modelo de práctica avanzado dirigido a un grupo poblacional concreto: los pacientes frágiles y vulnerables con grandes necesidades de cuidados en domicilio. Este modelo, la gestión de casos está definida por la Case Management Society of America (CMSA) como el proceso de colaboración mediante el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover unos resultados de calidad y eficaces¹⁷.

Esta práctica de cuidados aparece en Andalucía en el año 2002 como parte del desarrollo del Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas. Este Decreto facilitó y posibilitó la introducción de esta figura como parte de una estrategia de mejora de la atención domiciliaria en

Andalucía. En su capítulo VII establece la promoción de una serie de medidas a favor de los mayores y las personas con discapacidad, entre las que se encuentran potenciar y mejorar los cuidados a domicilio. Como novedad importante facultaba por primera vez a la enfermera, junto con el médico, para la indicación y activación del servicio. Este fue el punto de partida del desarrollo posterior de un modelo de gestión de casos basado en una práctica enfermera avanzada¹⁸.

La gestión de casos es un modelo de gestión y planificación de servicios de salud centrado en la coordinación, integración y prestación de los servicios mediante control interno de los recursos utilizados para el cuidado de las personas. Tiene como objetivo mejorar el bienestar del paciente y la atención sanitaria que se le presta mediante la coordinación de los servicios sanitarios necesarios para lograr los objetivos de salud marcados con la mayor eficacia y eficiencia. La ACMA refiere que esta coordinación eficaz de los recursos facilita la consecución del máximo nivel de salud, la continuidad de sus cuidados y la accesibilidad de la atención, teniendo siempre en cuenta la opinión del ciudadano¹⁸.

El perfil de la enfermera gestora de casos debe asegurar su competencia para¹⁹:

- La toma de decisiones asistenciales con criterio clínico y autonomía suficiente.
- Conocer los recursos de la comunidad y gestionar la utilización de los mismos.
- Minimizar la fragmentación de la atención.
- Maximizar la coordinación intra y extrahospitalaria.
- Conocer y aplicar los principios éticos.
- Obtener y evaluar sus resultados desde la perspectiva de la calidad.
- Investigar en su ámbito de competencia.
- Dotarse de autoridad moral basada en el conocimiento.
- Autogestionar su tiempo.

- Conseguir el reconocimiento social aportando una visión diferente del trabajo enfermero.

Dentro del equipo asistencial, la enfermera gestora de casos, desempeña las siguientes funciones¹⁹:

- Coordina el equipo de trabajo.
- Gestiona la atención centrada en la parte asistencial y educativa.
- Planifica los cuidados según las necesidades.
- Marca objetivos para el enfermo/familia.
- Realiza el seguimiento de la educación del enfermo en consultas externas y en el hospital de día.
- Atiende a las interconsultas de otros profesionales.
- Es el profesional de referencia en el ámbito de consultas telefónicas.
- Realiza el seguimiento de los enfermos cuando se encuentran en otro ámbito (centro sociosanitario o domicilio).

2.4 INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA

Como respuesta a esta necesidad de comunicación entre los profesionales de Enfermería de los distintos niveles surge el Informe de Alta de Enfermería (IAE), con el objetivo de dar continuidad a los cuidados prestados por Enfermería⁹.

Así, el artículo 10.11 de la Ley 14/1986 del 25 de abril, General de Sanidad, establece como derecho del paciente *“a que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su Informe de Alta”*². Es fundamental para garantizar la continuidad de cuidados y un instrumento excelente para realizar EPS y aminorar la ansiedad del paciente¹².

Los registros de Enfermería se definen como el soporte documental donde se recoge toda la información acerca de la actividad enfermera, se siguen los cambios del estado del paciente, se toman decisiones relacionadas con sus necesidades y se asegura la continuidad de los

cuidados; además, en el contexto jurídico-legal constituyen el testimonio documental a requerimiento de los Tribunales²⁰.

La práctica enfermera y los estándares profesionales requieren registrar y los registros son necesarios para los pacientes. Igualmente, el IAE es un importante documento que recoge estos registros de forma resumida y estructurada, imprescindible para garantizar la continuidad de los cuidados. Refleja la labor de Enfermería, poniendo de manifiesto un mayor grado de autonomía profesional, haciendo partícipes al usuario, a la familia y a la enfermera de referencia de AP, de forma que el paciente dispone por escrito de los cuidados que debe seguir en casa y que han sido motivo de entrenamiento durante su estancia y al alta hospitalaria²⁰.

El soporte informático facilita la elaboración de estos textos, que se pueden adjuntar al alta de una forma individual y agiliza la elaboración del informe, asegurando los contenidos y la comprobación de su comprensión por parte de la familia²⁰.

Según González López MC, el IAE constituye *“el vehículo de información fidedigna y cualificada sobre los problemas y cuidados prestados durante su estancia en el hospital, además de servir de información entre AP y AE, sirve de constancia escrita para el usuario de los cuidados y educación sanitaria prestada”*²¹.

El IAE, tras un periodo de hospitalización, es un requisito imprescindible para garantizar la continuidad de los cuidados. Según Carpenito LH: *“la planificación del alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de unos cuidados sanitarios y asistencia social antes y después del alta. Requiere una acción coordinada y de colaboración entre profesionales de la salud dentro del centro y la comunidad en general”*⁹.

Grande M^aL. y Hernández M. refieren que *“la planificación al alta es fundamental para el paciente y para la familia, ya que les vamos a dotar de los conocimientos y las habilidades necesarias para el cuidado del enfermo”*⁹.

El IAE constituye la constancia escrita de que Enfermería es una profesión independiente, fundamental para garantizar la continuidad de los cuidados y un instrumento excelente para realizar EPS, tanto al paciente como a la familia⁹.

Dada la importancia de la EPS, implícita en todo cuidado y seguimiento del paciente, se recomienda incluir en el IAE un apartado dedicado a ésta, así como el nivel de conocimientos que se ha impartido y el conseguido en el binomio paciente-familia, teniendo en cuenta el grado de conocimientos que la persona tiene, así como su nivel cultural y social, debiendo comenzar tan pronto como el paciente se haya estabilizado y la familia esté lo suficientemente receptiva como para poder asimilar lo que estamos intentando enseñarles. No debemos olvidar que la enseñanza forma parte de la asistencia a los pacientes y debe estar presente a lo largo de todo su proceso de atención sanitaria. Por tanto, debe realizarse durante la estancia hospitalaria y continuarse en el domicilio por parte de las enfermeras de AP, con el objetivo de conseguir que disminuya la ansiedad del paciente y de la familia, derivada del desconocimiento y falta de preparación para afrontar situaciones que requieran muchos cuidados o cuidados especiales²⁰.

A modo de resumen, podemos decir que, los cambios producidos en el sistema sanitario de nuestro país en los últimos años, y las experiencias de otros países dirigen la atención hacia sistemas que potencien la continuidad asistencial entre los diferentes niveles de atención y que ayuden a mejorar los servicios sanitarios que se prestan, a racionalizar el uso / consumo de recursos y a optimizar los costes⁹.

El trabajo enfermero debe proporcionar al usuario aquellos cuidados que le ayuden a mantenerse sano y que además, con la colaboración de los servicios sociales, entre otros, eviten estancias innecesarias en hospitales y residencias, facilite que el usuario aproveche sus propios medios para seguir viviendo en su entorno habitual y al final, le ofrezca la posibilidad de morir dignamente en su propio hogar si éste es su deseo⁹.

5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Hipótesis:

La falta de coordinación y comunicación entre niveles asistenciales así como el desconocimiento de la metodología a utilizar en la elaboración del Informe de Alta de Enfermería, dificultan la implementación y seguimiento de la continuidad asistencial.

Objetivos

El presente estudio se centra en la comunicación existente entre el PE de los diferentes niveles de atención sanitaria como garantía de la continuidad asistencial.

Se pretende responder a las siguientes cuestiones:

¿Cómo es la coordinación entre niveles asistenciales en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol (XXIF) y de qué manera influye ésta en la continuidad asistencial? y ¿cuál es la situación actual del IAE en dicha Xerencia?

Objetivo principal:

- Analizar la coordinación de Enfermería y la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales en la XXIF.

Objetivos específicos:

- Analizar la importancia del IAE para la continuidad de cuidados desde el punto de vista de los PE de AE y de AP.
- Estudiar la perspectiva de los pacientes y familiares respecto al IAE y su utilidad como instrumento para el seguimiento de los cuidados domiciliarios y el cumplimiento del régimen terapéutico.

6. METODOLOGÍA

El presente estudio consta de 9 fases, que se desarrollarán en el tiempo conforme al siguiente cronograma (Tabla I):

FASES	PERÍODO 2012 - 2013									
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
1. Revisión bibliográfica										
2. Diseño del estudio										
3. Pilotaje y diseño de cuestionarios										
4. Solicitud de permisos										
5. Recogida de datos										
6. Análisis de datos										
7. Discusión										
8. Presentación										
9. Exposición										

Tabla I. Cronograma de desarrollo del estudio de investigación.

6.1 Fase previa: recogida de información

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva de artículos con prioridad a los últimos diez años relacionados con la temática de estudio, durante el período comprendido entre octubre y noviembre de 2012, en las siguientes bases de datos y metabuscadores: PubMed, Cuiden, Cuidatge, ENFISPO, BIREME, BDENF, JBI CONNECT, Mergullador.

Se han empleado los siguientes descriptores de ciencias de la salud (DeCS): Enfermería, Enfermería de Atención Primaria, Niveles de atención de salud, Continuidad de la atención al paciente, Alta del paciente, Alta hospitalaria, Atención Primaria, Atención hospitalaria, Comunicación en salud, Atención al paciente, Manejo de caso. Además, también se han empleado las siguientes palabras de texto libre: Comunicación interniveles, Informe de Alta de Enfermería.

6.2 Diseño del estudio

6.2.1.- Tipo de estudio y ámbito

Diseño: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

Ámbito: Se llevará a cabo en la XXIF, perteneciente a la red SERGAS.

La XXIF está formada por:

A: Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF):

- a) Hospital Arquitecto Marcide (HAM)
- b) Hospital Básico de la Defensa (HBD)
- c) Hospital Novoa Santos

B: Centros de Salud (CS) y consultorios (ver tabla II):

CS Caranza	CS Fontenla Maristany	Consultorio Manuel Comellas
CS Serantes	CS Fene	CS Mugar dos
CS Ares	CS A Capela	CS Narón
Consultorio O Seixo	Consultorio O Val	Consultorio Pedroso
CS Neda	CS Pontedeume	CS Valdoviño
CS Cabanas	CS Monfero	CS As Pontes
CS Ortigueira	CS O Barqueiro/Mañón	Consultorio Casa del Mar de Espasante
Consultorio de Mera	CS Cariño	CS Cedeira
CS San Sadurniño	CS Moeche	C.S Somozas
CS Cerdido	Consultorio A Graña	Consultorio de Grañas do Sor
Consultorio Campo de Mañón	Consultorio A Graña-Xestoxo	Consultorio de Maniños
Consultorio Vite-Queixeiro(Monfero)	Consultorio Xiao-Val do Xestoxo	

Tabla II. Listado de CS y consultorios de la XXIF.

El estudio se subdividió en dos fases diferenciadas:

FASE A: Valoración del IAE por parte de pacientes ingresados en el CHUF y sus respectivos familiares.

FASE B: Evaluación sobre los distintos niveles asistenciales y el IAE como garantía de continuidad asistencial entre AP y AE, a través de la opinión del PE.

6.2.2.- Valoración del IAE por pacientes ingresados en el CHUF y sus respectivos familiares directos (FASE A) sobre los distintos niveles asistenciales y el IAE como garantía de continuidad asistencial.

-Población: Pacientes hospitalizados y sus respectivos familiares directos en la totalidad de unidades con ingreso del CHUF. A continuación, se hace una relación de todas las unidades estudiadas:

A. Hospital Arquitecto Marcide (HAM):

- **1ª Planta:** Unidad de Enfermería (UE) Neonatos, UE Cuidados Intensivos Pediátricos y UE Pediatría (entre 0-2 años)
- **3ª Planta:** UE Pediatría (niños mayores de 2 años), UE Tocología y UE Otorrinolaringología-Urología-Nefrología
- **4ª Planta:** UE Ginecología/ Cirugía General y UE Cirugía General.
- **5ª planta:** UE de Cirugía Ortopédica y Traumatológica y UE Neurología/Cardiología/Neumología y Unidad de Corta Estancia Hospitalaria de Medicina Interna.
- **6ª Planta:** UE Medicina Interna/Hematología/Oncología
- **7ª Planta:** UE Medicina Interna /Endocrinología/ Enfermedades Infecciosas.

B. Hospital Básico de Defensa:

- **Planta Baja:** UE Psiquiatría de agudos y UE Hospitalización a Domicilio
- **1ª Planta:** UE Cuidados Paliativos.
- **3ª Planta:** UE Medicina Interna.

-Criterios de selección de la muestra: Se tendrán en cuenta los siguientes:

a) Criterios de inclusión:**Pacientes:**

- Todas aquellas personas que durante el período de recogida de datos estuvieran hospitalizados en las unidades con ingreso del CHUF.
- Pacientes que voluntariamente aceptaron participar en el estudio tras ser debidamente informados
- Mayoría de edad cumplida (18 años).

Familiares:

- Un solo familiar directo por paciente que haya acudido al CHUF acompañando al paciente durante su hospitalización.
- Familiar que decidiese participar de modo voluntario en el presente estudio.
- Mayoría de edad cumplida (18 años).

b) Criterios de exclusión:**Pacientes:**

- Pacientes del servicio de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Quirófano y Obstetricia, al no ser éstas, unidades que remitan a pacientes de alta, sino que son unidades intermedias de atención en el proceso asistencial.
- Aquellos pacientes con dificultades idiomáticas, que no garanticen la plena comprensión de la encuesta utilizada como instrumento.
- Pacientes cuya situación psicológica o mental suponga una barrera insuperable para responder al cuestionario.
- Pacientes que tengan relación familiar con el investigador.

Familiares:

- Familiares de pacientes del servicio de Urgencias, UCI, Quirófano y Obstetricia, al no ser éstas, unidades que remitan a pacientes de alta, sino que son unidades intermedias de atención en el proceso asistencial.

- Otros familiares del paciente, no cuidador habitual.
- Familiares que tengan dificultades idiomáticas, que no garanticen la plena comprensión de la encuesta utilizada como instrumento.
- Familiares cuya situación psicológica o mental suponga una barrera insuperable para responder al cuestionario.
- Familiares que tengan relación familiar con el investigador.

-Determinación del tamaño muestral: Según los datos obtenidos a partir de la memoria de la XXIF del año 2011²², última publicada, el número total de hospitalizaciones realizadas en el CHUF durante ese año fue de 14.017 pacientes.

Teniendo en cuenta que la población a estudiar es finita (pues conocemos el número total de hospitalizaciones realizadas en el año 2011), obtendremos el cálculo a partir de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

- N= Total de la población
- $Z_{\alpha}^2 = 1,96^2$ (seguridad 95%)
- p= Proporción esperada(en este caso 5%=0,05)
- q=1-p(en este caso 1-0,05=0,95)
- d= Precisión (en este caso un 3%)

Es preciso estimar las posibles pérdidas de pacientes por diversas razones (pérdida de información, abandono, no respuesta...), por lo que se debe incrementar el tamaño muestral respecto a dichas pérdidas. De esta forma, esperando un 15% posible de pérdidas, la fórmula a utilizar sería la siguiente:

$$n \cdot (1/1-R)$$

Donde:

n= Número de sujetos sin pérdidas.

R= Proporción esperada de pérdidas.

Por tanto, a partir de estos datos, para conseguir una significancia estadística del 95%, con una precisión del 3%, una proporción esperada del 5% y esperando un posible 15% de pérdidas, el tamaño muestra del estudio con respecto a los pacientes y acompañantes será de 235 personas.

-Diseño de cuestionarios: Para la recogida de los datos necesarios para el estudio, se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las bases de datos documentales, repositorios y metabuscadores citados anteriormente de posibles cuestionarios validados para nuestros objetivos; no se ha encontrado información relevante al respecto, pudiendo contrastarse la inexistencia de documentación validada al respecto.

Por tanto, se procede a elaborar un cuestionario ad hoc propio para pacientes y familiares por parte de la investigadora. El cuestionario se plantea con un formato estructurado de 11 preguntas cerradas y 6 preguntas de respuesta con escala de Likert, junto con una última pregunta abierta para recoger comentarios y sugerencias (ANEXO A).

El cuestionario, por tanto, está formado por un total de 17 ítems, agrupados en tres bloques: a) datos sociodemográficos, b) valoración de la continuidad asistencial recibida y c) valoración del IAE.

Bloque A.- Datos sociodemográficos del usuario (Preguntas 1 a 6).

Bloque B.- Valoración de la continuidad asistencial recibida (Preguntas 7 a 11).

Bloque C.- Valoración del IAE (Preguntas 12 a 17).

-Piloteo del cuestionario Con el objetivo de comprobar la comprensión del cuestionario por parte de los pacientes y familiares se lleva a cabo un pilotaje durante el mes de Enero de 2013, entregando el cuestionario original a los pacientes y familiares de la 5ª planta izquierda del HAM en un turno de tarde. Se comentó a cada uno los objetivos del estudio, del

cuestionario, la forma de cumplimentarlo, resolviendo las posibles dudas y comentando los posibles errores. Se recogieron 10 cuestionarios.

Tras el análisis de los cuestionarios pilotados, se decide incluir, en primer lugar, una breve explicación sobre el IAE, tras comprobar la ausencia de conocimientos al respecto por parte de los pacientes/familiares lo que impedía una correcta cumplimentación del cuestionario.

En el primer apartado del cuestionario (Bloque A) se incluye la variable paciente/familiar para clarificar quién rellena el cuestionario. Se elimina el segundo apartado “Valoración de conocimientos sobre los diferentes niveles asistenciales” por falta de entendimiento y se incluye una nueva variable sobre coordinación de los diferentes niveles asistenciales (pregunta 7) en el apartado “Valoración de la continuidad asistencial recibida”. En este mismo apartado, se reestructura la pregunta 9 y el orden de las diferentes preguntas, aportando mayor comprensión.

Por último, en el apartado “Valoración del informe de Alta de Enfermería” (Bloque C) se eliminan las preguntas 14, 19 y 20 por considerarlas repetitivas y se reformula la última pregunta para su mejor comprensión.

6.2.3.- Evaluación sobre los distintos niveles asistenciales y el IAE como garantía de continuidad asistencial por PE de AP y AE (FASE B).

6.2.3.1 Grupo 1: Personal de Enfermería de Atención Especializada:

-Población: PE de AE de las anteriormente nombradas unidades con ingreso del CHUF.

-Criterios de selección de la muestra: Se tendrán en cuenta los siguientes:

- a) Criterios de inclusión:** Todo aquel PE de unidades con ingreso de la XXIF.
- b) Criterios de exclusión:** Profesionales que tengan relación familiar con el investigador.

-Determinación del tamaño muestral: Según los datos obtenidos a partir de la memoria de la XXIF de 2011²², el número total de profesionales de Enfermería de AE durante el año 2011 es de 161, incluyendo las/os supervisoras/es.

Dados estos datos, para conseguir una significancia estadística del 95%, con una precisión del 3%, una proporción del 5% y esperando un posible 15% de pérdidas, el tamaño muestra del estudio con respecto al PE de AE será de 106 personas (para la realización de dicho cálculo se utiliza la fórmula anteriormente citada en apartado 6.2.2.).

-Diseño de cuestionarios: Para la recogida de los datos necesarios para el estudio se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las bases de datos documentales y metabuscadores citados anteriormente de posibles cuestionarios validados para nuestros objetivos; pudiendo contrastarse la inexistencia de documentación validada al respecto.

Por tanto, con el objetivo de conocer la opinión del PE de AE acerca del tema en estudio y ante esta inexistencia de cuestionarios validados, se ha elaborado un cuestionario ad hoc por parte de la investigadora (ANEXO B).

El cuestionario se plantea con un formato de 10 preguntas cerradas, 18 preguntas con escala de Likert y dos preguntas abiertas una de las cuales corresponde con la última pregunta para recoger comentarios y sugerencias.

El cuestionario se compone por tanto de 29 Ítems, agrupados en cinco bloques:

Bloque A.- Datos socio-demográficos del profesional, consideración de nivel de conocimientos propios y utilización diaria del PAE (Preguntas 1 a 8).

Bloque B.- Valoración de la coordinación entre niveles asistenciales (Preguntas 9 a 11).

Bloque C.- Valoración de la continuidad asistencial (Preguntas 12 a 17).

Bloque D.-Valoración de la necesidad del IAE (Preguntas 18 a 29).

-Pilotaje del cuestionario: Con el objetivo de comprobar la comprensión del cuestionario por parte de los PE de AE, se lleva a cabo un pilotaje durante el mes de Enero de 2013, entregando el cuestionario original al personal de Enfermería de la 5ª planta Izquierda: UE Neurología/Cardiología/Neumología y Unidad de Corta Estancia Hospitalaria de Medicina Interna. Se comentó el estudio con todas las enfermeras de la UE, indicando los objetivos del estudio, del cuestionario, la forma de cumplimentación, resolviendo las posibles dudas y comentando los posibles errores. Se recogieron 7 cuestionarios.

Tras el análisis de los cuestionarios pilotados se reformula la pregunta número 7 para su mejor comprensión y se incluye una nueva variable respecto a la actualización de los PAE. Además, se reformula la pregunta 26 añadiendo una nueva pregunta abierta con respecto a la organización del IAE. Por último, se añade una nueva posible respuesta a la pregunta número 28 “no se envía”.

6.2.3.2 Grupo 2: Personal de Enfermería de Atención Primaria:

-Población: PE de los CS y consultorios de la XXIF.

-Criterios de selección de la muestra:

a) Criterios de inclusión: Todo aquel PE de los CS y consultorios de AP de la XXIF.

b) Criterios de exclusión:

- Profesionales que tengan relación familiar con el investigador.
- Profesional de Puntos de Atención Continuada, pues no tienen pacientes de referencia al dedicarse únicamente a la atención urgente y, por lo tanto, no se continúa en consulta el seguimiento del paciente.

-Determinación del tamaño muestral: Según los datos obtenidos a partir de la memoria de la XXIF del año 2011²², última publicada, el número total

de PE de AP es de 126 incluyendo las/os coordinadoras/es (ya que realizan trabajo asistencial).

Dados estos datos, para conseguir una significancia estadística del 95%, con una precisión del 3%, una proporción del 5% y esperando un posible 15% de pérdidas, el tamaño muestra del estudio con respecto al PE de AP es de 92 personas (para la realización de dicho cálculo se utiliza la fórmula anteriormente citada en apartado 6.2.2).

-Diseño de cuestionarios: Para la recogida de los datos necesarios para el estudio, se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las bases de datos documentales y metabuscadores antes citados de posibles cuestionarios validados para nuestros objetivos; no se ha encontrado información relevante al respecto, pudiendo contrastarse la inexistencia de documentación validada al respecto. Por tanto, se elabora un cuestionario ad hoc propio por parte de la investigadora para profesionales de Enfermería de AP, debido a la ausencia de cuestionarios validados (ANEXO C).

El cuestionario se plantea con un formato de 11 preguntas cerradas, 14 preguntas con escala de Likert y 2 preguntas abiertas siendo unas de ellas la última pregunta para recoger comentarios y sugerencias. Consta, por tanto, de 26 Ítems agrupados en cuatro bloques:

Bloque A.- Datos socio-demográficos del profesional, consideración de nivel de conocimientos propios y utilización diaria del PAE (Preguntas 1 a 8).

Bloque B.- Valoración de la coordinación entre niveles asistenciales (Preguntas 9 a 11).

Bloque C.- Valoración de la continuidad asistencial (Preguntas 12 a 16).

Bloque D. Valoración de la necesidad del IAE (Preguntas 17 a 26).

Pilotaje del cuestionario: Con el objetivo de comprobar la comprensión del cuestionario por parte de los profesionales de Enfermería de AP se lleva a cabo un pilotaje durante el mes de Enero de 2013, entregando el

cuestionario original al personal de Enfermería del CS de Caranza perteneciente a la XXIF durante dos turnos de trabajo, mañana y tarde. Se comentó a cada enfermera, junto con la coordinadora, los objetivos del estudio, del cuestionario, la forma de cumplimentarlo, resolviendo las posibles dudas y comentando los posibles errores. Se recogieron cuestionarios 5 cuestionarios.

Tras el análisis de los cuestionarios pilotados, se reformula la variable número 7 para su mayor comprensión y se añade a continuación una variable con respecto a la actualización de los planes de cuidados.

En el último apartado (Bloque D) se reformula la pregunta 23 y se incluye una pregunta abierta para sugerencias de organización del IAE.

Por último, se añade a la variable número 25 una posible respuesta más “no se recibe”.

6.3 Consideraciones éticas:

Con el fin de garantizar un tratamiento confidencial de los datos obtenidos a todo aquel que voluntariamente participe en el estudio, según la Ley Orgánica 5/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal²⁶ se han confeccionado unas hojas informativas sobre la temática a investigar, el fin del estudio, el tratamiento legal de datos y sus derechos, las cuáles se entregará a cada participante. Así, todas las partes implicadas en el estudio tendrán en el tratamiento de datos una garantía de estricta confidencialidad y anonimato. Además, toda la documentación será destruida al finalizar el estudio.

Se solicita permiso en Diciembre de 2012 para la realización del presente estudio al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de Galicia. Tras la obtención del permiso por parte del CEIC el día 10 de Abril de 2012 (ANEXO F), se solicitaron los permisos éticos necesarios a la dirección de la XXIF para llevar a cabo la investigación en su ámbito asistencial obteniendo, por tanto, acceso a pacientes y profesionales el día 7 de mayo de 2012 (ANEXO G).

Con el fin de informar a todas aquellas personas que participan en el estudio se han confeccionado dos tipos de documentos informativos: uno

dirigido al supervisor/a de cada UE y coordinadora de cada CS dónde se llevará a cabo la investigación y otro dirigido a pacientes y familiares, los cuales incluyen la temática a investigar, la finalidad del estudio, el tratamiento legal de los datos y sus derechos. Estos documentos se entregan a cada participante junto con cada cuestionario (Anexo D y E).

La autora del presente estudio de investigación, declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el tema a estudio.

6.4 Recogida de datos:

Tras la concesión de los permisos pertinentes por el CEIC y la Xerencia de Soporte de la XXIF, durante los meses de Abril y Mayo del 2013, se procede a la entrega de los cuestionarios diseñados para pacientes, PE de AP y de AE.

En primer lugar se informó a las supervisoras/es de las anteriormente nombradas UE del CHUF y coordinadoras/es de los CS, aportando el documento informativo previo, explicando la forma correcta de rellenar los mismos y solicitando colaboración con los cuestionarios que nos puedan ser dados y/o recogidos en mano por la investigadora. A continuación, se procedió a la entrega y recogida personal por parte de la investigadora de cuestionarios dirigidos a pacientes, familiares y profesionales por parte de la investigadora, en mano a cada participante.

6.5 Análisis de datos:

El análisis estadístico realizado ha sido de tipo descriptivo observacional de corte transversal, bivariado e inferencial mediante el cálculo de frecuencias, porcentajes y medidas de dispersión.

Además se realiza el Test Exacto de Fisher que nos permite analizar si cada uno de los ítems del cuestionario está asociado con los datos del Bloque A nombrados anteriormente. En todos los casos el nivel de significancia buscado será de $p < 0.05$.

Para la tabulación de datos y la realización de pruebas estadísticas y cálculos necesarios se utilizaron los siguientes aplicativos:

- Microsoft Office Excel 2007®
- Statistical Package for the Social Sciences 19 (SPSS 19).

7. RESULTADOS

A continuación, se procede a exponer los datos obtenidos en cada fase de estudio.

FASE A: VALORACIÓN DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA POR PARTE DE LOS USUARIOS DEL ÁREA

Se han recogido 235 cuestionarios, siendo la muestra significativa, con un 95% de seguridad, ya que se alcanza el tamaño muestral (n=235).

Bloque A: Datos sociodemográficos: Las variables sociodemográficas de pacientes y familiares se exponen la siguiente tabla (Tabla III):

BLOQUE A: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Ítem		(%)	Población
Identificación	Paciente	51,9	122
	Familiar	45,1	106
	NS/NC	3	7
Sexo	Hombres	27,7	65
	Mujeres	70,6	166
	NS/NC	1,7	4
Edad	18-30años	13,6	32
	30-50 años	50,6	119
	50-70 años	28,5	67
	> 70 años	6,8	16
	NS/NC	0,4	1
Nivel de estudios	Sin estudios	3,8	9
	Primarios	23,4	55
	Secundarios	11,5	27
	Bachiller/FP	33,6	79
	Universitarios	26	61
	NS/NC	1,7	4
Unidad de hospitalización	NS/NC	36,6	86
	Tocología	20,4	48
	Neurología	20,4	48
	Traumatología	8,5	20
	Ginecología	5,5	13
	Cirugía general	4,7	11
	Urología	3,8	9
	Fontenla Maristany	18,3	43
	Narón	17,9	42
	As Pontes	5,5	13
	Valdoviño	4,3	10

CS al que pertenecen	Fene	4,3	10
	Serantes	3,8	9
	Mugardos	3,	9
	Pontedeume	4	9
	Ortigueira	3,4	8
	Cedeira	3	7
	Caranza	3	7
	Ares	2,1	5
	Neda	2,1	5
	Cariño	1,7	4
	Cabanas	1,3	3
	Cerdido	0,9	2
	Moeche	0,9	2
	San Sadurniño	1	2
	Mañón	0,9	2
	A Capela	0,9	2
	As Somozas	0,4	1
	Monfero	0,4	1
	NS/NC	16,6	39

Tabla III. Distribución de Frecuencias y porcentajes de las variables socio demográficas de los usuarios y familiares encuestados.

Ítem 2. Distribución de la muestra en función del sexo: El 70,6% de la muestra fueron mujeres y el 27,7% hombres (Fig. 1).

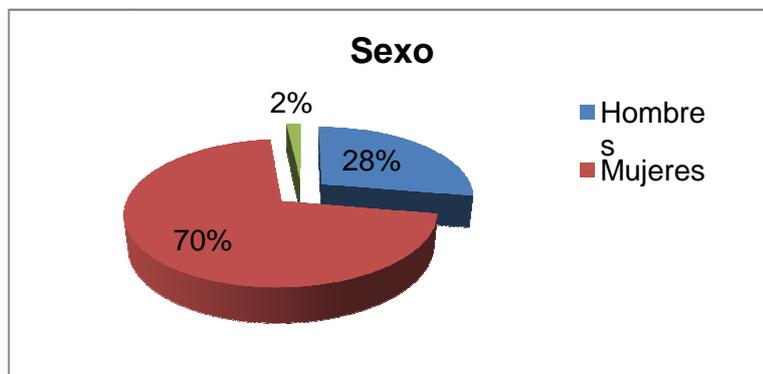


Fig.1. Distribución de usuarios/as en función del sexo.

Ítem 3. Datos etarios: En cuanto a la edad, el grupo el de mayor población (50,6%) se sitúa entre los 30 y 50 años (Fig. 2).

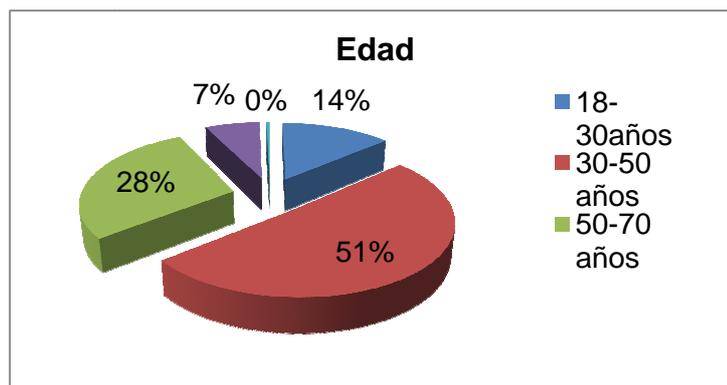


Fig.2. Representación de distintos grupos de edad de los usuarios (años).

Ítem 4. Nivel de estudios: El 33,6% de los/as encuestados/as refieren tener estudios de Bachillerato y/o Formación profesional, el 26% son Universitarios, el 23,4 poseía Estudios Primarios frente a un 3,8% que refiere no tener estudios (Fig.3).

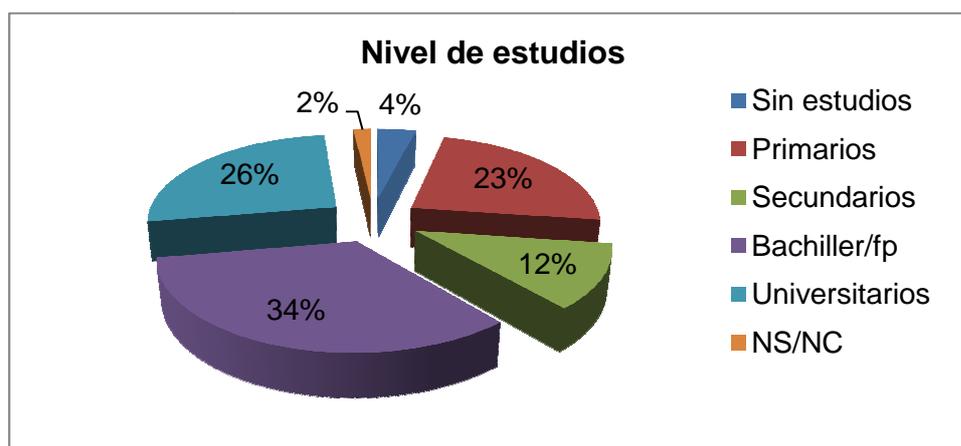


Fig. 3 Representación del nivel de estudios de los usuarios encuestados/as.

Ítem 5. Unidad de hospitalización en AE: En cuanto a la planta de hospitalización de los usuarios, un 36,6% de los/as encuestados/as ha optado por la opción NS/NC; las unidades en las que más encuestas se han recogido han sido la 5ª planta de Neurología y la 3ª de Tocología, con un 20,4% cada una (Fig. 4).

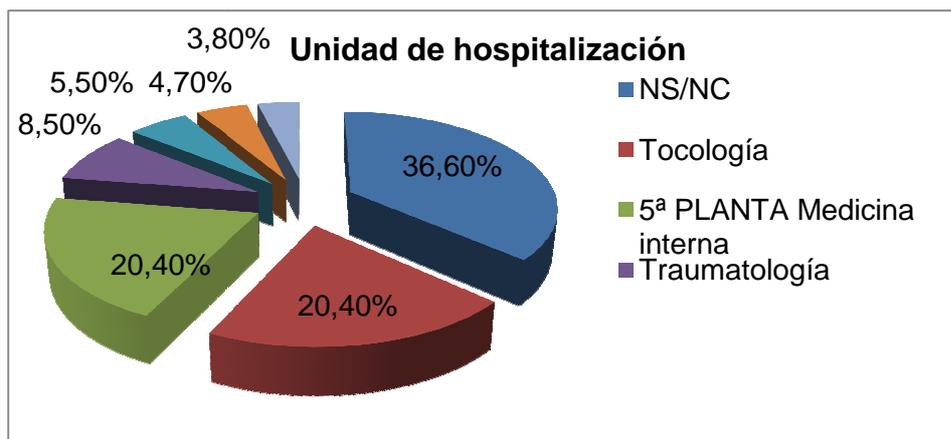


Fig.4. Distribución de los usuarios en función de la planta de hospitalización.

Ítem 6. Centro de Salud al que pertenece el paciente: Un 18,3% refiere el CS Fontenla Maristany como centro de referencia y el CS de Narón con un porcentaje del 17,9%. Un 16,6% de los encuestados optó por la opción de no sabe/no contesta (Fig. 5).

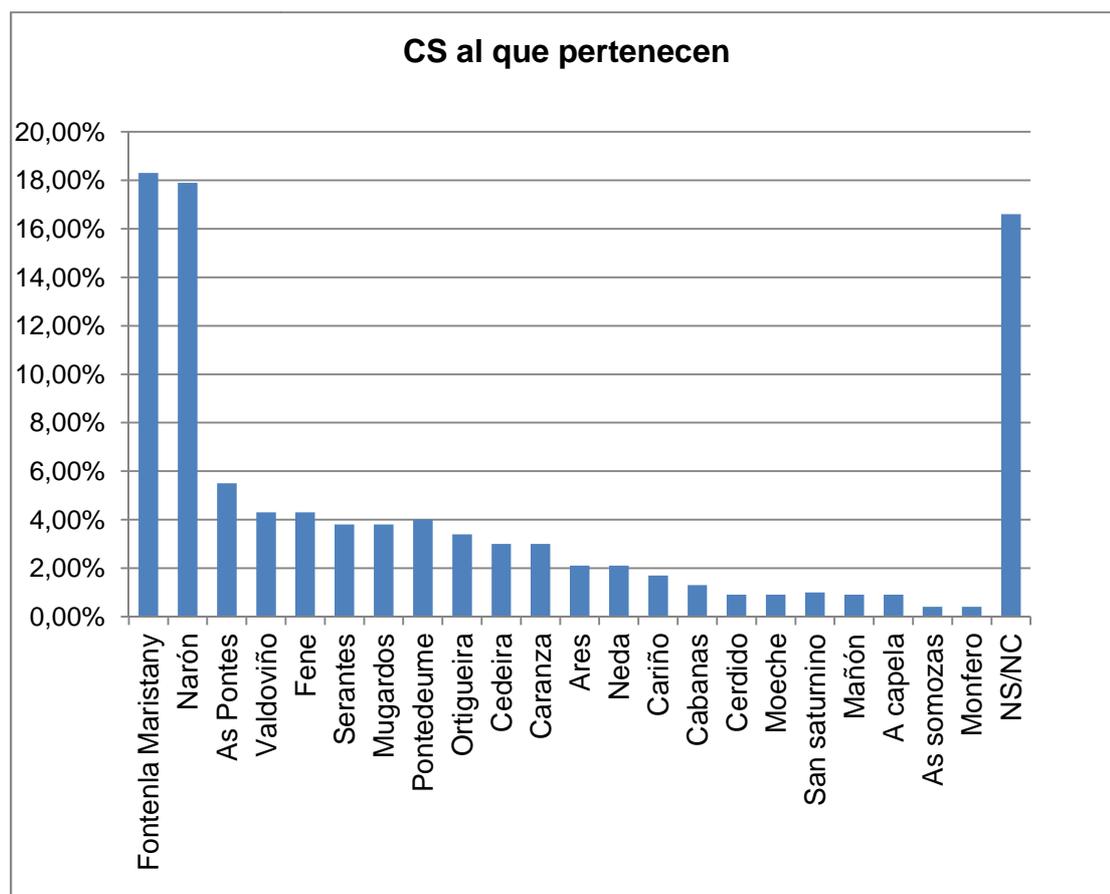


Fig.5. Distribución de los usuarios en función del CS al que pertenecen.

Bloque B: Valoración de la coordinación entre personal de Enfermería del Hospital y del Centro de Salud.

-Ítem 7: Coordinación del PE: En cuanto a la coordinación entre el PE del CS y el de AE, un 23,8% de los/as usuarios encuestados/as considera que están bastante coordinados, otro 23,8 considera que están algo coordinados, un 15,3% piensa que nada coordinados y un 5,1% opina que están totalmente coordinados.

El 62,5% opinan que la coordinación entre niveles asistenciales es escasa, entre algo y nada coordinados y un 28,9% califica esta coordinación entre bastante y total (Tabla IV).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada coordinados	15,3	36
Poco coordinados	23,4	55
Algo coordinados	23,8	56
Bastante coordinados	23,8	56
Totalmente coordinados	5,1	12
NS/NC	8,5	20

Tabla IV. Valoración, por parte de los usuarios, del nivel de coordinación que piensan que existe entre AP y AE.

Ítem 8: Explicación de los cuidados y precauciones a seguir en el domicilio: Respecto a las precauciones y cuidados a seguir en el domicilio, el 58,3% refiere que sí le fueron explicadas por la/el enfermera/o al alta mientras que un 31,1% refiere lo contrario (Fig. 6).

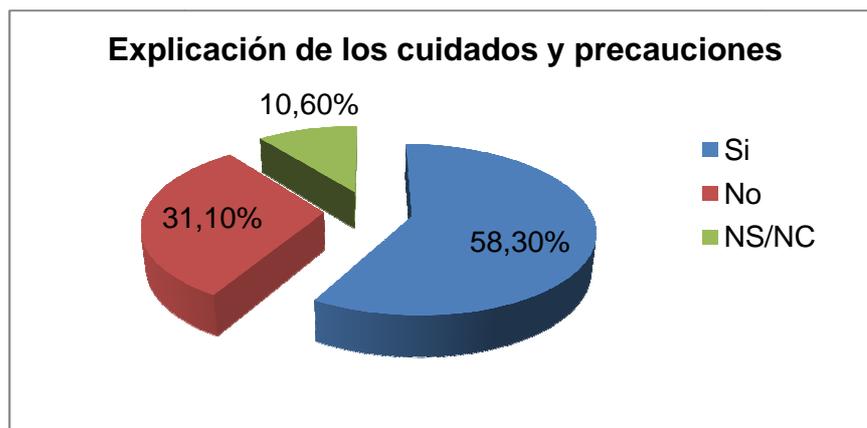


Fig. 6. Explicación de las precauciones y cuidados a seguir en el domicilio.

Ítem 9: Valoración de las explicaciones facilitadas por el/la enfermero/a: En cuanto a las explicaciones facilitadas por la/el enfermera/o, un 31,9% las considera bastante útiles frente a un 3% que las considera nada útiles (Tabla V).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada útiles	3	7
Algo útiles	13,2	31
Bastante útiles	31,9	75
Muy útiles	28,9	68
Imprescindibles	8,5	20
NS/NC	14,5	34

Tabla V. Porcentajes y frecuencias de la utilidad de los cuidados y precauciones facilitadas.

Ítem 10: Necesidad de acudir al centro de salud para continuar con los cuidados: En relación a la necesidad de acudir al CS para continuar con los cuidados que había comenzado en el hospital, un 53,6% refiere que sí fue necesario frente al 31,5% que refiere que no (Fig.7).

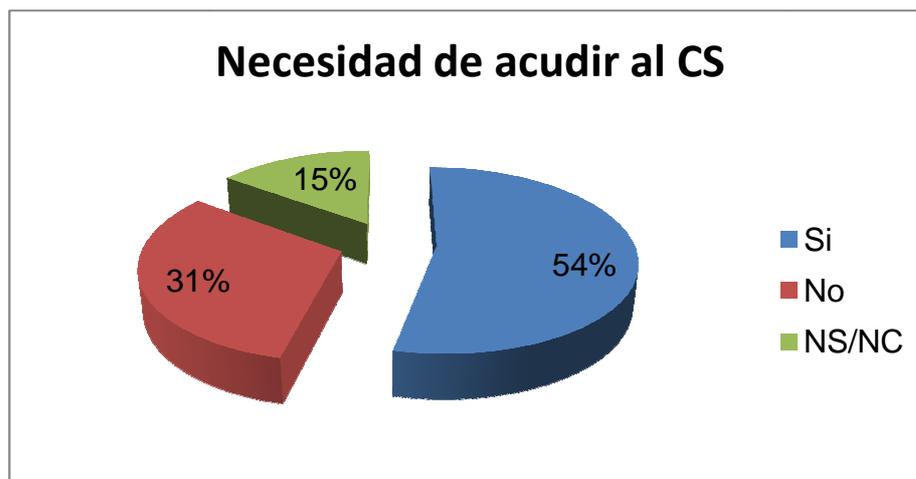


Fig.7. representación esquemática de la necesidad de acudir al CS tras el alta hospitalaria.

Ítem 11: Enfermera/o de Atención primaria informado/a o no del alta hospitalaria: Un 43% de los/las encuestados/as refiere que su enfermera/o de referencia no estaba informada/o de su alta hospitalaria frente al 30,6% que refiere que sí lo estaba (Fig. 8).

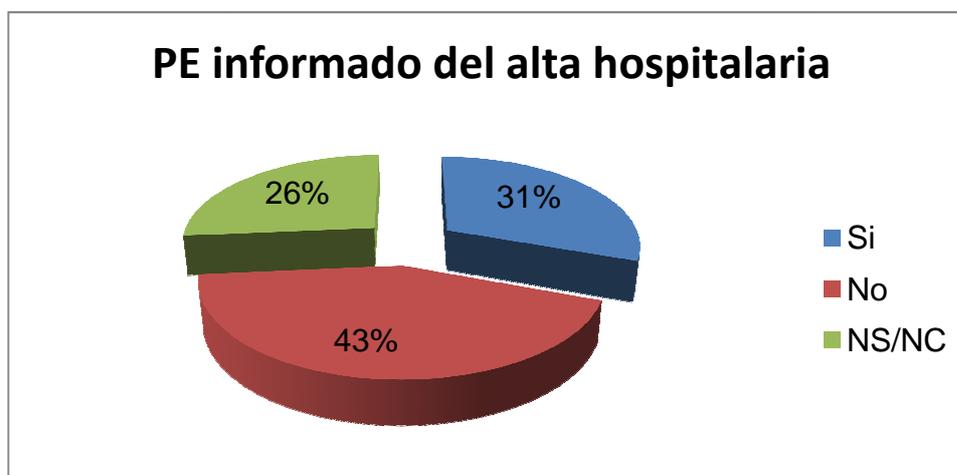


Fig.8. Porcentajes y frecuencias respecto a si estaba o no su enfermero/a de AP informada/o de su alta hospitalaria.

Bloque C: Valoración del Informe de Alta de Enfermería

Ítem 12 e ítem 13: Recepción del de Alta de Enfermería/recomendaciones de cuidados por escrito: Con respecto al IAE, un 80,4% refiere no haberlo recibido nunca frente al 13,2% que refiere si haberlo recibido en alguna ocasión. Algo similar ocurre con la entrega de recomendaciones de cuidados por escrito ya que un 69,8%

dice no haberlas recibido nunca frente al 20,9% que dice si haberlas recibido alguna vez (Fig.9).

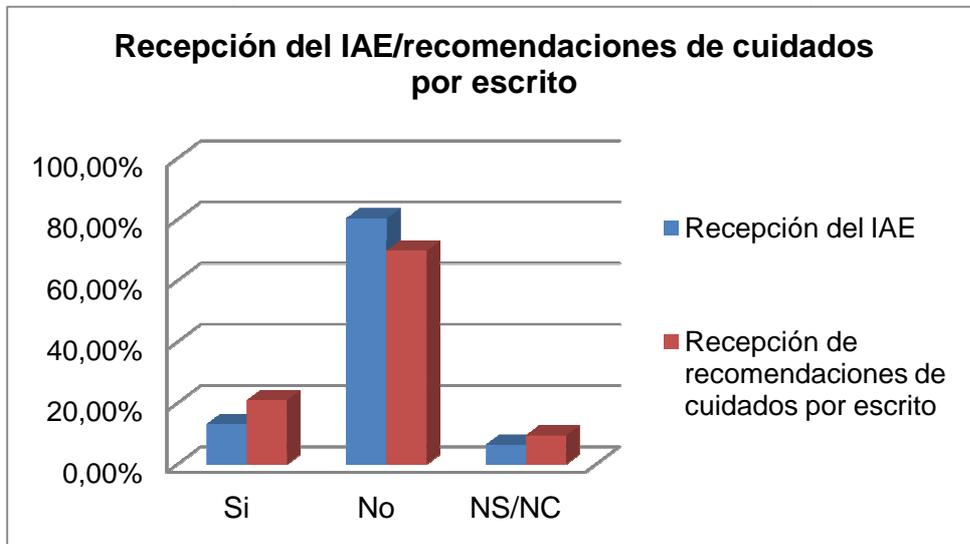


Fig.9 Comparación entre la recepción del IAE y de las recomendaciones de cuidados por escrito.

Ítem 14: Facilidad de comprensión de la información proporcionada:

En cuanto a la facilidad de entendimiento de la información proporcionada, un 70,6% no sabe/no contesta, un 23,4% la considera fácil de entender y un 1,3% la considera difícil o bastante difícil de entender (Tabla VI).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Difícil de entender	1,3	3
Algo difícil de entender	3,4	8
Fácil de entender	23,4	55
Bastante difícil	1,3	3
Muy difícil	0	0
NS/NC	70,6	166

Tabla VI. Porcentajes y frecuencias sobre la facilidad de entendimiento de la información proporcionada.

Ítem 15: Utilidad de las recomendaciones de cuidados: En relación a la utilidad de la entrega por escrito de recomendaciones para continuar

con los cuidados en el domicilio, un 38,3% las considera imprescindibles, un 31,5% muy útiles, un 17,4% bastante útiles y un 5,1% algo útiles (Tabla VII).

El 87,2% de los usuarios encuestados consideran la entrega de recomendaciones para continuar con los cuidados en el domicilio entre bastante útiles e imprescindibles. A continuación, se representan esquemáticamente los porcentajes que corresponden a la utilidad de las recomendaciones de cuidados para continuar con los cuidados en el domicilio.

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada útil	0	0
Algo útil	5,1	12
Bastante útil	17,4	41
Muy útil	31,5	74
Imprescindible	38,3	90
NS/NC	7,7	18

Tabla VII. Porcentajes y frecuencias en relación a la utilidad de las recomendaciones de cuidados.

Ítem 16: Necesidad de entrega del de Alta de Enfermería: En lo que se refiere a la necesidad de entrega de el IAE al igual que alta médica para continuar con los cuidados en el domicilio, un 39,1% lo considera totalmente necesario, un 30,2% muy necesario, un 19,1% bastante necesario, un 3%poco necesario y un 1,3% nada necesario (Tabla VIII).

El 88,4% de los usuarios encuestados consideran la necesidad de la entrega del IAE entre bastante y totalmente necesario, y tan solo el 4,3% lo consideran poco o nada necesario.

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada necesario	1,3	3
Poco necesario	3	7
Bastante necesario	19,1	45

Muy necesario	30,2	71
Totalmente necesario	39,1	92
NS/NC	7,2	17

Tabla VIII. Frecuencias y porcentajes en relación a la necesidad de entrega del IAE al igual que el Informe de alta médico.

Ítem 17: Satisfacción con el Informe de Alta de Enfermería: En cuanto a la satisfacción con el IAE, un 83,8% no sabe/no contesta, un 7,7% refiere estar bastante satisfecho, un 3,4% poco satisfecho, un 2,6% muy satisfecho y un 2,1% totalmente satisfechos (Tabla IX).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada satisfecho	0,4	1
Poco satisfecho	3,4	8
Bastante satisfecho	7,7	18
Muy satisfecho	2,6	6
Totalmente satisfecho	2,1	5
NS/NC	83,8	197

Tabla IX. Porcentajes y frecuencias en cuanto a la satisfacción del los usuarios con el IAE.

En el último apartado de respuesta abierta para que los usuarios escribieran sugerencias, propuestas o comentarios libremente y respecto del tema a estudio, se recogieron las siguientes contestaciones: (Tabla X)

La información es totalmente de forma oral.

Pienso que además del alta hospitalaria, tiene que ser imprescindible el IAE. Ambos deben ser remitidos al médico de cabecera y este remitirlo al área de Enfermería para su conocimiento y posterior tratamiento, si es necesario.

Creo que se le debería de dar mayor protagonismo a la Enfermería desde el propio SERGAS y deberían tener más contacto con el paciente en terapias y cuidados para ser de mejor calidad.

No creo que haga falta el IAE. Con consejos por el médico cuando da el alta ya da las orientaciones necesarias para seguir en casa.

Considero que es muy conveniente recibir un IAE por escrito y poder continuar con los cuidados precisos.

Considero que debería de haber una interacción entre la ATS del hospital

y la del CS para valorar mejor al paciente y dar consejos necesarios que ayuden a mejorar la calidad de vida.

Creo que un IAE seria complementario al del facultativo Además ayudarían a aquellos pacientes que tienen que realizar curas en sus domicilios.

Que una sonrisa ayuda y anima más que las malas caras.

Que permitan poder emitir el IAE

Que dentro del propio centro sanitario, los/as enfermeros/as de distintas secciones conozcan el protocolo de unas y otras para no contradecirse en sus consejos ya que si estos no son unánimes dan lugar a mas dudas.

Que unifiquen software médico y de enfermería del CS y hospitales para que todos puedan tener a su disposición de forma rápida y fácil toda la información sobre los pacientes. No recortar en sanidad y aumentar el personal para no estar sobrecargados de trabajo y poder dedicar el tiempo necesario a cada paciente.

Que den por escrito todos los procedimientos y precauciones a seguir en el domicilio una vez dada el alta hospitalaria, que sean en entendibles por personas que desconocen términos médicos.

Tabla X. Sugerencias, propuestas y comentarios respecto al tema a estudio.

FASE B: Evaluación de los distintos niveles asistenciales y el Informe de Alta de Enfermería como garantía de continuidad asistencial por el personal de Enfermería de AE y AP.

GRUPO 1: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

En la siguiente tabla se exponen los porcentajes y frecuencias de los datos sociodemográficos del PE de AP (Tabla XI).

BLOQUE A DATOS SOCIOPROFESIONALES			
Ítem		(%)	Población
CS en el que presta sus servicios	CS Ares	3,3	3
	CS Cabañas	2,2	2
	CS Caranza	5,4	5
	CS Cariño	1,1	1
	CS Cedeira	5,4	5
	CS Fene	3,3	3
	CS Fontenla Maristany	23,9	22
	CS Mugardos	3,3	3
	CS Narón	8,7	8
	CS Neda	2,2	2
	CS Ortigueira	3,3	3

	CS Pontedeume	5,4	5
	CS Serantes	4,3	4
	CS Valdoviño	2,2	2
	NS/NC	26,1	24
Edad	21-30 años	6,5	6
	30-50 años	29,3	27
	50-67años	63	58
	NS/NC	1,1	1
Sexo	Hombre	12	11
	Mujer	87	80
	NS/NC	1,1	1
Tipo de contrato actual	Fijo	71,7	66
	Eventual	22,8	21
	Interino	5,4	5
Años de experiencia laboral	De 0 a 5 años	4,3	4
	De 5 a 10 años	16,3	15
	De 10 a 20 años	8,7	8
	>De 20 años	70,7	65

Tabla XI. Datos sociodemográficos del personal encuestado.

Ítem 1: Centro de Salud en el que presta servicios: Con respecto al CS del PE, el 23,9% pertenece al CS Fontenla Maristany. Un 26,1% de los encuestados decidió no responder a esta pregunta (Fig. 10).

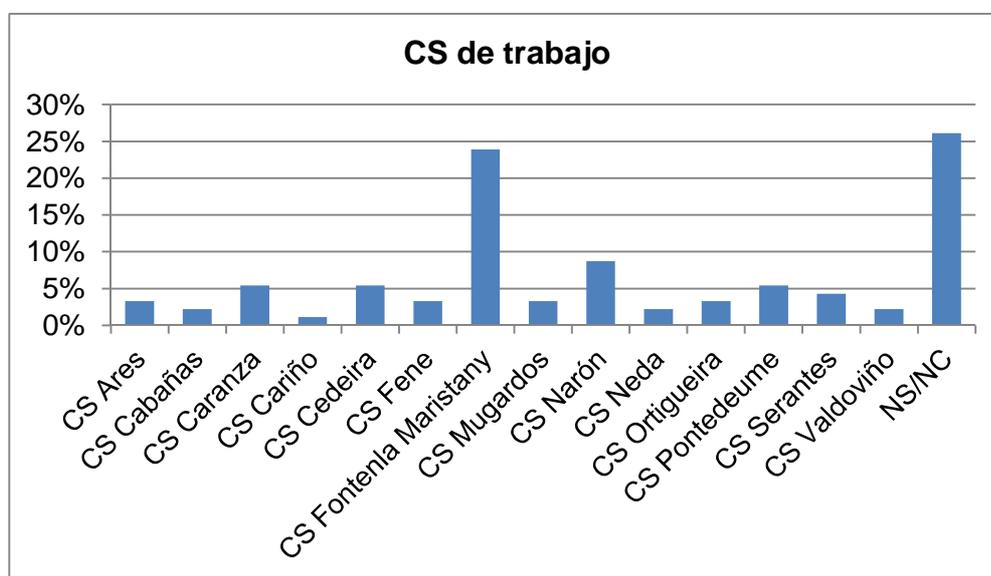


Fig. 10. Distribución del personal de AP en función del CS de trabajo.

Ítem 2: Datos etarios de la muestra: En cuanto a la edad, el 63% de la población estudiada se sitúa en el rango de edades de entre 50-67 años., siendo este grupo el de mayor población (Fig. 11).

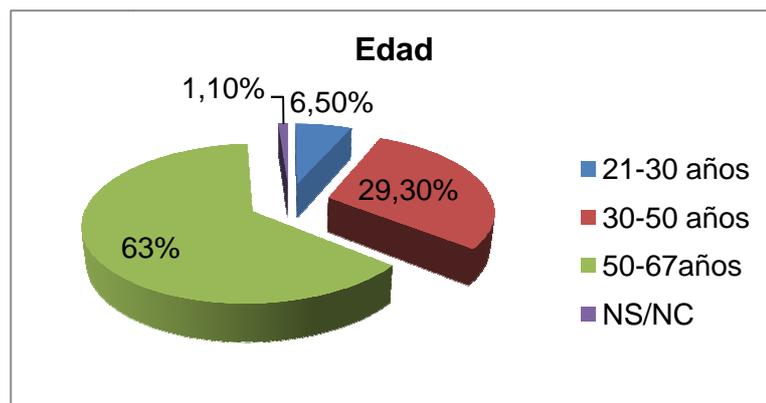


Fig. 11. Representación de distintos grupos de edad del PE de AP.

Ítem 3: Distribución por sexo de los profesionales encuestados: El 87% de los/as encuestados/as pertenecían al sexo femenino, el 12% al sexo masculino, existiendo un 1,10% de encuestados que no respondieron a esta pregunta (Fig. 12).

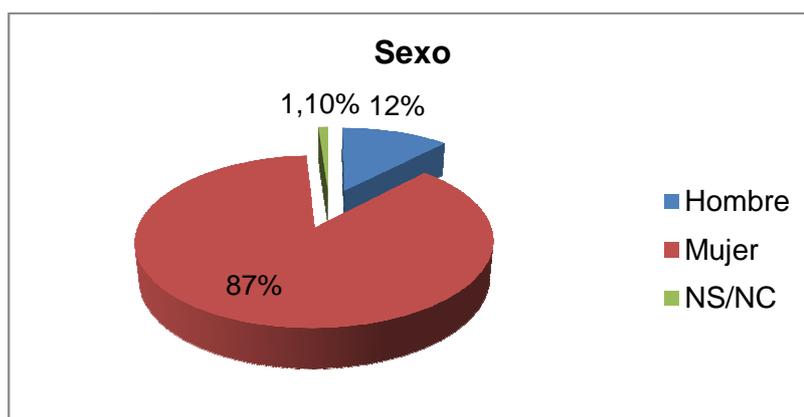


Fig. 12. Representación de la cantidad de hombres y mujeres encuestados/as.

Ítem 4: Distribución de la muestra según el tipo de contrato: Un 71,7% de los/as encuestados/as se corresponde con PE con plaza fija tal y cómo se puede observar en el siguiente gráfico (Fig. 13).

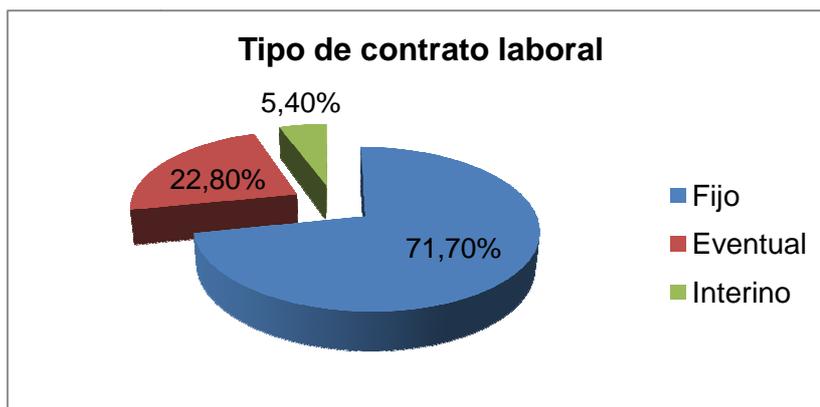


Fig. 13. Distribución de enfermeros/as según su contrato laboral.

Ítem 5: Distribución de los profesionales encuestados por años de experiencia laboral: En lo que se refiere a experiencia laboral destaca aquella de más de 20 años constituida por un 70,7% de los/as encuestados/as (Fig. 14).

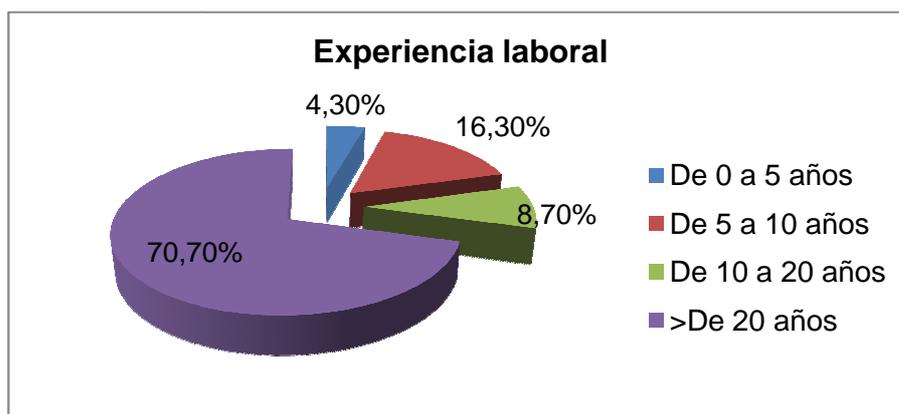


Fig. 14. Distribución del personal en función de la experiencia laboral

Ítem 6: Nivel de conocimientos sobre el Proceso de Atención de Enfermería: En cuanto al nivel de conocimientos sobre el PAE, el 78,3% del personal encuestado considera que su nivel de conocimientos sobre el PAE se sitúa entre bastante adecuado y excelente (Tabla XII).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada adecuado	0	0
Poco adecuado	20,7	19
Bastante adecuado	53,3	49
Muy adecuado	19,6	18

Excelente	5,4	5
NS/NC	1,1	1

Tabla XII. Respuestas en función del nivel de conocimientos sobre el PAE.

Existe significancia estadística entre las variables edad y conocimientos sobre PAE en personal de AP ($p = 0,009$), así como entre las variables tipo de contrato actual y conocimientos sobre el PAE en Personal de AP ($p = 0,012$)

Ítem 7 e ítem 8: Elaboración y actualización de los planes de cuidados: A la pregunta sobre elaboración de planes de cuidados, un 57,6% refiere elaborarlos ocasionalmente o nunca, y un 38% menciona elaborarlos en bastantes ocasiones, casi siempre o siempre.

En cuanto a la actualización de los planes de cuidados de acuerdo al estado de los pacientes, un 40,2% refiere actualizarlos ocasionalmente o nunca, y un 46,9% afirma actualizarlos entre bastantes veces y siempre.

En la siguiente tabla podemos ver una comparación de porcentajes y frecuencias de ambos ítems (Tabla XIII):

Respuestas	Porcentajes (%)		Frecuencias (%)	
	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 6	Ítem 7
Nunca	8,7	7,6	8	7
Ocasionalmente	48,9	32,6	45	30
Bastantes veces	21,7	22,8	20	21
Casi siempre	9,8	13	9	12
Siempre	6,5	14,1	6	13
NS/NC	4,3	9,8	4	9

Tabla XIII. Comparación de porcentajes y frecuencias entre la realización y actualización de planes de cuidados.

En el siguiente gráfico podemos observar la anterior comparación (Fig. 15):

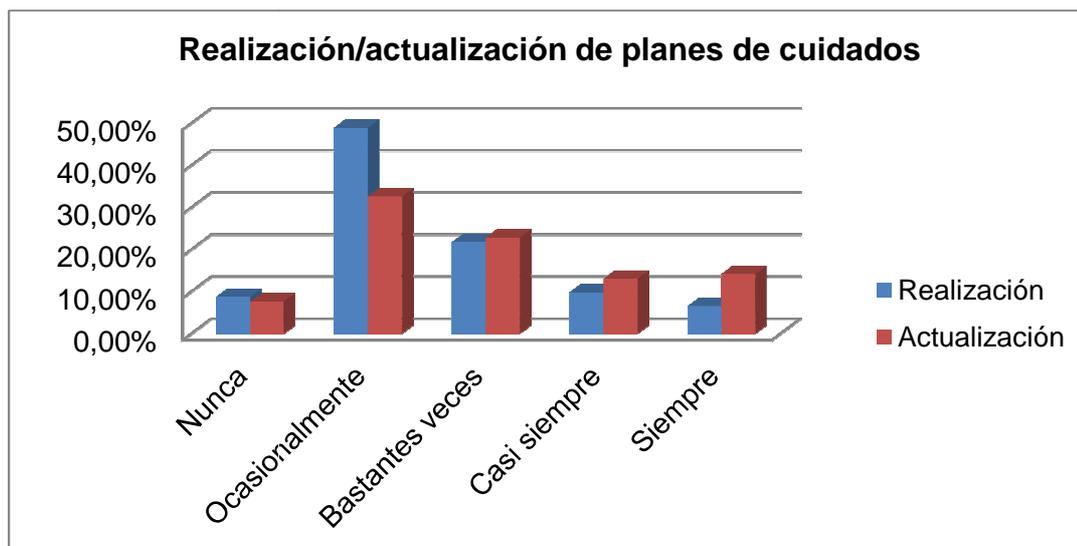


Fig.15. Comparación entre la realización y actualización de planes de cuidados por parte del PE de AE.

Bloque B: Valoración de la coordinación entre niveles asistenciales.

Ítem 9: Valoración de la coordinación entre niveles asistenciales: En cuanto a la coordinación de los distintos niveles asistenciales, un 10,9% considera que están bastante o totalmente coordinados, mientras que el 85,9% afirma que lo están entre algo y nada coordinados (Tabla XIV).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada coordinados	13	12
Poco coordinados	35,9	33
Algo coordinados	37	34
Bastante coordinados	8,7	8
Totalmente coordinados	2,2	2
NS/NC	3,3	3

Tabla XIV. Coordinación de ambos niveles asistenciales

Ítem 10: Existencia de un responsable de coordinación Atención Primaria/Atención Especializada: Un 81,5%, afirma que no existe un responsable de coordinación entre AP y AE frente a un 9,8% que considera que sí existe (Fig. 16).

Aquellas personas que consideran que sí existe un responsable de coordinación hicieron referencia a los siguientes puestos como responsables de dicha coordinación: Coordinadora, Enfermera, Coordinador médico.

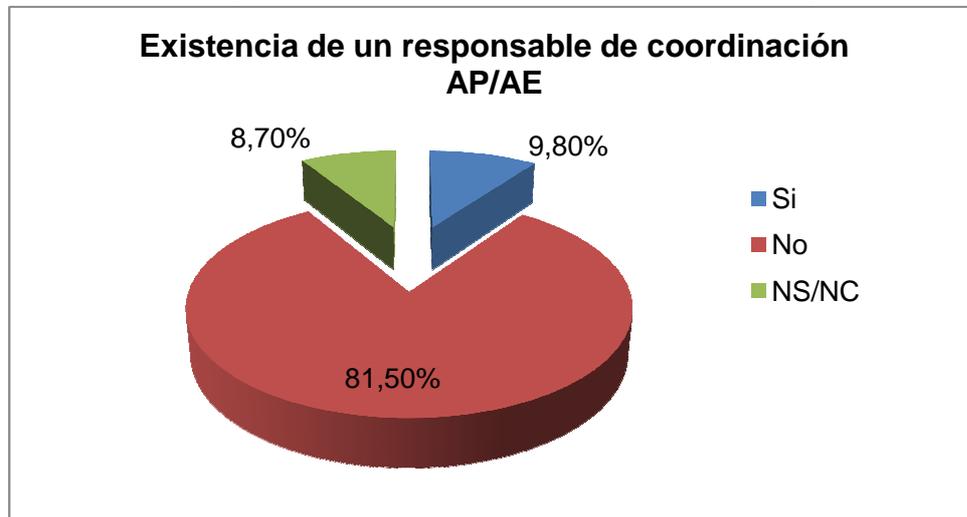


Fig.16. Representación de la existencia o no de un responsable de coordinación interniveles.

Ítem 11. Valoración de la comunicación entre niveles asistenciales:

En cuanto a la valoración de la comunicación entre niveles asistenciales, un 38% considera esta como regular y un 26,1% como mala frente a un 13% que opina que es buena y un 1,1% que es excelente (Tabla XV).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nula	10,9	10
Mala	26,1	24
Regular	38	35
Buena	13	12
Excelente	1,1	1
NS/NC	10,9	10

Tabla XV. Valoración de la comunicación interniveles por enfermeros/as de AP

Bloque C: Valoración de la continuidad asistencial.

Ítem 12: Valoración sobre si las recomendaciones de cuidados son una buena forma de comunicación interniveles: Acerca de la cuestión

sobre si consideran las recomendaciones una buena forma de comunicación interniveles para garantizar la continuidad asistencial, un 89,1% dicen que sí frente a un 3,3% que consideran que no (Fig. 17).

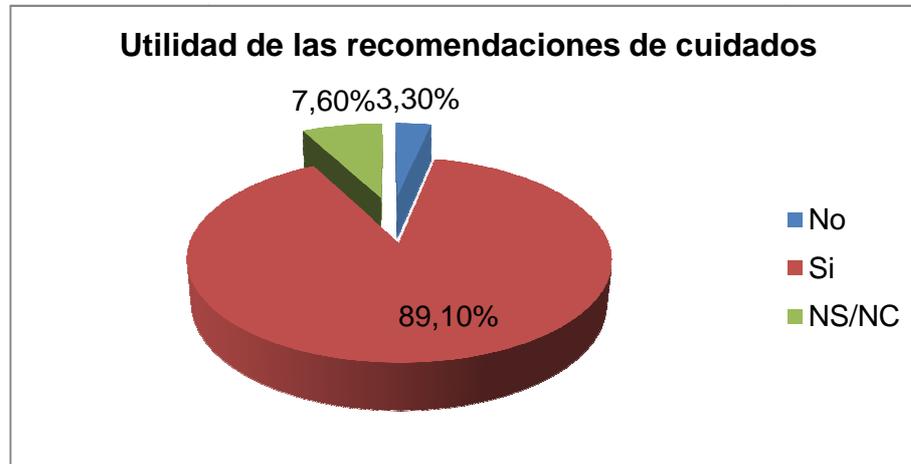


Fig.17. Representación gráfica de la utilidad de las recomendaciones de cuidados para seguimiento del paciente en su domicilio tras el alta.

Ítem 13: Importancia de la continuidad asistencial: En lo que se refiere al grado de importancia de la continuidad asistencial dentro de los servicios sanitarios, un 44,6% considera que es muy importante, un 31,5% la considera imprescindible y un 20,7% bastante importante. Sin embargo, un 1,1% la considera poco importante (Tabla XVI).

El 96,8% de los/as enfermeros/as encuestados/as consideran que la continuidad asistencial está entre bastante importante e imprescindible.

Respuestas	Porcentajes	Frecuencias
Nada importante	0	0
Poco importante	1,1	1
Bastante importante	20,7	19
Muy importante	44,6	41
Imprescindible	31,5	29
NS/NC	2,2	2

Tabla XVI. Importancia de la continuidad asistencial para el PE de AP.

Existe significancia estadística entre las variables centro de salud en el que presta sus servicios e importancia de la continuidad asistencial dentro

de los servicios sanitarios ($p=0,049$), así como con la tipo de contrato actual ($p=0,028$).

Ítem 14: Continuidad adecuada de los cuidados de Enfermería prestados en el hospital en Atención Primaria: A la pregunta de si los cuidados de Enfermería que se realizan en el hospital tienen su continuidad adecuada en AP, un 20,7% considera que esto sucede en menos del 50% de las ocasiones, un 27,2% considera que entre el 50-75%, un 27,2% considera que esto sucede en más del 75%, el 6,5% considera que nunca tienen la continuidad adecuada y un 17,4% considera que la tienen siempre (Tabla XVII).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nunca (0%)	6,5	6
<50%	20,7	19
50-75%	27,2	25
>75%	27,2	25
Siempre	17,4	16
NS/NC	1,1	1

Tabla XVII. Cuidados de Enfermería que tienen continuidad adecuada en AP.

Ítem 15: Seguimiento de la continuidad asistencial: En cuanto a la pregunta sobre la existencia o no de seguimiento asistencial en la institución, el 23,9% considera que ocasionalmente, el 20,7% que casi siempre frente a un 17,4% que considera que nunca existe un seguimiento (Tabla XVIII).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nunca	17,4	16
Ocasionalmente	23,9	22
Bastantes veces	14,1	13
Casi siempre	20,7	19
Siempre	13	12

NS/NC

10,9

10

Tabla XVIII. Porcentajes y frecuencias del seguimiento de la continuidad asistencial.

Ítem 16: Mecanismos que garantizan la continuidad asistencial: Entre los mecanismos que garantizan la continuidad asistencial, el 48% de los profesionales se decanta por el Informe de Enfermería, siendo esta opción la de mayor porcentaje de respuestas (Fig.18).

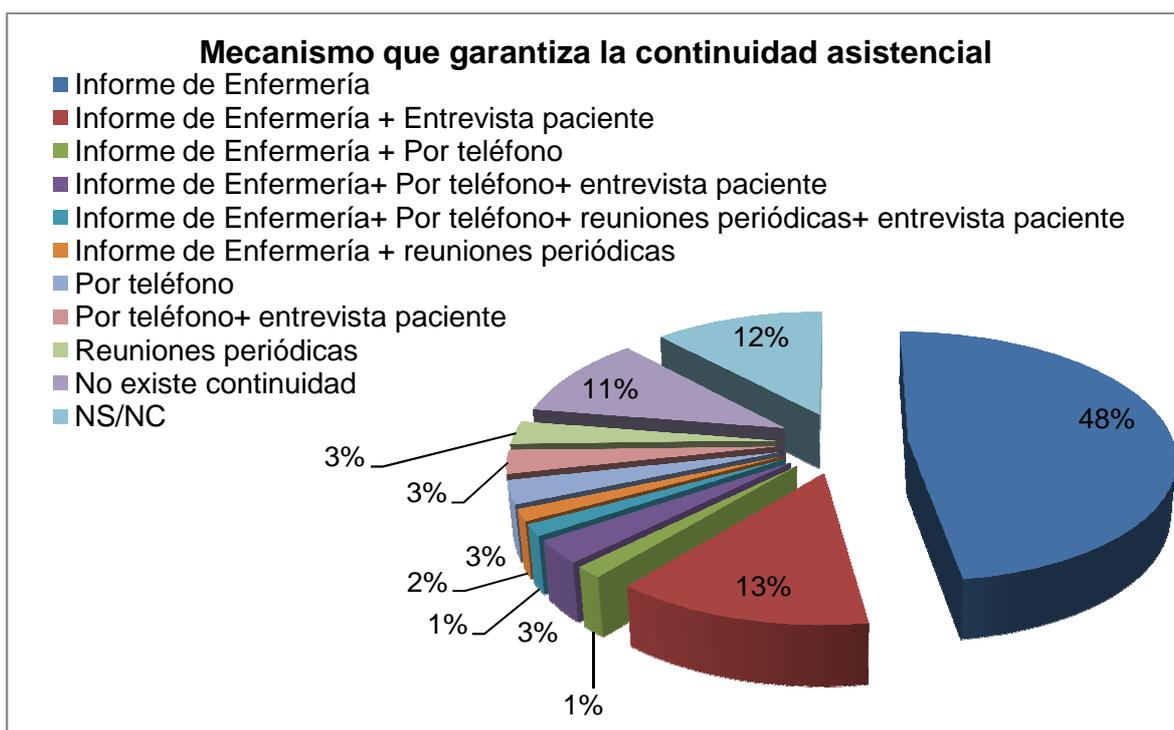


Fig.18. Mecanismos de garantía de la continuidad asistencial.

Bloque D: Valoración de la necesidad del Informe de Alta de Enfermería.

Ítem 16: Conocimiento de las recomendaciones de cuidados del aplicativo informático GACELA: En cuanto al conocimiento de las recomendaciones de cuidados del aplicativo informático GACELA, un 47,8% afirma no conocerlas frente a un 43,5% que sí las conoce (Fig.19).

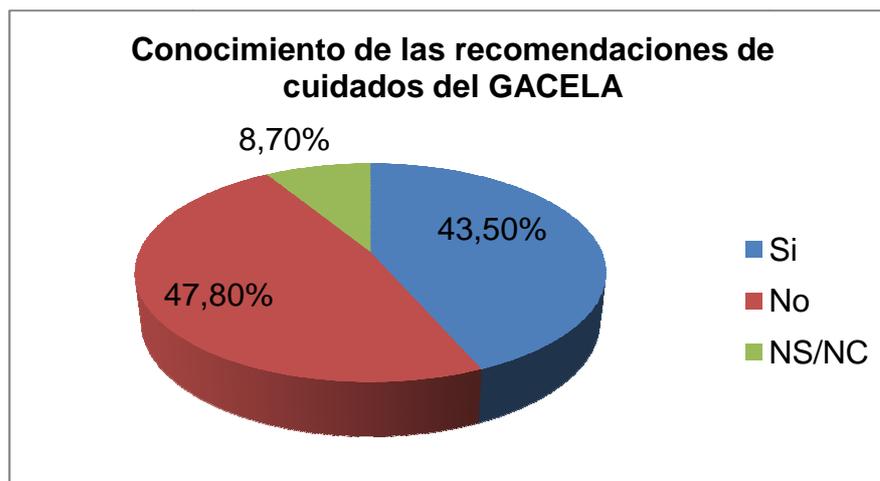


Fig.19. Representación esquemática del conocimiento de las recomendaciones de cuidados del aplicativo informático GACELA.

Existe significancia estadística entre las variables edad ($p=0.001$), sexo ($p=0.014$), contrato actual ($p=0,001$) y experiencia profesional ($p=0.004$) respecto al conocimiento de las recomendaciones del aplicativo informático Gacela.

Ítem 18: Necesidad de un informe de continuidad de cuidados desde AP a AE para los pacientes que ingresan en hospital: A la cuestión sobre la necesidad del Informe de continuidad de cuidados desde AP a AE para los pacientes que ingresan, un 33,7% de las/os encuestadas/os lo cree muy necesario, un 28,3% bastante necesario y otro 28,3% esencial. Sin embargo, un 5,4 % lo considera poco necesario y un 3,3% lo considera nada necesario (Tabla XIX).

El 90,3% del personal encuestado considera la necesidad de un informe de continuidad de cuidados desde AP a AE para los pacientes que ingresan, entre bastante importante y esencial.

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada necesario	3,3	3
Poco necesario	5,4	5
Bastante necesario	28,3	26
Muy necesario	33,7	31
Esencial	28,3	26

NS/NC

1,1

1

Tabla XIX. Porcentajes y frecuencias en torno a la necesidad de un informe de continuidad de cuidados de AP a AP para los pacientes que ingresan.

Ítem 19: Conocimiento del Informe de Alta de Enfermería: En lo que se refiere al conocimiento del IAE, un 77,20% refiere si conocerlo frente a un 14,10% que refiere no conocerlo (Fig. 20).



Fig.20. Conocimiento del IAE en PE de AP.

Ítem 20 e Ítem 21: Importancia del Alta de Enfermería para la continuidad de cuidados y utilidad para el paciente y/o cuidador: En cuanto a la utilidad del IAE para la continuidad de cuidados, un 39,1% opina que es muy útil, un 30,4% que es imprescindible, un 27,2% que es bastante útil frente a un 2,2% que considera que es poco útil.

El 96,7% del personal encuestado considera entre bastante útil e imprescindible la utilidad del IAE para la continuidad de cuidados.

En relación a la cuestión sobre la utilidad para el/la paciente y su cuidador/a de la información que se oferta en el IAE, un 41,3% considera que es muy útil, un 29,3% lo considera bastante útil, un 25% imprescindible frente a un 3% que opina que es poco útil así como un 1,1 que lo considera nada útil.

El 95,6% de los/as encuestados/as consideran entre bastante importante e imprescindible la utilidad para el/la paciente y su cuidador/a de la información que se oferta en el IAE (Fig.21).

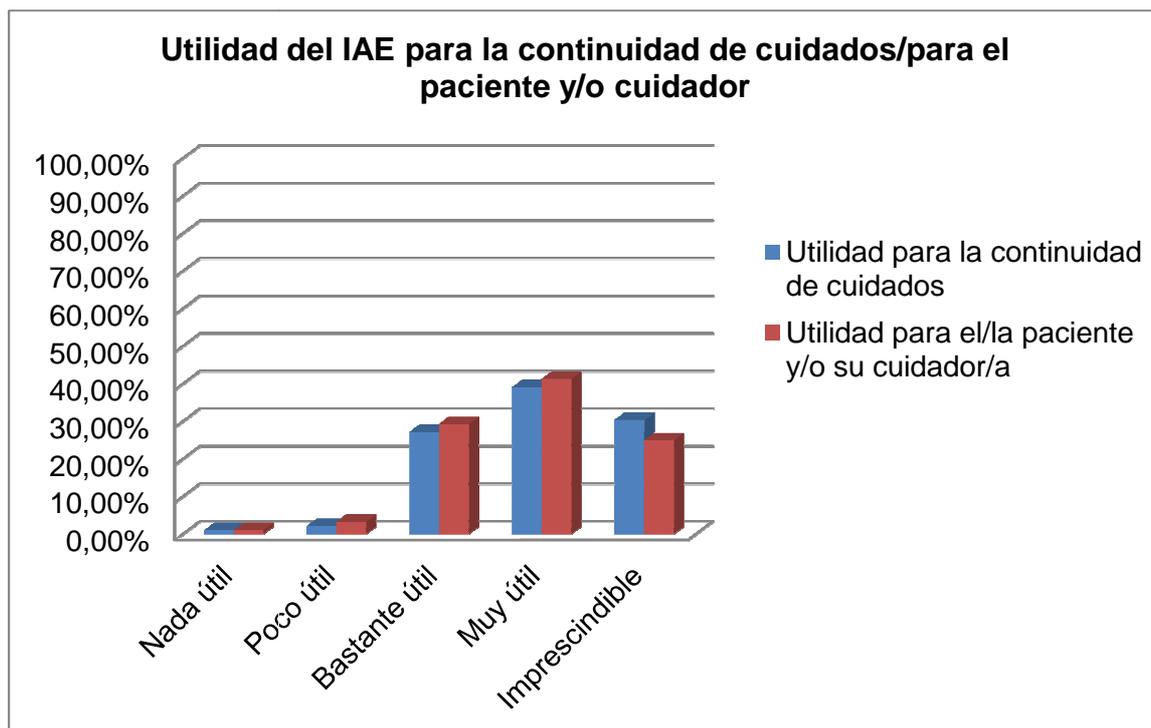


Fig.21. Comparación entre la utilidad del IAE para la continuidad de cuidados y entre la utilidad para paciente y/o cuidador/a.

Existe significancia estadística entre las variables sexo e importancia de la elaboración del IAE para la continuidad de cuidados ($p=0.013$), así como entre las variables centro de salud en el que presta sus servicios e importancia para el/la paciente y/o su cuidador/a de la información que se oferta en el informe ($p=0.039$).

Ítem 22: Grado de cumplimentación del de Alta de Enfermería: En cuanto al grado de cumplimentación del IAE, el 55,4% considera que este se cumplimenta en menos del 50% de las ocasiones y el 20,7% considera que nunca (Tabla XX).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nunca (0%)	20,7	19
<50%	55,4	51
50-75%	13	12
>75%	6,5	6
Siempre	0	0

NS/NC	4,3	4
--------------	-----	---

Tabla XX. Frecuencias y porcentajes con respecto al grado de cumplimentación del IAE.

Ítem 23: Adecuación del Informe de Alta de Enfermería: En cuanto a la organización del IAE en base a diagnósticos enfermeros pendientes y resueltos, un 53,3% lo considera bastante adecuado, un 18,5% muy adecuado, un 13% poco adecuado, un 6,5% totalmente adecuado y un 1,1% nada adecuado.(Tabla XXI). El 78,3% de los/as encuestados/as consideran entre bastante y totalmente adecuado la organización del IAE.

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada adecuado	1,1	1
Poco adecuado	13	12
Bastante adecuado	53,3	49
Muy adecuado	18,5	17
Totalmente adecuado	6,5	6
NS/NC	7,6	7

Tabla XXI. Porcentajes y frecuencias sobre la adecuación de la organización del IAE.

Ante la posibilidad abierta de que los profesionales que no estaban de acuerdo con la organización del IAE expusieran su propuesta, se recogen las siguientes:

- Trabajo de coordinación entre equipos mixtos primaria-hospital
- Primero tiene que haber IAE
- Es adecuado siempre que exista dicho informe. Los únicos que llegan al CS son los informes de alta médicos.
- Programa informático único para AP y AE.

Ítem 24: Idoneidad de la aparición del diagnóstico médico: En lo que se refiere a la idoneidad de aparición del diagnóstico médico por el cual ha sido ingresado el paciente, un 91,3% si lo considera oportuno frente a un 5,4% que no le parece oportuno (Fig. 22).

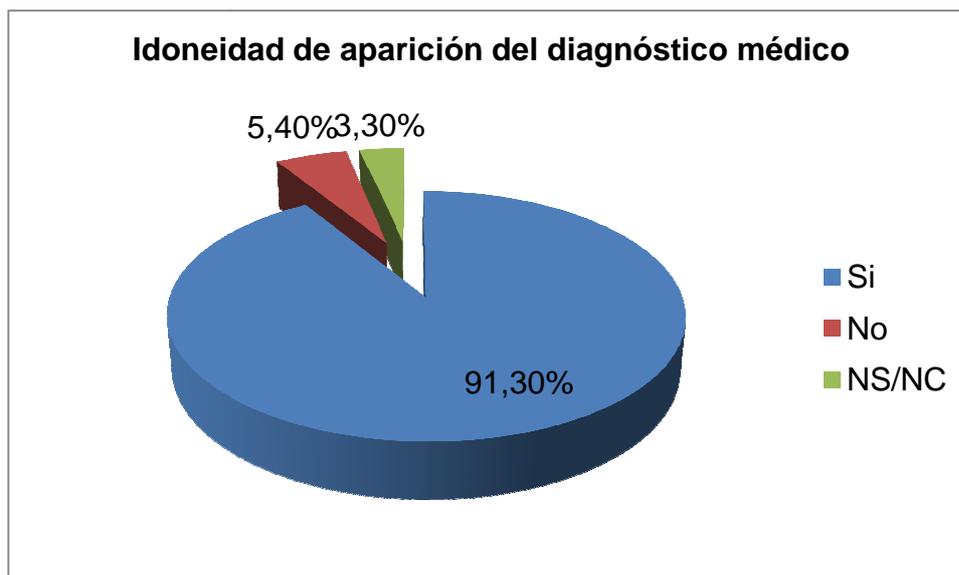


Fig.22. Idoneidad de aparición del diagnóstico médico según el PE de AP. Existe significancia estadística entre las variables edad e idoneidad de aparición del diagnóstico médico ($p=0,018$).

Ítem 25: Medio de recepción del Alta de Enfermería: El objetivo de este ítem es conocer el medio por el cual reciben los/as enfermeros/as de AP el IAE. Las respuestas obtenidas se exponen en la tabla siguiente (Tabla XXII).

Respuestas	Porcentajes	Frecuencias
Hospital	2,2	2
Hospital+ Historia electrónica	1,1	1
Hospital + paciente/familia	1,1	1
Paciente/familia	27,2	25
Paciente/familia+ historia electrónica	14,1	13
Historia electrónica	27,2	25
No se recibe	22,8	21
No se recibe+ Historia electrónica	1,1	1
No se recibe + hospital	1,1	1
NS/NC	2,2	2

Tabla XXII. Medios de recepción del IAE.

Ítem 26: Posibilidad de añadir alguna información al de Alta de Enfermería: Ante la posibilidad de que reflejasen en un apartado de respuesta abierta si añadirían algún tipo de información al actual IAE, un 42,40% responde que no, un 25% que si y 32,6% se decantó por la opción no sabe/no contesta.

Las propuestas de información a añadir fueron las siguientes: (Tabla XXIII).

Habría que simplificar y no complicarnos la vida con criterios teóricos que poco ayudan en la práctica diaria.
A debatir por grupo de trabajo
Indicarle al paciente la necesidad de enseñárselo a su enfermera del CS.
Cuando vienen para el domicilio y la atención de primaria es en domicilio, más información de con que nos encontramos para primera consulta.
Adaptación individualizada al paciente y su entorno
Añadiría no sólo el contenido sino que cumplimentara más frecuentemente.
No conozco el informe específico.
Más detalle sobre los cuidados dados durante su estancia en el hospital.
Que nos manden el informe.
Toda aquella información contenida en una valoración de Enfermería(o de necesidades básicas).
En el caso de curas, indicar si se le entrega material para la primera cura.
Según el plan de cuidados y los objetivos marcados para Enfermería en el hospital sería necesario saber cuales se han cumplido o no.
Informes más detallados.
Si se cumplieron objetivos que se propusieron al ingreso. Valoración del grado de cumplimiento y el seguimiento que precisa en domicilio y continuidad de la terapia utilizada.

Tabla XXIII. Propuestas de información a añadir al IAE.

En último lugar, en el apartado de sugerencias, propuestas y comentarios respecto al tema de estudio se pudieron recoger las siguientes (Tabla XXIV):

Hay preguntas que no se pueden contestar por falta del IAE.
Me parece imprescindible la existencia de una comunicación fluida entre los niveles asistenciales de AP y hospitalaria, que en esta área sanitaria es nula. Cuando los pacientes acuden tras un ingreso, la hoja de seguimiento hospitalaria y plan de cuidados no lo envían y muchas veces ni está en IANUS. En mi caso particular, sobre todo en úlceras la agradezco, pues siempre continúo con el plan elaborado en el hospital cuando éste existe.
Creo que en AP se dan los cuidados oportunos a cada paciente pero no hay una relación con el PE de AE con respeto a la curas y, en muchas ocasiones, retrasamos el alta enfermera en AP por no conocer que un parche no le va bien a un paciente o que esa pomada no le mejora la herida o se la empeora.
Creación de coordinadores de cuidados AP/AE.
Establecer de una vez por todas el trabajo de equipo multidisciplinar.
En AP no están contemplados los planes de cuidados en el IANUS tal y como están en el gacela.
Que los seguimientos de Enfermería se escriban en IANUS de forma más integral, haciendo referencia a todos los problemas de salud del paciente.
No se reciben en primaria IAE.

Tabla XXIV. Sugerencias, propuestas y comentarios respecto al tema en estudio.

GRUPO 2: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Se han recogido un total de 115 cuestionarios, siendo la muestra significativa con un 95% de seguridad, ya que se alcanza el tamaño muestral (n=106).

En la siguiente tabla se representan frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos del PE de AE (Tabla. XXV):

BLOQUE A DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Ítem		(%)	Población
Unidad en la que presta sus servicios	HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE		
	1ª Planta: Neonatos, UCI pediátrica, Pediatría <2 años.	7,8	9
	3ª Planta: Tocología/Pediatría > 2 años.	2,6	3
	3ª Planta: ORL/Urología/Nefrología.	2,6	3
	4ª Planta: Ginecología/Cirugía.	4,3	5
	4ª Planta: Cirugía General	5,2	6
	5ª Planta: Traumatología	29	67
	5ª Planta: Neurología	4,3	5
	6ª Planta: Hematología/Oncología	3,5	4
	7ª Planta: Medicina Interna	9,6	11
	HOSPITAL BÁSICO DE DEFENSA		
	Planta 0: Psiquiatría Agudos	5,2	6
	1ª Planta: Hospitalización a Domicilio.	1,7	2
	1ª Planta: Cuidados paliativos.	1,7	2
	3ª Planta: Medicina Interna	3,5	4
	NS/NC	41,7	48
Edad	21-30 años	9,6	11
	30-50 años	70,4	81
	50-67 años	20	23
Sexo	Hombre	11,3	13
	Mujer	87,8	101
	NS/NC	0,9	1
Tipo de contrato actual	Fijo	61,7	71
	Eventual	24,3	28
	Interino	7,8	9
	NS/NC	6,1	7
Años de experiencia laboral	De 0 a 5 años	9,6	11
	De 5 a 10 años	12,2	14
	De 10 a 20 años	48,7	56
	>De 20 años	26,1	30
	NS/NC	3,5	4

Tabla XXV. Datos sociodemográficos del personal encuestado.

Ítem 1: unidad de prestación de servicios: La distribución de las respuestas obtenidas por unidades de enfermería se muestra en la siguiente figura. Con respecto a la UE del PE que cubrió el cuestionario, un 47% opta por la opción NS/NC.

Ítem 2: edad de los participantes en el estudio de AE: En cuanto a la edad, el 70,4%, se sitúa entre los 30 y 50 años, siendo este grupo el de mayor población (Fig. 23).

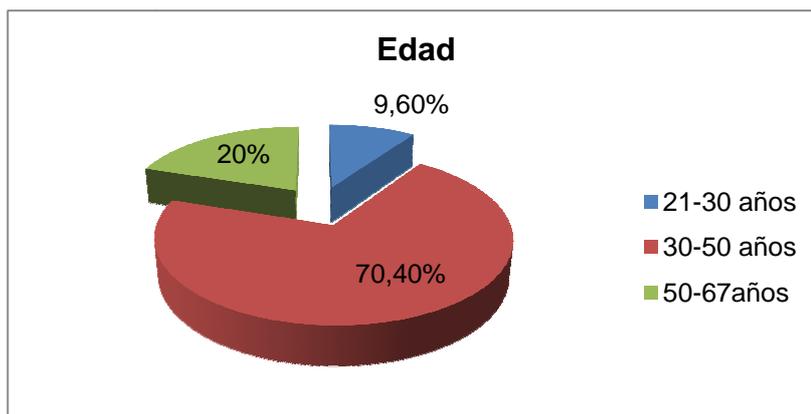


Fig.23. Representación de distintos grupos de edad del PE de AE.

Ítem 3: distribución por sexo de los participantes en el estudio de AE

El 87,8% de los/as encuestados/as son mujeres mientras que los hombres constituyen el 11,3% (Fig.24).

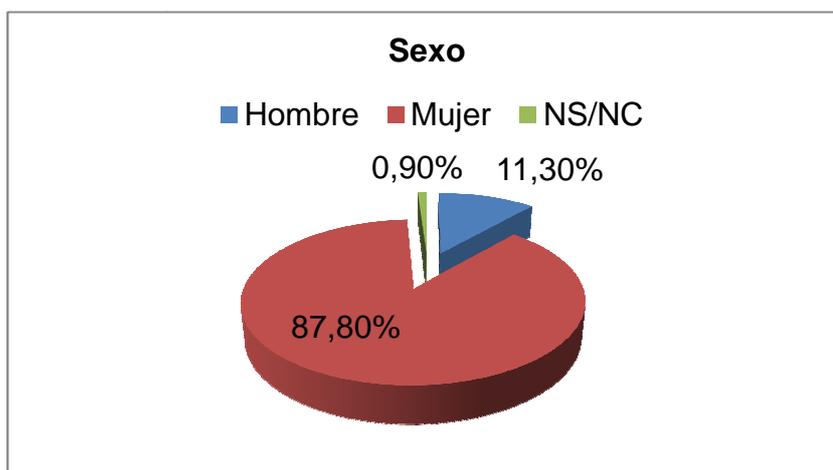


Fig.24. Porcentajes de participación segregados por sexo.

Ítem 4: distribución de los participantes de AE según su contrato laboral:

Un 61,7% de los/as encuestados/as corresponde con PE con plaza fija tal y cómo se puede observar en el siguiente gráfico (Fig. 25).

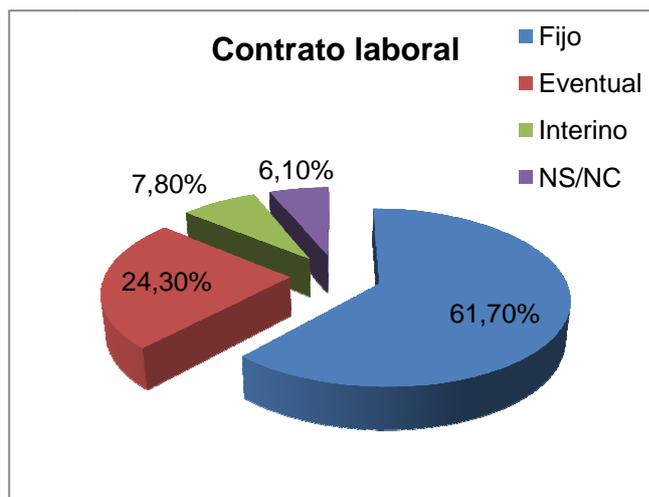


Fig.25. Distribución de enfermeros/as según su contrato laboral.

Ítem 5: distribución por de los participantes de AE por años de experiencia laboral: En lo que se refiere a experiencia laboral destacala comprendida entre 10 y 20 años constituida por un 48,7% de los/as encuestados/as (Fig. 26).



Fig. 26. Distribución del personal en función de la experiencia laboral

Ítem 5: Consideración del nivel de conocimientos sobre el PAE: En la siguiente tabla se recogen las respuestas obtenidas a la pregunta cómo considera personalmente su nivel de conocimientos sobre el PAE (Tabla XXVI).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada adecuado	1,7	2
Poco adecuado	23,5	27

Bastante adecuado	54,8	63
Muy adecuado	14,8	17
Excelente	1,7	2
NS/NC	2	1,7

Tabla XXVI. Porcentajes y frecuencias en función del nivel de conocimientos sobre el PAE.

El 71,3% de los profesionales que respondieron al cuestionario valoran su conocimiento entre bastante adecuado y excelente.

Ítem 6 y 7: Realización de planes de cuidados y actualización de los mismos: Respecto a la elaboración de PAE a los pacientes, el 30,4% de las/os enfermeras/os refiere realizarlos ocasionalmente, un 20,9% refiere no realizarlos nunca y otro 20,9% refiere realizarlos siempre (Tabla 5).

A la pregunta de con qué frecuencia los actualizan, el 26,1% refiere actualizarlos ocasionalmente, un 24,3% no los actualiza nunca y un 20,9% manifiesta actualizarlos casi siempre (Tabla XXVII).

Respuestas	Porcentajes (%)		Frecuencias	
	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 6	Ítem 7
Nunca	20,9	24,3	24	28
Ocasionalmente	30,4	26,1	35	30
Bastantes veces	13	13	15	15
Casi siempre	14,8	20,9	17	24
Siempre	20,9	9,6	24	11
NS/NC	0	6,1	0	7

Tabla XXVII. Comparación de porcentajes y frecuencias entre la realización y actualización de planes de cuidados.

Representación gráfica de ítem 6 y 7 (Fig.27):

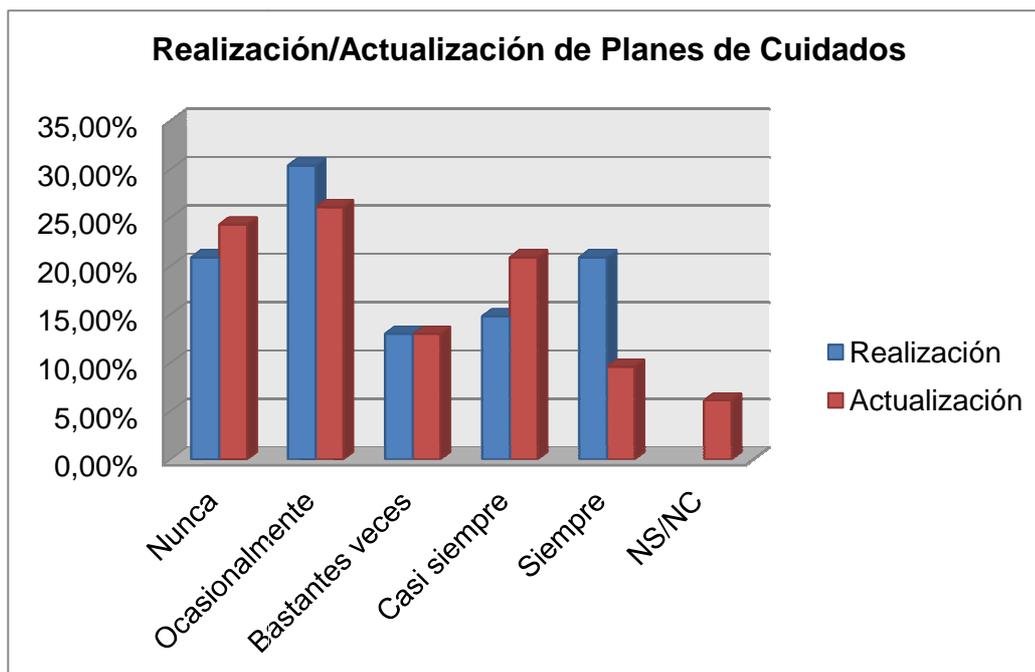


Fig.27. Comparación entre la realización y actualización de planes de cuidados por parte del PE de AE.

Existe significancia estadística entre las variables edad y actualización de los planes de cuidados de acuerdo al estado de los pacientes ($p=0,003$).

Bloque B: Valoración de la coordinación entre niveles asistenciales.

Ítem 8: Valoración de la coordinación entre niveles asistenciales: En cuanto a la coordinación de los distintos niveles asistenciales, un 47% de los/as encuestados/as considera que los distintos niveles asistenciales están poco coordinados y un 32,2% opina que están algo coordinados. Por otra parte, un 11,3% considera que están bastante coordinados (Tabla XXVIII).

El 86,2% de los/as encuestados/as consideran que ambos niveles están poco o algo coordinados.

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada coordinados	7	8
Poco coordinados	47	54
Algo coordinados	32,2	37
Bastante coordinados	11,3	13
Totalmente	0	0
NS/NC	2,6	3

Tabla XXVIII. Coordinación de ambos niveles asistenciales

Ítem 9: Existencia de un responsable de coordinación Atención Primaria/Atención Especializada: Un 75,7%, afirma que no existe un responsable de coordinación entre AP y AE frente a un 13% que considera que sí existe (Fig.28).

Aquellas personas que consideran que si existe un responsable de coordinación hicieron referencia a los siguientes puestos como responsables de dicha coordinación: Supervisora, Supervisor Unidad de Calidad, Supervisor de Guardia, Dirección de Enfermería.



Fig.28. Representación de la existencia o no de un responsable de coordinación interniveles.

Ítem 10. Valoración de la comunicación entre niveles asistenciales:

En cuanto a la valoración de la comunicación entre niveles asistenciales, un 40,9% considera que es mala, un 32,2% que es regular frente a un 8,7% que opina que es buena y un 0,9% que es excelente (Tabla XXIX).

El 87,9% de los/as encuestados/as consideran que la comunicación entre niveles asistenciales se sitúa entre nula y regular.

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nula	14,8	17
Mala	40,9	47
Regular	32,2	37
Buena	8,7	10
Excelente	0,9	1
NS/NC	2,6	3

Tabla XXIX. Valoración de la comunicación interniveles por enfermeros/as de AE.

Existe significancia estadística entre las variables tipo de contrato actual y valoración de la comunicación entre AP y AE ($p=0,049$).

Bloque C: Valoración de la continuidad asistencial

Ítem 11: Utilidad de la elaboración de recomendaciones de cuidados:

Acerca de la cuestión sobre el grado de utilidad para el PE de AP de la elaboración de recomendaciones para seguimiento del paciente en domicilio tras su alta hospitalaria, un 52,2% de los/as encuestados/as consideran que es muy útil, un 26,1% que es bastante útil, un 10,4% considera que es imprescindible frente a un 8,7% que considera que es poco útil (Tabla XXX).

El 88,7% del personal encuestado considera las recomendaciones de cuidados entre bastante útiles e imprescindibles.

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada útil	0,9	1
Poco útil	8,7	10
Bastante útil	26,1	30
Muy útil	52,2	60
Imprescindible	10,4	12
NS/NC	1,7	2

Tabla XXX. Porcentajes y frecuencias sobre el grado de utilidad de las recomendaciones de cuidados.

Existe significancia estadística entre las variables años de experiencia laboral y utilidad para el personal de enfermería de AP de la elaboración de recomendaciones para seguimiento del paciente en domicilio tras su alta hospitalaria ($p=0,002$).

Ítem 12: Importancia de la continuidad asistencial: En lo que se refiere al grado de importancia de la continuidad asistencial dentro de los servicios sanitarios, un 52,2% considera que es muy importante, un 24,3% la considera imprescindible y un 19,1% bastante importante. Sin embargo, un 3,5% la considera poco importante (Tabla XXXI).

El 95,5% del personal encuestado sitúa la continuidad asistencial entre bastante importante e imprescindible.

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada importante	0	0
Poco importante	3,5	4
Bastante importante	19,1	22
Muy importante	52,2	60
Imprescindible	24,3	28
NS/NC	0,9	1

Tabla XXXI. Importancia de la continuidad asistencial para el PE de AE.

Ítem 13: Consideración sobre la adecuación de la continuidad de los cuidados en AP: En relación a que porcentaje de cuidados de Enfermería que se realizan en el hospital tienen continuidad adecuada en AP, el 56,5% considera que <50% tienen la continuidad adecuada, y tan solo el 3,5% considera que siempre la tiene (Tabla XXXII).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nunca (0%)	7,8	9
<50%	48,7	56
50-75%	27	31
>75%	11,3	13
Siempre	3,5	4
NS/NC	1,7	2

Tabla XXXII. Cuidados de Enfermería que tienen continuidad adecuada en AP.

Ítem 14: Seguimiento de la continuidad asistencial: En cuanto a si consideran que existe un seguimiento de la continuidad asistencial, el 20% opinan que entre este seguimiento se realiza entre bastante y siempre, mientras que el 68,7% considera que esto se realiza de manera ocasional o nunca (Tabla XXXIII).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nunca	25,2	29
Ocasionalmente	43,5	50
Bastantes veces	11,3	13
Casi siempre	7	8
Siempre	1,7	2
NS/NC	11,3	13

Tabla XXXIII. Porcentajes y frecuencias del seguimiento de la continuidad asistencial.

Existe significancia estadística entre las variables edad y seguimiento de la continuidad asistencial ($p=0,039$).

Ítem 15: Nivel de conocimiento del trabajo realizado en Atención

Primaria: A la pregunta de si el profesional de AE cree conocer el trabajo que se realiza en AP, el 60,1% considera que lo conoce entre mucho y totalmente, mientras que el 38,3% manifiesta conocerlo poco o nada (Tabla XXXIV).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada	6,1	7
Poco	32,2	37
Bastante	34,8	40
Mucho	18,3	21
Totalmente	7	8
NS/NC	1,7	2

Tabla XXXIV. Porcentajes y frecuencias sobre la opinión del PE de AE sobre el conocimiento del trabajo realizado en AP.

Ítem 16: Mecanismos que garantizan la continuidad asistencial: En cuanto a los mecanismos que garantizan la continuidad asistencial, un 44,3% de los/as encuestados/as refiere el IAE como mecanismo más utilizado seguido de la entrevista paciente con un 16.5% (Fig. 29).

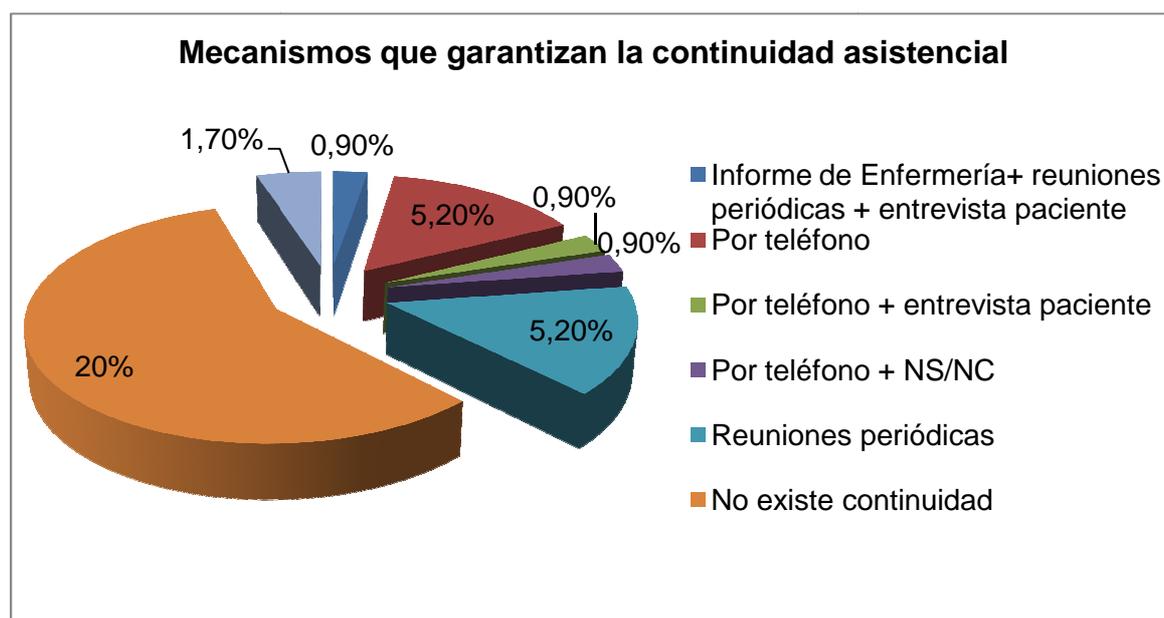


Fig.29. Representación porcentual de los mecanismos que garantizan la continuidad asistencial en la XXIF.

Existe significancia estadística entre las variables tipo de contrato actual y mecanismos que garantizan la continuidad asistencial en el área sanitaria ($p=0,005$)

Bloque D: Valoración de la necesidad del Informe de Alta de Enfermería.

Ítem 17: Conocimiento o no de las recomendaciones de cuidados del aplicativo informático GACELA: En cuanto al conocimiento de las recomendaciones de cuidados del aplicativo informático GACELA, un 80% dice sí conocerlas frente a un 18,3% que no las conoce (Fig.30).

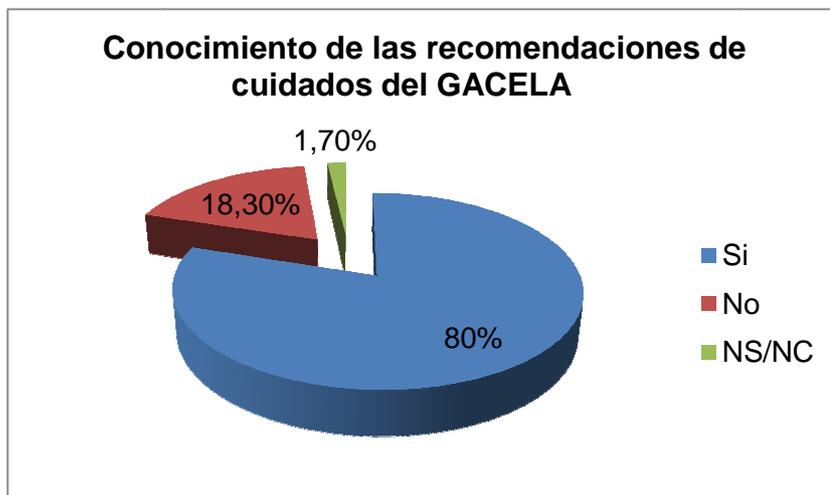


Fig.30. Representación proporcional del conocimiento de las recomendaciones de cuidados del aplicativo informático GACELA.

Existe significancia estadística entre las variables sexo y conocimientos de las recomendaciones de cuidados del aplicativo informático GACELA ($p=0,038$).

Ítem 18: Necesidad de un informe de continuidad de cuidados desde primaria a especializada para los pacientes que ingresan: Frente a la cuestión sobre la necesidad del Informe de continuidad de cuidados desde AP a AE para los pacientes que ingresan, un 47% de las/os encuestadas/os lo cree muy necesario, un 31,3% bastante necesario y un 18,3% lo considera esencial (Tabla XXXV).

El 96,6% del personal encuestado consideran la necesidad de un informe de continuidad de cuidados desde primaria a especializada para los pacientes que ingresan entre bastante necesario y esencial.

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nada necesario	0	0
Poco necesario	2,6	3
Bastante necesario	31,3	36
Muy necesario	47	54
Esencial	18,3	21
NS/NC	0,9	1

Tabla XXXV. Porcentajes y frecuencias en torno a la necesidad de un informe de continuidad de cuidados de AP a AE para los pacientes que ingresan.

Existe significancia estadística entre las variables edad y necesidad de un informe de continuidad de cuidados de AP a AE para los pacientes que ingresan ($p=0,44$).

Ítem 19: Conocimiento del Informe de Alta de Enfermería: En lo que se refiere al conocimiento del IAE, un 78,3% refiere si conocerlo frente a un 11,3% que refiere no conocerlo (Fig.31).



Fig.31. Conocimiento del IAE en PE de AE.

Ítem 20 y 21: Utilidad del Informe de Alta de Enfermería para la continuidad de cuidados/para el paciente y/o su cuidador: En cuanto a la utilidad del IAE para la continuidad de cuidados, un 46,1% opina que es muy útil, un 26,1% que es bastante útil, un 21,7% que es imprescindible frente a un 5,2% que considera que es poco útil.

Un 93,9% del personal encuestado considera el IAE entre bastante útil e imprescindible para la continuidad de cuidados.

En relación a la utilidad para el/la paciente y su cuidador/a de la información que se oferta en el IAE, un 53,9% considera que es muy útil, un 27,8% lo considera bastante útil, un 13% imprescindible y un 2,6% poco útil.

Un 94,7% del personal encuestado considera la información que se oferta en el IAE entre bastante útil e imprescindible para el paciente y/o cuidador.

A continuación se expone una comparación de frecuencias y porcentajes entre la utilidad del IAE para la continuidad de cuidados y la utilidad para el paciente y/o cuidador (Tabla XXXVI).

Respuestas	Porcentajes (%)		Frecuencias	
	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 20	Ítem 21
Nada útil	0	0	24	0
Poco útil	5,2	2,6	6	3
Bastante útil	26,1	27,8	30	32
Muy útil	46,1	53,9	53	62
Imprescindible	21,7	13	25	15
NS/NC	0,9	2,6	1	3

Tabla XXXVI. Porcentajes y frecuencias de la utilidad del IAE para la continuidad de cuidados y de la utilidad para el/la paciente y/o cuidador/a.

En el siguiente gráfico se comparan porcentajes entre los ítem 20 y 21 (Fig. 32):

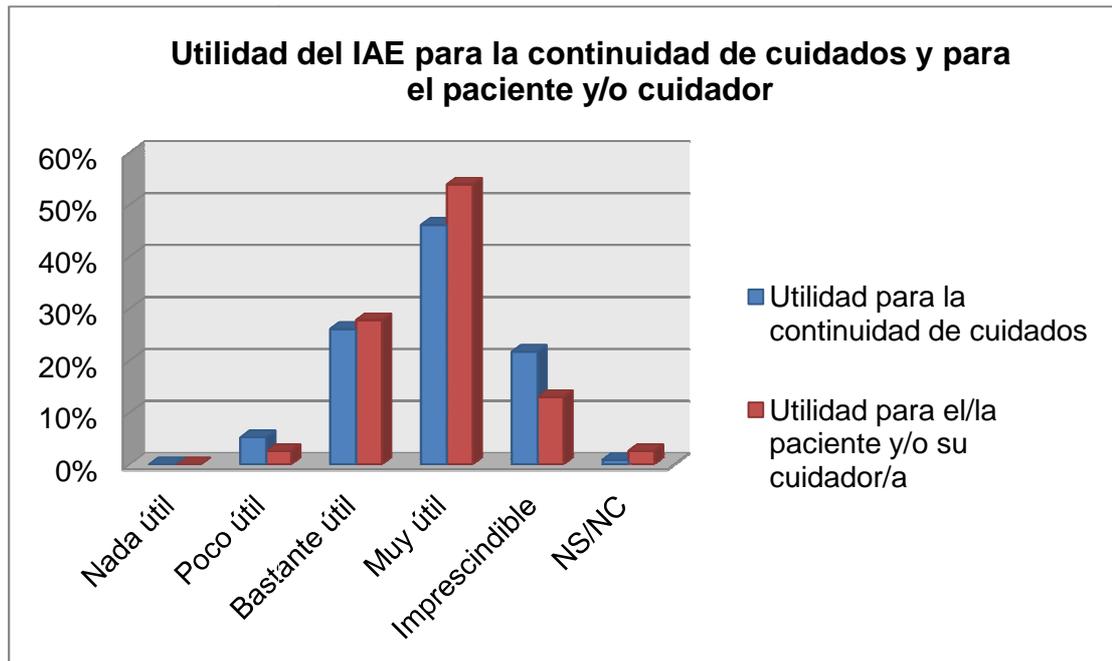


Fig.32. Comparación entre la utilidad del IAE para la continuidad de cuidados y entre la utilidad para paciente y/o cuidador/a.

Existe significancia estadística entre las variables edad y utilidad para el/la paciente y/o su cuidador/a de la información que se oferta en el informe ($p=0,33$).

Ítem 22: Grado de cumplimentación del Informe de Alta de Enfermería: En cuanto al grado de cumplimentación del IAE, el 74,8% refieren que se cumplimenta en menos del 50% de los pacientes o nunca, y el 7,8% refieren hacerlo casi siempre o siempre (Tabla XXXVII):

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Nunca (0%)	31,3	36
<50%	43,5	50
50-75%	12,2	14
>75%	3,5	4
Siempre	4,3	5
NS/NC	5,2	6

Tabla XXXVII. Frecuencias y porcentajes con respecto al grado de cumplimentación del IAE.

Existe significancia estadística entre las variables sexo y grado de cumplimentación del IAE ($p=0,010$).

Ítem 23: Información/Formación para la cumplimentación del Informe de Alta de Enfermería: A la pregunta de si han recibido formación o información específica del IAE, tan solo el 8,7 refiere que bastante o mucha, mientras que el 86,9 refiero que entre ninguna o alguna (Tabla XXXVIII).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Ninguna	33	38
Poca	31,3	36
Alguna	22,6	26
Bastante	7,8	9
Mucha	0,9	1
NS/NC	4,3	5

Tabla XXXVIII. Frecuencias y porcentajes de la recepción de información/formación para la cumplimentación del IAE.

Ítem 24: Grado de dificultad en la elaboración del Informe de Alta de Enfermería: En relación al grado de dificultad en la elaboración del IAE, el 51,3% lo califica como sencillo o muy sencillo, mientras que el 7,8 lo califican como bastante difícil o muy difícil, calificándolo el 30,4% como de algo difícil (Tabla IXL).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Muy sencillo	1,7	2
Sencillo	49,6	57
Algo difícil	30,4	35
Bastante difícil	6,1	7
Muy difícil	1,7	2
NS/NC	10,4	12

Tabla IXL. Porcentajes y frecuencias en torno a la dificultad de cumplimentación del IAE.

Ítem 25: Adecuación del Informe de Alta de Enfermería: En cuanto a la organización del IAE en base a diagnósticos enfermeros pendientes y resueltos, un 68,7% lo considera de bastante a totalmente adecuado, el 17,4% poco adecuado y un 5,2% nada adecuado (Tabla XL):

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
------------	-----------------	-------------

Nada adecuado	5,2	6
Poco adecuado	17,4	20
Bastante adecuado	53,9	62
Muy adecuado	12,2	14
Totalmente adecuado	2,6	3
NS/NC	8,7	10

Tabla XL. Porcentajes y frecuencias sobre la adecuación de la organización del IAE.

Ante la posibilidad abierta de reflejar cómo organizaría el IAE el profesional de enfermería, tan solo se obtuvo una respuesta a la misma: “con más tiempo y personal”.

Existe significancia estadística entre las variables edad y adecuación del IAE ($p=0,009$).

Ítem 26: Grado de idoneidad de la aparición del diagnóstico médico en el IAE: En lo que se refiere a la idoneidad de aparición del diagnóstico médico por el cual ha sido ingresado el paciente, un 87% si lo considera oportuno frente a un 6,1% que *no* le parece oportuno (Fig. 33).

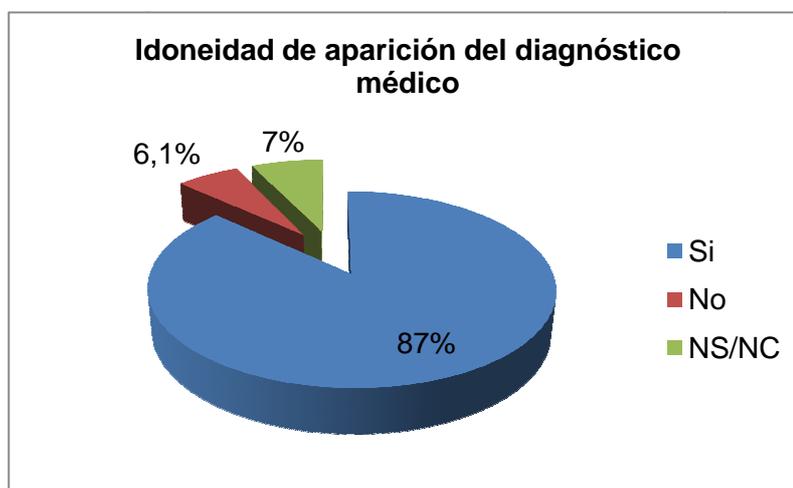


Fig.33. Idoneidad de aparición del diagnóstico médico en el IAE.

Existe significancia estadística entre las variables edad e idoneidad de aparición del diagnóstico médico en el IAE por el cuál ha sido ingresado el paciente en el hospital ($p=0,008$).

Ítem 27: Medio de envío del Informe de Alta de Enfermería: En relación al medio de envío del IAE, el 44,3% refiere no enviarlo y el 39,1% refiere enviarlo a través del paciente/familia (Tabla XLI).

Respuestas	Porcentajes (%)	Frecuencias
Hospital	0,9	1
Hospital+	0,9	1
Paciente/ familia	39,1	45
Paciente familia+	1,7	2
Historia electrónica	6,1	7
No se envía	44,3	51
No se envía + paciente	0,9	1
NS/NC	6,1	7

Tabla XLI. Medios de envío del IAE desde AE a AP.

Ítem 28: Posibilidad de añadir alguna información al Informe de alta de Enfermería.

Ante la pregunta de si añadiría algún tipo de información al actual IAE, un 57,4% respondieron que no, un 9,6% que si y un 33% se decantó por la opción no sabe/no contesta (Fig.34):

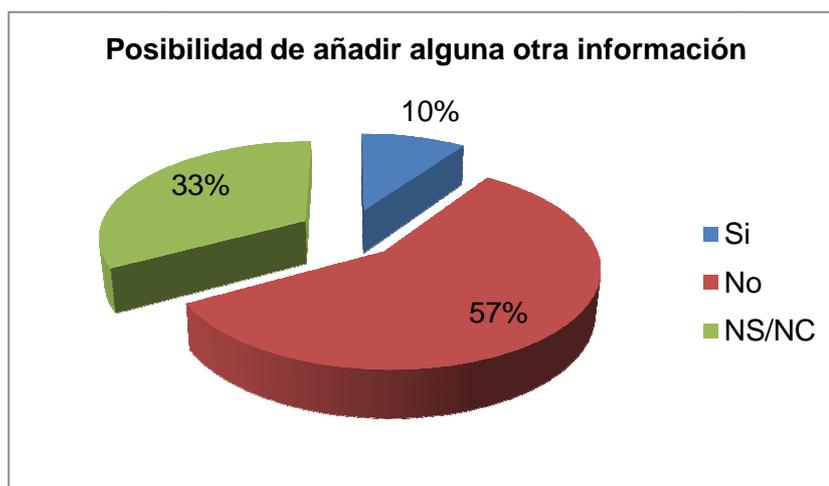


Fig.34. oportunidad de añadir alguna otra información al actual IAE.

Las propuestas de información a añadir recogidas en los cuestionarios se reflejan en la siguiente tabla (Tabla XLII):

Sería interesante IAE en IANUS.

Al IAE en nuestra unidad tan sólo se entra si tienen curas.

Necesario hacer el PAE para el IAE.

No se realiza ningún IAE en mi servicio.

Objetivos pendientes de cumplimiento que no se pudieran realizar en el hospital.

Comentarios evolutivos desde el ingreso para conocer problemas que ha tenido el paciente en el hospital.

No hay tiempo ni personal suficiente para realizarlo.

Apartados para técnicas y fechas para sondas.

Tabla XLII. Propuestas de información a añadir al IAE.

Por último, en el apartado abierto para sugerencias, propuestas y comentarios respecto al tema de estudio se recogieron las siguientes (Tabla XLIII):

La conexión con IANUS en planta sería importante.

Creo que en el cuestionario, además de recoger información acerca de los conocimientos del personal y de la dificultad del programa GACELA, también se debería de recoger la posibilidad que tiene cada profesional de utilizar el GACELA debidamente (tiempo).

La buena interacción entre los dos niveles asistenciales no sólo depende de los profesionales sino que depende principalmente de la implicación de la dirección.

Nuestra relación con AP, en este momento, depende si conoces al personal y hablas directamente con ellos/as. Nosotras enviamos trabajo durante el fin de semana pero las ordenes son médicas, no es nuestro problema sino de dirección y no se ponen de acuerdo.

El IAE será sencillo y escueto.

No se hacen IAE en planta durante las 7 horas del turno. No tengo tiempo de beber un vaso de agua. A veces hay pacientes que no tengo tiempo de dirigirles la palabra. No tengo tiempo de hacer IAE ni GACELA.

En AE faltan recursos humanos y tiempo para realizar PAE. Si se realizan los PAE y se actualizan no habrá tiempo para la actividad asistencial.

Para cumplimentar los informes necesitaríamos más personal por la carga asistencial actual.

No se realiza alta en Gacela pero si IAE en papel que se le entrega al paciente y/o familia. En todas las altas.

No se realiza continuidad de cuidados al alta (trauma).

En pediatría no se hacen IAE.

Se necesita personal porque si no, no somos capaces de atender a todo.

Tendrían que retirar a los pacientes y atenderíamos a los papeles.

Necesidad de más formación para poder realizar el IAE

Tabla XLIII. Sugerencias, propuestas y comentarios del PE de AE

8. DISCUSIÓN

Actualmente, y en base a los resultados obtenidos, parece indiscutible que la continuidad asistencial resulta imprescindible, tanto para los pacientes y sus respectivos familiares como para el PE de ambos niveles asistenciales; además, la comunicación y la coordinación del equipo sanitario se exponen como una pieza fundamental que se podría conseguir a través de la utilización de una herramienta útil como es el IAE.

Sin embargo, los resultados demuestran que la continuidad asistencial formal no es una realidad en la XXIF ya que, a pesar de que el IAE se proclama como principal mecanismo para garantizar dicha continuidad, no parece ser muy utilizado.

Es importante destacar que el PAE debe ser una herramienta básica del quehacer diario de las/os enfermeras/os, pues nos identifica como profesión independiente y facilita la creación y actualización de los planes de cuidados que realizamos a los pacientes, de manera que favorece la continuidad asistencial. Teniendo en cuenta que en la XXIF, el 71,3% del personal encuestado en AE y el 78,3% de AP consideran que sus conocimientos sobre el PAE son de bastante adecuados a excelentes, resulta llamativo el escaso porcentaje, 48,7% en AE y 38% en AP, que realizan planes de cuidados en el día a día. Estos datos son comparables con los del artículo de Ubé Pérez JM et al⁷, en el que la cantidad de profesionales que realizan planes de cuidados en el hospital es mayor que los realizados en AP. En la XXIF quizás pueda ser explicado porque en AE tienen a su disposición el aplicativo informático GACELA, el cual no está a disposición en AP. Por tanto, este problema se podría mejorar ofreciendo más formación e información acerca del PAE y de la realización de planes de cuidados a los/as enfermeros/as de la XXIF.

En el presente estudio, una media de un 86,05% de los/as enfermeros/as encuestados consideran que ambos niveles asistenciales están entre nada o algo coordinados y el 80,45% considera que la comunicación entre niveles asistenciales está entre nula y regular. Resultados similares se

exponen en el artículo de Manito Lorite I et al⁹, en el que el 82,3% de los profesionales consideraban que ambos niveles no están bien coordinados.

Contrastando con la realidad de la práctica actual, podemos comprobar que el 95,5% del personal encuestado de AE y el 96,8% del de AP consideran que la continuidad asistencial se sitúa entre bastante importante e imprescindible dentro de los servicios sanitarios, lo cual se asemeja a los datos presentados en el trabajo de Manito Lorite I et al⁹, en el que el 99% de los profesionales encuestados la sitúan entre importante y muy importante

Podemos verificar que en la XXIF la comunicación y la coordinación no son un pilar fuerte dentro del equipo sanitario y, por tanto, la continuidad asistencial no está plenamente garantizada a pesar de la gran importancia que le otorgan. A pesar de lo comentado anteriormente, el 41,8% de los profesionales de AE y el 71,8% de AP consideran que más del 50% de los cuidados que comienzan en el hospital tienen la continuación adecuada en AP.

Esta falta de continuidad de cuidados puede deberse a que no todo el personal de AE tiene conocimiento del trabajo realizado en AP; específicamente, un 38,3% sabe poco o nada del trabajo que allí se lleva a cabo. Datos que se asemejan al artículo de Manito Lorite I et al⁹, en el que un 41% de los profesionales de AE refieren desconocer el trabajo realizado por sus compañeras/os del CS.

En lo que referente a mecanismos que garantizan la continuidad asistencial en la XXIF, un 44,3% de enfermeras/os de AE y un 34,8% de AP señalan el IAE como principal mecanismo de transmisión de información; además, un 20% en AE y un 7,6% en AP afirman que no existe continuidad. Cifras similares las podemos encontrar en el artículo de Manito Lorite I et al⁹, en el que un 66,8% de los PE consideran que la continuidad se realiza a través de un informe y un 16,8% no tiene conocimiento de la existencia de continuidad asistencial así como en el artículo de Sevilla V et al²³, en el que el 90% de los profesionales de

ambos niveles opinaron que el Informe sirve mucho o suficiente para la continuidad de cuidados.

Un hallazgo significativo se encuentra en el hecho de que un 96,6% de los profesionales encuestados en AE y un 90,3% de AP consideran necesario un informe de continuidad de cuidados desde el CS a AE para los pacientes que ingresan, cifras más elevadas que las recogidas en el artículo de Ubé Pérez JM et al⁷, en el que tan solo un 65,52% de los profesionales de AE lo consideran entre muy importante y esencial.

Con respecto al IAE, cabe destacar que un alto porcentaje (78,3% en AE y un 77,2% en AP), refieren sí conocerlo, al igual que en el artículo de Manito Lorite I et al⁹, en el que el 85,2% refiere sí conocer dicho informe.

A la vista está, que el IAE debería ser un registro utilizado la totalidad de las ocasiones en que un paciente tiene el alta hospitalaria, pues, tal y como se recoge en este estudio y según la opinión de profesionales y usuarios, ayuda a garantizar la continuidad de los cuidados, facilitando el trabajo al profesional de AP y al propio usuario/cuidador a la hora de proporcionar los cuidados pertinentes en su domicilio. Así lo piensa el 96,7% del personal de AP y el 93,9% del personal de AE, quienes consideran el IAE entre bastante útil e imprescindible para la continuidad de cuidados. Resultados similares, aunque algo más bajos, encontramos en el artículo de Merino Ruiz M et al²¹ en el que el 82,4% de los enfermeros/as encuestados/as consideran útil o muy útil el informe de recomendaciones de cuidados al alta para asegurar la continuidad de los cuidados, correspondiéndose nuestras cifras más con las publicadas en el artículo de Cruzado Álvarez C et al²⁴ en el que un 98% de los profesionales de AP consideran el Informe de continuidad de cuidados útil para su trabajo diario, necesario que acompañe al paciente al alta y una buena forma de comunicación entre el hospital y primaria.

El artículo de Egea González SC et al²⁵, corrobora los datos obtenidos con respecto a la utilidad del IAE exponiendo que el 100% del personal encuestado considera útil elaborar el IAE.

Además, el IAE resulta una herramienta básica para el paciente y/o cuidador pues así lo demuestran los siguientes resultados: Un 94,7% del personal encuestado de AE y un 95,6% de AP consideran la información que se oferta en el IAE entre bastante útil e imprescindible para el paciente y/o cuidador. Los resultados del presente estudio han resultado mejores, en este aspecto, que los publicados en el artículo de Merino Ruiz M et al²¹, en el que estimaron esta utilidad el 77% de los profesionales, y casi el doble que los aparecidos en el de Ubé Pérez JM et al⁷, en el cuál tan solo un 57,68 % de los profesionales de AE encuestados consideraban que la información del IAE es muy importante o esencial para el usuario y/o cuidador.

Resulta llamativa la gran importancia que los profesionales de la XXIF le otorgan al IAE en comparación con el grado de cumplimentación del informe, ya que el 76,1% del personal encuestado considera que el grado de cumplimentación del IAE es inferior al 50% de las ocasiones en que un paciente se va de alta; estas cifras son muy inferiores a las del estudio de Manito Lorite I et al⁹ en el que el 83% de profesionales referían cumplimentar el IAE y algo inferiores que las publicadas por Cruzado Álvarez C et al²⁴ en el que un 63% del enfermeros/as de AP referían sí recibir de forma regular el informe de continuidad de cuidados.

El 74% del personal encuestado en el artículo de Egea González SC et al²⁵ afirma que siempre entrega el IAE al paciente una vez es dado del alta, datos que se contraponen al citado anteriormente del presente estudio.

Un dato que se contrapone a la realidad, se presenta a la hora de valorar la opinión de los usuarios respecto al nivel de coordinación que ellos consideran que existe entre ambos niveles asistenciales, obteniendo que un 23,8% considera que están bastante coordinados y otro 23,8% que están algo coordinados, todo lo contrario que la opinión de profesionales.

Otro dato realmente importante se encuentra en el escaso número de usuarios que no han recibido un IAE (80,4%) o recomendaciones de cuidados por escrito (69,8%), lo cual contrasta con el artículo de García

Sampedro R et al²⁰, en el cual el 98,8% de los familiares si recibieron el IAE.

Finalmente, cabe destacar la gran importancia que los usuarios otorgan al IAE, pues los datos revelan que un 88,4% de los usuarios encuestados consideran la entrega del IAE al igual que se les entrega el alta médica, entre bastante y totalmente necesario. Además, el 87,2% de los usuarios encuestados consideran la entrega de recomendaciones para continuar con los cuidados en el domicilio entre bastante útiles e imprescindibles, hecho que concuerda con los datos expuestos en el artículo de Ubé Pérez JM et al⁷, en el que el 79,99% consideran adecuados o muy adecuados los contenidos del IAE para continuar en su domicilio con los cuidados pertinentes.

Por tanto, la comunicación y la coordinación interniveles, como herramientas básicas de la continuidad asistencial deben estar presentes en todo sistema sanitario con el objetivo de promover y garantizar la continuidad de cuidados prestados en ambos niveles asistenciales.

Limitaciones del estudio: El presente estudio cuenta con una serie de limitaciones que pueden suponer un riesgo de sesgo en la investigación y que, por tanto, resulta de gran importancia tenerlas en cuenta:

- Tras haber hecho una búsqueda bibliográfica y contrastado la inexistencia de cuestionarios validados para el estudio en cuestión, se ha realizado por parte de la investigadora tres cuestionarios ad hoc, lo cual puede dar lugar a un sesgo por no haber utilizado como herramienta de investigación, un cuestionario validado.
- No se ha realizado el cuestionario a pacientes y familiares en todas las plantas de hospitalización incluidas en el estudio lo que puede llevar a una ausencia de formación e información, por no tener en cuenta opiniones de pacientes/familiares de todas las plantas
- Además, se ha realizado un solo cuestionario para pacientes y familiares lo cual puede llevar consigo un riesgo de sesgo.

- El corto período de recogida de datos, en el que para alcanzar una muestra significativa la recogida de datos ha sido un poco apurada tanto para los usuarios como para la investigadora.
- En alguna de las preguntas a los usuarios, éstos han necesitado una explicación previa. Esto puede dar lugar a un sesgo por falta de comprensión del cuestionario.
- La escasa utilización del IAE conlleva a que los profesionales no puedan contestar correctamente a ciertas preguntas en torno a éste, lo cual llevaría a un sesgo de información, por falta de respuesta de ciertas preguntas.
- En todos los casos, los pacientes estaban todavía hospitalizados y no habían recibido el alta, por lo que han contestado a algunas preguntas basándose en hospitalizaciones previas que habían tenido. Esto puede dar lugar a un sesgo ya que ciertos usuarios, sobre todo personas jóvenes, podrían no haber estado hospitalizados en anteriores ocasiones y no podrían responder a la totalidad de preguntas correctamente.

Futuras líneas de investigación: En base a los resultados obtenidos se exponen diversas líneas de investigación, necesarias para profundizar y mejorar la situación en torno al tema en estudio.

En primer lugar se cree necesario profundizar en el nivel de conocimientos de la metodología enfermera y en torno al grado de realización y actualización de planes de cuidados en ambos niveles asistenciales, pues es una de las herramientas que tienen que estar presentes para garantizar la continuidad asistencial.

Por otra parte, sería importante estudiar las barreras que impiden la realización del IAE en la XXIF, como mecanismo que garantice la comunicación y coordinación interniveles y, por tanto, la continuidad de cuidados. Igualmente convendría realizar un estudio sobre cuál sería la mejor manera de transmisión del IAE desde un nivel a otro.

Otra posible línea de investigación consistiría en profundizar en cuanto al nivel de las explicaciones facilitadas por el PE, tanto durante la hospitalización como al alta.

9. CONCLUSIONES

En base a los resultados de este estudio de investigación, teniendo en cuenta los objetivos, metodología empleada y las limitaciones que se pueden derivar del mismo, se concluye:

- Que la implantación del IAE sistematizado en la XXIF es algo que todavía se vislumbra lejano, dentro de la rutina diaria de la enfermera de hospitalización.
- Que la comunicación interniveles asistenciales es una cuestión que se refleja como muy necesaria o imprescindible, tanto para los profesionales de enfermería de los dos niveles asistenciales como para los usuarios de nuestro Sistema de Salud, y que por tanto se debe sistematizar.
- Que la necesidad de cumplimentar el IAE por escrito se considera por la amplia mayoría de participantes en el estudio como muy útil y necesario, y que los usuarios del Sistema de Salud consideran que además, cuando se le explican pormenorizadamente las recomendaciones, les resulta útil para su propio autocuidado.
- Que, a pesar de considerarlo todas las partes como muy necesario, la gran mayoría de usuarios manifiestan no haber recibido nunca un IAE, e igualmente, los profesionales refieren cumplimentarlo en muy contadas ocasiones.
- Que los conocimientos teóricos-prácticos de los profesionales de enfermería sobre la cumplimentación del IAE en el aplicativo GACELA son inadecuados o desconocidos, al igual que la metodología de la Planificación de Cuidados.
- Que, a pesar de que el IAE es por definición una herramienta enfermera, tanto los profesionales como los usuarios consideran

relevante que aparezca en el mismo no solo los diagnósticos enfermeros resueltos y no resueltos, sino también el diagnóstico médico del paciente.

- Que se precisaría de una retroalimentación y/o mayor refuerzo formativo, para lograr una mayor adherencia en la implementación de dicha estrategia de forma más eficiente.

:

- Que, tras este estudio, queda demostrada la gran importancia que tiene el IAE tanto para los pacientes como para los profesionales, pero parece precisarse un esfuerzo que impulse establecerlo en la XXIF como mecanismo de transmisión de información y, con ello, impulsar la continuidad asistencial, así como facilitar la continuidad de cuidados domiciliarios por parte de los usuarios.
- Que la consideración, tanto por profesionales como por usuarios sobre la coordinación y comunicación entre, niveles asistenciales es mala, planteándose la necesidad, a la vista de otras experiencias ya existentes y probadas de la necesidad de implementar un programa que contemple la figura de la enfermera Gestora de Casos como figura garantizadora de esta coordinación.
- Que se hace necesario unificar los aplicativos informáticos de AP y AE, de manera que los profesionales de ambos niveles tengan acceso, en todo momento, la totalidad de información sobre el paciente

10. AGRADECIMIENTOS

A lo largo de estos meses he recibido la ayuda de varias personas gracias a las cuales he logrado realizar el presente estudio, por ello quiero agradecerles todo su apoyo:

- A Don José Pesado Cartelle y Dña. Eva Tizón Bouza, mis tutores del estudio de grado, por haberme impulsado y ayudado en su realización, así como por su implicación permanente y sus consejos.
- A Don Ramón Delgado Fernández, por sus consejos y asesoramientos informáticos.
- A todos/as los enfermeros/as de las plantas de hospitalización implicadas en el estudio porque sin ellos no podría ser posible este estudio y muy especialmente a toda la plantilla de la 5ª planta del Arquitecto-Marcide por su colaboración y participación.
- A aquellos/as enfermeros/as de los centros de salud por su participación en la cumplimentación de los cuestionarios, sin los cuáles, la recogida de datos no sería posible.
- Por último, quería agradecer a todos los pacientes y familiares que hicieron posible el presente estudio, por su participación, colaboración y esfuerzos al cumplimentar los cuestionarios pese a la situación que estaban viviendo.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso López A, Barrios Torres R, Hernández Pérez R, Izquierdo Mora MD, Rubiralta Juanola C, Company Sancho MC. Protocolo del servicio de continuidad de cuidados de Enfermería entre ámbitos asistenciales [Internet]. Canarias: Dirección General de Programas Asistenciales Servicio Canario de la Salud; 2002 [Acceso 2 de Noviembre de 2012]. Disponible en:
http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/8a72d9e6-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/protocolo_scce.pdf
2. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de sanidad. Boletín oficial del estado. Nº 102 (Abril. 29, 1986). Disponible en:
<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>
3. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del estado. Nº 128 (Mayo. 29,2003). Disponible en:
<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-10715>
4. Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del estado. Nº 280 (Noviembre.22, 2003). Disponible en:
<https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
5. Xunta de Galicia. Funcións do Servizo Galego de Saúde. Disponible en:
http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=10029
6. Ministerio de sanidad y consumo. Sistema Nacional de Salud [Internet].Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2006 [acceso 18 de Noviembre de 2012]. Disponible en:
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/msc-sistema-02.pdf>
7. Ubé Pérez JM, Urzanqui Rodríguez M, Rodríguez Herce C, Blaco Ros M, Ascarza Rubio S, Musitu Pérez V. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el

- usuario interno y externo. NURE Inv [Internet] 2006 [acceso 24 de noviembre de 2012]; (24): [23 páginas]. Disponible en: http://www.fuden.org/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/ORIGINAL_24.pdf
8. Melguizo Jiménez M, Cámara González C, Martínez Pérez JA, López Santiago A, Prieto Orzanco A, García Ortiz T, et al. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21[Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [acceso 4 de Diciembre de 2012]. Disponible en : http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
 9. Manito Lorite I, Ondiviela Cariteu A, Servera Mir M, Tomás Sánchez, M. Estudio sobre las dificultades en la implantación y seguimiento de la continuidad asistencial entre niveles. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona de la fundación “la Caixa“ [Internet]; 2005 [acceso 20 de Diciembre de 2012]; [57 páginas]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21507/1/2005.pdf>
 10. Jódar-Solá G, Cadena-Andreu A, Parellada-Esquius N, Martínez Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. Aten Primaria. 2005; 36(10): 558-62.
 11. Álvarez Guisasola FJ. Protocolo de valoración global de pacientes dirigido a detectar el riesgo social y garantizar la continuidad de cuidados al alta [Internet]. Junta de Castilla y León; 2009 [acceso 16 de Enero de 2013] Disponible en: http://www.dipsanet.es/bienestarsocial/pdfs/PUBLICACIONES/Protocolo_Valoracion_Pacientes.pdf
 12. Calero Romero, MR. La continuidad de cuidados de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. Enferm global.2012; (27): 238-58.

13. Calvo Mayordomo MJ, Dodero de solano J, Hernández Martínez E, Jiménez Palacios A, Lillo Pérez T, Martín Robledo E, et al. Papel de Enfermería en Atención Primaria [Internet]. Madrid: Instituto Madrileño de la salud; 2009 [acceso 20 de Enero de 2013]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DPapel+Enfermer%C3%ADa+OK.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220444996770&ssbinary=true>
14. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006; 20(6): 485-95.
15. Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26 (Supl. 1): 63-68.
16. Martínez Martín ML, Canalejas Pérez MC, Vera Corte ML, Cid Galán ML, Martín Salinas C, Otero Puime A. Déficit de autocuidado de los pacientes con 75 y más años, después del alta hospitalaria, en unidades médico quirúrgicas del Hospital Universitario La Paz. NURE Inv. [Internet] 2010 [acceso 6 de Febrero de 2013]; 7(47): [21 páginas]. Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyectomayores75_47.pdf
17. García Pérez E. La gestión de casos en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Metas de Enferm. 2009; 12(4): 50-57.
18. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Manual de la gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en atención primaria [Internet]. Andalucía: Dirección Regional de

Desarrollo e Innovación en Cuidados; 2002 [acceso 10 de Febrero de 2013]. Disponible en :

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0245.pdf>

19. Capsada A. La Gestión de casos para el manejo de enfermos con Patología Respiratoria Crónica. *Metas de Enferm.* 2002; 5(2): 21-24.
20. García-Sampedro R, Rodríguez-Muriel JM, Figueira-Vicente M, Yáñez-Garrote M. Opinión de los familiares acerca del Informe de Alta de Enfermería en el lactante quirúrgico. *Enferm Clin.* 2008; 18(5):239-44.
21. Merino Ruiz M, Sebastián-Viana T, Gómez Díaz MM, Leo del Castillo L. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del hospital de Fuenlabrada. *Enferm Clin [internet]* 2008 [acceso 3 de marzo de 2013]; 18 (2):77-83. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v18n02a13119693pdf001.pdf>
22. Área Sanitaria de Ferrol. Memoria 2011. Ferrol: Xunta de Galicia.2011. Disponible en:
<http://www.sergas.es/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2116-es.pdf>
23. Sevilla V, Hernandez A, Gonzalez C, Perez T. Opinión de las enfermeras sobre el Informe de Recomendaciones al Alta de Enfermería. *Metas de Enferm.* 2002; 5(6): 06-11.
24. Cruzado Álvarez C, Bru Torreblanca A, González Peral R, Aída Otero S. Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de atención primaria. *Enferm cardiol.*2008; Año XV (45):21-25.
25. Egea González SC, Bravo Estaban AM. Opinión y realidad del informe de alta de enfermería en el servicio de urología. *ENFURO.*2007;(104): 6-10.

26. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Nº 298 (Dic. 14,1999). Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>

ANEXO A

CUESTIONARIO PARA EL USUARIO/FAMILIAR

“Comunicación entre niveles asistenciales como garantía de continuidad asistencial. Situación actual del informe de alta de enfermería”

Investigadora: Aurora Rivera Bugallo. Diplomada en Enfermería

Para llevar a cabo la siguiente cuestionario es imprescindible que conteste con sinceridad, responsabilidad y precisión. A continuación se muestran cuatro bloques de preguntas, deberá contestar marcando con una "X" la respuesta que mejor refleje su caso.

Para que pueda contestar a las siguientes cuestiones, es importante que sepa que los niveles asistenciales son:

Atención primaria = Centro de Salud
Atención especializada = Centro de Especialidades y Hospitales

Además, ha de saber que el **Alta de Enfermería** es un informe hecho por la/el enfermera/o que recoge los problemas y cuidados del paciente durante su estancia hospitalaria así como las precauciones y cuidados que tendrá que llevar a cabo en su domicilio.

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Paciente Familiar

2. Sexo: Hombre Mujer NS/NC

3. Edad (años): 18-30 30-50 50-70 >70 NS/NC

4. Nivel de estudios:

Sin estudios Primarios Secundaria Bachiller/FP Universitarios NS/NC

5. Unidad de hospitalización:

6. Centro de salud al que pertenece:

B. VALORACIÓN DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL RECIBIDA.

7. ¿Cómo considera que está de coordinado el personal de Enfermería del centro de salud y del hospital?

NS/NC	0	Nada coordinados	1	Poco coordinados	2	Algo coordinados	3	Bastante coordinados	4	Totalmente coordinados	5
-------	---	------------------	---	------------------	---	------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

8. ¿En el momento del alta hospitalaria (o durante su hospitalización) la/el enfermera/o le explicó detalladamente las precauciones y los cuidados a seguir en su domicilio?

Si No NS/NC

9. ¿Cómo valoraría las explicaciones facilitadas por la/el enfermera/o?

NS/NC	0	Nada Útiles	1	Algo útiles	2	Bastante útiles	3	Muy útiles	4	Imprescindibles	5
-------	---	-------------	---	-------------	---	-----------------	---	------------	---	-----------------	---

10. ¿Tuvo que acudir al centro de salud para continuar con los cuidados que habían comenzado en el hospital?

Si No NS/NC

11. ¿Estaba su enfermera/o de A. Primaria informada/o de su alta hospitalaria?

Si No NS/NC

C. VALORACIÓN DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA

12. ¿Ha recibido en alguna ocasión un Informe de Alta de Enfermería?

Si No NS/NC

13. En el momento del alta hospitalaria (o durante su hospitalización), ¿Le dio la/el enfermera/o las recomendaciones de cuidados a seguir en su domicilio POR ESCRITO?

Si No NS/NC

Si su respuesta ha sido negativa no es necesario que conteste a la siguiente pregunta(14)

14. ¿Le resulto fácil de entender la información proporcionada?

NS/NC	0	Difícil	1	Algo difícil	2	Fácil	3	Bastante difícil	4	Muy difícil	5
-------	---	---------	---	--------------	---	-------	---	------------------	---	-------------	---

15. ¿Considera de utilidad la entrega de recomendaciones para continuar con los cuidados en su domicilio?

NS/NC	0	Nada Útiles	1	Algo útiles	2	Bastante útiles	3	Muy útiles	4	Imprescindibles	5
-------	---	-------------	---	-------------	---	-----------------	---	------------	---	-----------------	---

16. ¿Cree necesario que se le entregue un Informe de Alta de Enfermería al igual que se les entrega el alta médica para continuar con sus cuidados en el domicilio?

NS/NC	0	Nada necesario	1	poco necesario	2	Bastante necesario	3	Muy necesario	4	Totalmente necesario	5
-------	---	----------------	---	----------------	---	--------------------	---	---------------	---	----------------------	---

17. Si alguna vez ha recibido un Informe de Alta de Enfermería, ¿Se encuentra satisfecho con él?

NS/NC	0	Nada satisfecho	1	poco satisfecho	2	Bastante satisfecho	3	Muy satisfecho	4	Totalmente satisfecho	5
-------	---	-----------------	---	-----------------	---	---------------------	---	----------------	---	-----------------------	---

SUGERENCIAS/ PROPUESTAS/COMENTARIOS.- A continuación puede escribir cualquier **sugerencia/propuesta/comentario** que tenga sobre la continuidad de cuidados de enfermería interniveles que no estén recogidas en el cuestionario y que nos ayuden a mejorar la información.

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO B

CUESTIONARIO PARA EL PROFESIONAL DE A.E

**“Comunicación entre niveles asistenciales como garantía de continuidad asistencial.
Situación actual del informe de alta de enfermería”.**

Investigadora: *Aurora Rivera Bugallo*. Diplomada en Enfermería.

Para llevar a cabo el siguiente cuestionario es imprescindible su colaboración, por ello es necesario que conteste con sinceridad, responsabilidad y precisión. A continuación se muestran cuatro bloques de preguntas, deberá contestar marcando con una "X" la respuesta que mejor refleje su caso. Ha de saber que con el presente estudio se pretende determinar cómo es la comunicación entre niveles asistenciales y el cumplimiento de la continuidad asistencial

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Unidad en la que presta sus servicios:

2. Edad: 21-30 30-50 50-67 NS/NC

3. Hombre Mujer NS/NC 4. Tipo de contrato actual Fijo Eventual Interino NS/NC

5. Años de experiencia laboral:

De 0 a 5 años De 5 a 10 años De 10 a 20 años Más de 20 años NS/NC

6. ¿Cómo considera su nivel de conocimientos sobre el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)?

NS/NC	0	Nada Adecuado	1	Poco adecuado	2	Bastante adecuado	3	Muy adecuado	4	Excelente	5
-------	---	---------------	---	---------------	---	-------------------	---	--------------	---	-----------	---

7. ¿Elabora habitualmente planes de cuidados a sus pacientes?

NS/NC	0	Nunca	1	Ocasionalmente	2	Bastantes veces	3	Casi siempre	4	Siempre	5
-------	---	-------	---	----------------	---	-----------------	---	--------------	---	---------	---

8. ¿Actualiza los planes de cuidados de acuerdo al estado del los pacientes?

NS/NC	0	Nunca	1	Ocasionalmente	2	Bastantes veces	3	Casi siempre	4	Siempre	5
-------	---	-------	---	----------------	---	-----------------	---	--------------	---	---------	---

B. VALORACIÓN DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

9. ¿Cómo considera que están de coordinados los distintos niveles asistenciales?

NS/NC	0	Nada	1	Poco	2	Algo	3	Bastante	4	Totalmente	5
-------	---	------	---	------	---	------	---	----------	---	------------	---

10. ¿Existe un responsable de coordinación de cuidados AE/AP en su centro (Enfermera de enlace)?

Si No NS/NC

Si la respuesta es afirmativa indique cuál es el referente (puesto):.....

11. ¿Cómo valoraría la comunicación entre Atención Especializada y Atención Primaria?

NS/NC	0	Nula	1	Mala	2	Regular	3	Buena	4	Excelente	5
-------	---	------	---	------	---	---------	---	-------	---	-----------	---

C. VALORACIÓN DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

12. Califique el grado de utilidad, para el personal de enfermería de Atención Primaria, de la elaboración de recomendaciones para seguimiento del paciente en domicilio tras su alta hospitalaria.

NS/NC	0	Nada útil	1	Poco útil	2	Bastante útil	3	Muy útil	4	Imprescindible	5
-------	---	-----------	---	-----------	---	---------------	---	----------	---	----------------	---

13. ¿Cuál es el grado de importancia que usted le otorga a la continuidad asistencial dentro de los servicios sanitarios?

NS/NC	0	Irrelevante	1	Poca	2	Bastante	3	Mucha	4	Imprescindible	5
-------	---	-------------	---	------	---	----------	---	-------	---	----------------	---

14. ¿En qué porcentaje considera que los cuidados de Enfermería que se realizan en el hospital tienen la continuidad adecuada en A. Primaria?

NS/NC	0	Nunca (0%)	1	<50%	2	50-75%	3	>75%	4	Siempre	5
-------	---	------------	---	------	---	--------	---	------	---	---------	---

15. ¿Existe un seguimiento de la continuidad asistencial en su institución?

NS/NC	0	Nunca	1	Ocasionalmente	2	Bastantes veces	3	Casi siempre	4	Siempre	5
-------	---	-------	---	----------------	---	-----------------	---	--------------	---	---------	---

16. ¿Cree usted conocer el trabajo que se realiza en AP?

NS/NC	0	Nada	1	Poco	2	Bastante	3	Mucho	4	Totalmente	5
-------	---	------	---	------	---	----------	---	-------	---	------------	---

17. ¿Por medio de qué mecanismos se garantiza la continuidad asistencial en el Área sanitaria?

NS/NC	0	Informe de Enfermería	1	Por teléfono	2	Reuniones periódicas	3	Entrevista paciente	4	No existe continuidad	5
-------	---	-----------------------	---	--------------	---	----------------------	---	---------------------	---	-----------------------	---

D. VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA

18. ¿Conoce las recomendaciones de cuidados del aplicativo informático Gacela? Si No NS/NC

19. ¿Cree necesario que exista un informe de continuidad de cuidados desde primaria a especializada para los pacientes que ingresan?

NS/NC	0	Nada necesario	1	Poco necesario	2	Bastante necesario	3	Muy necesario	4	Esencial	5
-------	---	----------------	---	----------------	---	--------------------	---	---------------	---	----------	---

20. ¿Conoce los Informes de Alta de Enfermería? Si No NS/NC

21. ¿Cree que es importante la elaboración del Informe de Alta de Enfermería para la continuidad de cuidados?

NS/NC	0	Nada importante	1	Poco importante	2	Bastante importante	3	Muy importante	4	Imprescindible	5
-------	---	-----------------	---	-----------------	---	---------------------	---	----------------	---	----------------	---

22. ¿Considera de utilidad para el/la paciente y su cuidador/a la información que se oferta en el informe?

NS/NC	0	Nada útil	1	Poco útil	2	Bastante útil	3	Muy útil	4	Imprescindible	5
-------	---	-----------	---	-----------	---	---------------	---	----------	---	----------------	---

23. Cuantifique según su experiencia el grado de cumplimentación del registro de Informe de Enfermería al alta.

NS/NC	0	Nunca (0%)	1	<50%	2	50-75%	3	>75%	4	Siempre	5
-------	---	------------	---	------	---	--------	---	------	---	---------	---

24. ¿Ha recibido información/formación para la cumplimentación del informe de alta?

NS/NC	0	Ninguna	1	Poca	2	Alguna	3	Bastante	4	Mucha	5
-------	---	---------	---	------	---	--------	---	----------	---	-------	---

25. Califique el grado de dificultad en la elaboración del alta de enfermería.

NS/NC	0	Muy sencillo	1	Sencillo	2	Algo difícil	3	Bastante difícil	4	Muy difícil	5
-------	---	--------------	---	----------	---	--------------	---	------------------	---	-------------	---

26. El Informe de Alta de Enfermería se organiza en base a diagnósticos enfermeros pendientes y resueltos, ¿Considera adecuado este sistema?

NS/NC	0	Nada	1	Poco	2	Bastante	3	Mucho	4	Totalmente	5
-------	---	------	---	------	---	----------	---	-------	---	------------	---

Si no le parece adecuado ¿Cómo lo organizaría? -----

27. En el apartado de comentarios, ¿Considera oportuno que aparezca el diagnóstico médico por el cual ha sido ingresado en el hospital? Si No NS/NC

28. ¿A través de qué medio envían ustedes el Informe de alta de enfermería?

Hospital Paciente/Familia Historia Electrónica No se envía NS/NC

29. ¿Añadiría algún tipo de información al actual informe de enfermería al alta?

Si No NS/NC

En caso afirmativo, indíquelo en este apartado: -

 **SUGERENCIAS/ PROPUESTAS/COMENTARIOS** respecto a cuestiones sobre la continuidad de cuidados de enfermería interniveles que no estén recogidas en el cuestionario.

Gracias por su colaboración

ANEXO C

CUESTIONARIO PARA EL PROFESIONAL DE A.P

“Comunicación entre niveles asistenciales como garantía de continuidad asistencial. Situación actual del informe de alta de enfermería

Investigadora: *Aurora Rivera Bugallo*. Diplomada en Enfermería.

Para llevar a cabo el siguiente cuestionario es imprescindible su colaboración, por ello es necesario que conteste con sinceridad, responsabilidad y precisión. A continuación se muestran cuatro bloques de preguntas, deberá contestar marcando con una “X” la respuesta que mejor refleje su caso. Ha de saber que con el presente estudio se pretende determinar cómo es la comunicación entre niveles asistenciales y el cumplimiento de la continuidad asistencial.

1. DATOS PROFESIONALES

1. Centro de salud en el que presta sus servicios:

2. Edad (años): 21-30 30-50 50-67 NS/NC

3. Hombre Mujer NS/NC

4. Tipo de contrato actual: Fijo Eventual Interino NS/NC

5. Años de experiencia laboral:

De 0 a 5 años De 5 a 10 años De 10 a 20 años Más de 20 años NS/NC

6. ¿Cómo considera su nivel de conocimientos sobre el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)?

NS/NC	0	Nada Adecuado	1	Poco adecuado	2	Bastante adecuado	3	Muy adecuado	4	Excelente	5
-------	---	---------------	---	---------------	---	-------------------	---	--------------	---	-----------	---

7. ¿Elabora habitualmente planes de cuidados a sus pacientes?

NS/NC	0	Nunca	1	Ocasionalmente	2	Bastantes veces	3	Casi siempre	4	Siempre	5
-------	---	-------	---	----------------	---	-----------------	---	--------------	---	---------	---

8. ¿Actualiza los planes de cuidados de acuerdo al estado de los pacientes?

NS/NC	0	Nunca	1	Ocasionalmente	2	Bastantes veces	3	Casi siempre	4	Siempre	5
-------	---	-------	---	----------------	---	-----------------	---	--------------	---	---------	---

B. VALORACIÓN DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

9. ¿Cómo considera que están de coordinados los distintos niveles asistenciales?

NS/NC	0	Nada	1	Poco	2	Algo	3	Bastante	4	Totalmente	5
-------	---	------	---	------	---	------	---	----------	---	------------	---

10. ¿Existe un responsable de coordinación de cuidados AP/AE en su centro (Enfermera de enlace)? Si No NS/NC

Si la respuesta es afirmativa indique cuál es el referente (puesto):.....

11. ¿Cómo valoraría la comunicación entre Atención Primaria y Especializada?

NS/NC	0	Nula	1	Mala	2	Regular	3	Buena	4	Excelente	5
-------	---	------	---	------	---	---------	---	-------	---	-----------	---

C. VALORACIÓN DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

12. ¿Considera las recomendaciones de cuidados como una buena forma de comunicación interniveles para garantizar la continuidad asistencial? Si No NS/NC

13. ¿Cuál es el grado de importancia que usted le otorga a la continuidad asistencial dentro de los servicios sanitarios?

NS/NC	0	Irrelevante	1	Poca	2	Bastante	3	Mucha	4	Imprescindible	5
-------	---	-------------	---	------	---	----------	---	-------	---	----------------	---

14. ¿En qué porcentaje considera que los cuidados de Enfermería que se realizan en el hospital tienen la continuidad adecuada en A. Primaria?

NS/NC	0	Nunca (0%)	1	<50%	2	50-75%	3	>75%	4	Siempre	5
-------	---	------------	---	------	---	--------	---	------	---	---------	---

15. ¿Existe un seguimiento de la continuidad asistencial en su institución?

NS/NC	0	Nunca	1	Ocasionalmente	2	Bastantes veces	3	Casi siempre	4	Siempre	5
-------	---	-------	---	----------------	---	-----------------	---	--------------	---	---------	---

16. ¿Por medio de qué mecanismos se garantiza la continuidad asistencial en el Área sanitaria?

NS/NC	0	Informe de Enfermería	1	Por teléfono	2	Reuniones periódicas	3	Entrevista paciente	4	No existe continuidad	5
-------	---	-----------------------	---	--------------	---	----------------------	---	---------------------	---	-----------------------	---

D. VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA

17. ¿Conoce las recomendaciones de cuidados del aplicativo informático Gacela?

Si No NS/NC

18. ¿Cree necesario que exista un informe de continuidad de cuidados desde primaria a especializada para los pacientes que ingresan en hospital?

NS/NC	0	Nada necesario	1	Poco necesario	2	Bastante necesario	3	Muy necesario	4	Esencial	5
-------	---	----------------	---	----------------	---	--------------------	---	---------------	---	----------	---

19. ¿Conoce los Informes de Alta de Enfermería? Si No NS/NC

20. ¿Cree que es importante la elaboración del Informe de Alta de Enfermería para la continuidad de cuidados?

NS/NC	0	Nada importante	1	Poco importante	2	Bastante importante	3	Muy importante	4	Imprescindible	5
-------	---	-----------------	---	-----------------	---	---------------------	---	----------------	---	----------------	---

21. ¿Considera de utilidad para el/la paciente y su cuidador/a la información que se oferta en el informe?

NS/NC	0	Nada útil	1	Poco útil	2	Bastante útil	3	Muy útil	4	Imprescindible	5
-------	---	-----------	---	-----------	---	---------------	---	----------	---	----------------	---

22. Cuantifique según su experiencia el grado de cumplimentación del registro de informe de enfermería al alta.

NS/NC	0	Nunca	1	<50%	2	50-75%	3	>75%	4	Siempre	5
-------	---	-------	---	------	---	--------	---	------	---	---------	---

23. El Informe de Alta de Enfermería se organiza en base a diagnósticos enfermeros pendientes y resueltos ¿Considera adecuado este sistema?

NS/NC	0	Nada	1	Poco	2	Bastante	3	Mucho	4	Totalmente	5
-------	---	------	---	------	---	----------	---	-------	---	------------	---

Si no le parece adecuado, ¿Cómo lo organizaría?-----

24. ¿Considera oportuno que aparezca el diagnóstico médico por el cual ha sido ingresado en el hospital en el alta de enfermería? Si No NS/NC

25. ¿A través de qué medio reciben ustedes el Informe de alta de enfermería?

No se recibe Hospital Paciente/Familia Historia Electrónica

26. ¿Añadiría algún tipo de información o contenido al actual informe de Enfermería al alta?

Si No NS/NC

En caso afirmativo, indíquelo en este apartado: -

 **SUGERENCIAS/ PROPUESTAS/COMENTARIOS** respecto a cuestiones sobre la continuidad de cuidados de enfermería interniveles que no estén recogidas en el cuestionario.

Gracias por su colaboración.

ANEXO D

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN. DOCUMENTO INFORMATIVO

Ejemplar para el paciente/familiar

“Comunicación entre niveles asistenciales como garantía de continuidad asistencial. Situación actual del informe de alta de enfermería”

Investigadora: Aurora Rivera Bugallo, diplomada en enfermería

El sistema sanitario actual está formado por un gran número de profesionales que realizan su trabajo en niveles asistenciales diferentes (Atención primaria-Especializada) y una gran cantidad de pacientes que precisan de cuidados, lo cual exige una buena comunicación entre el personal de enfermería de ambos niveles y un instrumento eficaz que facilite dicha comunicación con el objetivo de garantizar una buena prestación de cuidados.

Este estudio va dirigido a los pacientes y familiares/acompañantes que se encuentren en unidades de hospitalización del CHUF durante el transcurso de la investigación. Se pretende determinar si realmente se garantizan los cuidados a nivel de atención primaria y de qué manera, una vez les han dado el alta hospitalaria. Además, uno de los principales objetivos será valorar la existencia y utilización del informe de alta de enfermería como herramienta esencial para garantizar la continuidad de cuidados prestados por el personal de enfermería.

Para este efecto se elaboraron unos cuestionarios de recogida de datos que evidencian estos aspectos. Si ustedes optan por participar en el estudio, se le entregará un ejemplar del cuestionario, el cuál una vez cumplimentado será recogido por la investigadora. La información obtenida servirá para guiar las intervenciones futuras.

Su participación en el mencionado estudio es **TOTALMENTE VOLUNTARIA** y si decide hacerlo ha de saber que el tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se realizará conforme a lo dispuesto por la Ley orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos. Así mismo tiene, por parte del investigador el compromiso de absoluta confidencialidad. Se mantendrá el anonimato durante todo el estudio y tras su finalización todo dato personal será destruido.

Cualquier duda que pueda surgirle será solventada por la enfermera investigadora nombrada.

Muchas gracias por su colaboración

Aurora Rivera – Diplomada en Enfermería

ANEXO E

**ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN. DOCUMENTO
INFORMATIVO**

Ejemplar para el personal de enfermería.

“Comunicación entre niveles asistenciales como garantía de continuidad
asistencial. Situación actual del informe de alta de enfermería”

Investigadora: Aurora Rivera Bugallo, diplomada en enfermería

El sistema sanitario actual está formado por un gran número de profesionales que realizan su trabajo en niveles asistenciales diferentes (Atención primaria-Especializada) y una gran cantidad de pacientes que precisan de cuidados, lo cual exige una buena comunicación entre ambos niveles y un instrumento eficaz que facilite dicha comunicación con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial.

Este estudio va dirigido, entre otros, a los profesionales de enfermería de unidades de hospitalización del CHUF y de los centros de atención primaria de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Se pretende conocer la opinión y los conocimientos de los profesionales sobre la relación entre los diferentes niveles asistenciales y del informe de alta de enfermería y así determinar en qué grado se cumple la continuidad de cuidados.

Para este efecto se elaboraron unos cuestionarios de recogida de datos que evidencian estos aspectos. Si ustedes optan por participar en el estudio, se le entregará un ejemplar del cuestionario, el cuál una vez cumplimentando será recogido por la investigadora. La información obtenida servirá para guiar las intervenciones futuras.

Su participación en el mencionado estudio es **TOTALMENTE VOLUNTARIA** y si decide hacerlo ha de saber que el tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se realizará conforme a lo dispuesto por la Ley orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos. Así mismo tiene, por parte del investigador el compromiso de absoluta confidencialidad. Se mantendrá el anonimato durante todo el estudio y tras su finalización todo dato personal será destruido.

Cualquier duda que pueda surgirle será solventada por la enfermera investigadora nombrada.

Muchas gracias por su colaboración

Aurora Rivera – Diplomada en Enfermería

ANEXO F



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral

Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tlf: 881 546425 Fax: 881 541804
ceic@sergas.es



DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE GALICIA

Paula M. López Vázquez, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 26/03/2013 el estudio:

Título: Comunicación entre niveles asistenciales como garantía de continuidad asistencial. Situación actual del informe de alta de enfermería
Promotor: Aurora Rivera Bugallo
Código de Registro CEIC de Galicia: 2012/463

Y, tomando en consideración las siguientes cuestiones:

- La pertinencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos legales aplicables, y en particular la Ley 14/2007, de investigación biomédica, el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica, y la ORDEN SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las Directrices sobre estudios Posautorización de Tipo Observacional para medicamentos de uso humano.
- La idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, así como los beneficios esperados.
- Los principios éticos de la Declaración de Helsinki vigente.
- Los Procedimientos Normalizados de Trabajo del CEIC de Galicia

Emite un **INFORME FAVORABLE** para la realización del estudio en los centros y con los investigadores siguientes

Centros	Investigadores Principales
Facultade de Enfermería e Podoloxía	Aurora Rivera Bugallo
Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol	Eva Tizón Bouza, José Angel Pesado Cartelle

En Santiago de Compostela, a 10 de abril de 2013
La Secretaría



Paula M. López Vázquez

Comunicación entre niveles asistenciales como garantía de continuidad asistencial

ANEXO G

DE: DIRECCIÓN DE PROCESOS DE SOPORTE

A: DÑA. AURORA RIVERA BUGALLO (alumna Enfermería)

CC: DÑA. M^a LUISA FRAGA SAMPEDRO (Supervisora Área de Formación)

ASUNTO: Autorización Proyecto de Investigación

Esta Dirección autoriza la realización del proyecto de Investigación *"Comunicación entre niveles asistenciales como garantía de continuidad asistencial. Situación actual del informe de alta de Enfermería"* planteado por Dña. Aurora Rivera Bugallo para la obtención del Grado de Enfermería.

Atentamente,



Silvia Rguez. Dapena

Directora de P. de Soporte

Ferrol, 7 de Mayo de 2013