

# Utilidad percibida del informe de continuidad de cuidados de enfermería

María García Ríos, Raquel Canga Pérez, Alejandra García Bango, Beatriz Fernández Fernández, Pablo Manjón García, Isabel Elena Ferrero Fernández  
Centro de Salud de Tuilla – La Felguera

Contacto: kiragrios@gmail.com

Manuscrito recibido: 28/11/2018

Manuscrito aceptado: 17/05/2019

## Cómo citar este documento

García Ríos M, Canga Pérez R, García Bango A, Fernández Fernández B, Manjón García P, Ferrero Fernández IE. Utilidad percibida del informe de continuidad de cuidados de enfermería. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2019 Noviembre; 7 (4): 35-46.

## Resumen

Objetivo: estimar la utilidad percibida de los informes de alta de enfermería hospitalaria (ICC) por los enfermeros de Atención Primaria (AP) de las áreas sanitarias V y VIII del SESPA. Metodología: se realizó un estudio observacional, analítico y transversal sobre una población a estudio de 189 enfermeros de AP de las áreas V y VIII del SESPA mediante cuestionario autoadministrado, voluntario y anónimo compuesto por 25 ítems relacionados con distintas dimensiones del ICC. Se realizó análisis estadístico con el programa R 3.4.3. Para el análisis descriptivo se emplearon frecuencias absolutas y relativas y las medidas de tendencia central y de dispersión con intervalos de confianza del 95%. Se emplearon coeficiente de correlación de Spearman, test de Ji cuadrado para variables categóricas y test de Ji cuadrado de tendencia lineal en el caso de variables ordinales. Para variables de respuesta binaria, se empleó regresión logística multivariante,

estimando el OR y sus IC del 95%. Resultados: el ICC resulta poco útil para el 64,1% e inútil para el 18,3% de los encuestados. Esto se relaciona con la frecuencia de consulta y con el desacuerdo con que el informe refleja con claridad la situación del paciente al alta en cuanto a los cuidados de enfermería. No se encuentra relación entre la utilidad percibida con las variables relativas al puesto de trabajo. El 91% modificaría los contenidos del informe y para el 86% este aspecto sería prioritario para mejorar. Un 99,3% quisiera que constara en el informe el diagnóstico médico. Conclusiones: la utilidad percibida del ICC por los enfermeros/as de AP es baja, a pesar de consultarse regularmente. La mayoría de profesionales demanda una mejora en los contenidos del informe así como la inclusión del diagnóstico médico en el mismo. Los resultados resultan extrapolables a todas las áreas sanitarias del SESPA que disponen del mismo tipo de informe y de acceso.

## Palabras clave:

Atención de enfermería, Atención al paciente, Atención primaria de Salud, Enfermería primaria, Atención Ambulatoria.

Original

# Perceived utility of the Care Continuity Report (CCR) of hospital nursing by the Primary Care professionals

## Abstract

**OBJECTIVE:** To assess the utility of hospital nursing discharge reports for / by PC nursing coming from the different computer systems of the Health System of the Principality of Asturias (SESPA).

**METHODOLOGY:** A descriptive, analytical and cross-sectional study, combining 2 types of analysis (quantitative, descriptive and qualitative), was carried out on PC nursing in areas V and VIII, between June and October 2017, involving 189 nurses.

Nursing personnel with more than 1 year of experience in PC was included. The data were collected by structured, self-administered, personal and anonymous questionnaire, whose 25 items measured variables (quantitative discrete, qualitative nominal dichotomous and qualitative ordinal) among them: age, years of experience in PC, gender, knowledge of the report, degree of use, previous knowledge of the patient, of the care continuity and understanding of the terminology. Collection technique prior to the presentation of the study, explaining its objectives and subsequent delivery of the questionnaire

Regarding the analysis, descriptive statistics were calculated for quantitative variables, the average, standard deviation, maximum and minimum. For qualitative variables, we used percentages and 95% confidence intervals.

The bivariate analysis was performed by Chi-square test and Spearman's F.

The statistical program used was R.

**RESULTS:** Our results show that 64% and 18% of the staff perceive the current CCR as of little use or useless. 91% would improve the content of the report, in addition to 86% who recognizes it as the priority aspect. In addition, 49% and 35% perceive as necessary improvements in their extension and terminology used.

**CONCLUSIONS:** The PC nurse demands better quality information in the CCR, and adapted to the needs perceived by the patient in order to be continued and satisfied by PC. Applicable in achieving a more individualized approach to the patient's situation through the CCR. In addition to being extrapolated to other areas which use this computer system and CCR.

## Keywords

*Nursing care, Patient Care, Primary Health Care, Primary Nursing, Ambulatory Care.*

## Introducción

El Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) es un documento de comunicación escrita en el que los profesionales de enfermería hospitalaria, de forma autónoma y utilizando metodología enfermera, recogen información acerca del estado de salud del usuario, lo que conlleva a la elaboración de planes de cuidados que se inician durante el proceso de hospitalización. Este plan de cuidados es la base del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) (1).

Bellido et al. (2) define el Informe de Continuidad de Cuidados como *“el acto por el que se realiza el traslado de información y documentación referente al paciente de los cuidados de enfermería prestados hasta el momento”*. La reciente implantación del ICC en el ámbito sanitario viene paralelo al avance, especialización y creciente autonomía de la disciplina enfermera.

Mediante este documento se pretende resolver o tratar aquellos cuidados que no han podido ser solucionados en su totalidad en el hospital y que requieren un seguimiento periódico desde la consulta de Atención Primaria (AP) o desde el domicilio. Además, aporta información del motivo de ingreso, proceso de hospitalización y estado actual del usuario (3). Este puente informativo entre Atención Hospitalaria (AH) y AP cobra especial importancia en la actualidad debido a que en nuestro medio contamos con una población cada vez más envejecida, con altos niveles de dependencia y pluripatología crónica, lo cual requiere asistencia continua y coordinada (4).

En este contexto adquiere notable relevancia el concepto de continuidad de cuidados definido según la Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHCO, 1991) como el *“grado en el que la asistencia que necesita el paciente está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones y con relación en el tiempo”*. La continuidad de cuidados permite organizar y coordinar las actividades asistenciales para satisfacer las

necesidades del usuario, favoreciendo su autonomía, basándose en una adecuada comunicación entre AP y AH y conectando servicios y recursos (2).

El Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) es un documento de comunicación escrita en el que los profesionales de enfermería hospitalaria, de forma autónoma y utilizando metodología enfermera, recogen información acerca del estado de salud del usuario, lo que conlleva a la elaboración de planes de cuidados que se inician durante el proceso de hospitalización.

La continuidad de cuidados de enfermería se inicia con el ingreso del paciente y tiene como objetivo principal planificar el alta de la forma más organizada y coordinada posible. En este contexto, la comunicación entre la enfermera hospitalaria y la enfermera de Atención Primaria resulta fundamental para favorecer una atención integral y holística del paciente (5).

Una comunicación insuficiente y deficitaria al alta tiene efectos negativos afectando tanto a pacientes como a profesionales. En el caso del paciente, se pueden producir duplicidades en pruebas e intervenciones e interrupciones o no iniciación de cuidados profesionales. Debido a la brecha comunicativa existente entre AP y AH, en múltiples ocasiones es el propio paciente el que demanda la atención una vez dado de alta.

Según un estudio realizado por Pérez, en el año 2004, esta situación de incomunicación cobra mayor relevancia en pacientes frágiles, ancianos o en situación terminal, incrementándose los reingresos en un 28%. Por otro lado, un estudio realizado en el área 8 de Madrid demostró que una adecuada

valoración integral por parte de enfermería disminuye reingresos en mayores de 65 años (6). La continuidad de cuidados es posible cuando el propio profesional de enfermería es el que efectúa, coordina y decide el plan a realizar de forma rápida, segura y coste-efectiva. Para ello, se precisa que la enfermera asuma cada vez más responsabilidades (7).

El ICC surge en 1984 en Estados Unidos, bajo el nombre de "Plan de Alta de Enfermería", dentro del sistema Medicare, como una forma de reducir los costos del sistema de salud. Este sistema se extendió rápidamente por Europa y Latinoamérica como un medio de comunicación y planificación de la reincorporación del paciente al domicilio tras su estancia en el hospital. En España el informe de enfermería al alta se comenzó a implantar en 1989 con el antiguo INSALUD (8). En 1991, dentro de la Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de Abril (9), aparece la cartera de servicios que permite regular las actividades básicas de enfermería. A partir de 1999, con el contrato gestión de Atención Primaria, cobran mayor importancia los planes de cuidados estandarizados para regular la labor enfermera. Durante los años siguientes en los que se consolidan las transferencias a las comunidades autónomas, se refleja en los diferentes planes de calidad la necesidad de coordinación entre distintos niveles asistenciales y la importancia del Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE) como garante de continuidad asistencial. A su vez, se creó una subcomisión de enfermería para garantizar la coordinación entre niveles asistenciales y establecer así la planificación de cuidados al alta del paciente en forma de ICCE, diseñando un protocolo o guía de actuación, así como la hoja de informe.

El contenido de este informe, implantado en la historia clínica del paciente, tiene su base en el Real Decreto 1093/2010 (10) de 3 de Septiembre, por el que se aprueba el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud (SNS). En el artículo 3 de este Real Decreto se incluye el referido informe de enfermería.

El contenido de este informe, implantado en la historia clínica del paciente, tiene su base en el Real Decreto 1093/2010 (10) de 3 de Septiembre

El conjunto mínimo de datos del informe de cuidados de enfermería figura en el anexo VII del RD (10). Establece una estructura fija de recogida de información y la clasifica en cuatro apartados: datos del documento, datos de la institución emisora, datos del paciente y datos del proceso asistencial. En este último apartado deben incluirse los diagnósticos de enfermería resueltos y activos, los resultados (NOC) y las intervenciones (NIC), de forma literal como aparece en la NANDA (reflejando el código NANDA). El formato de cumplimentación del ICC es semiabierto, de tal manera que varios apartados se pueden redactar como texto libre.

Con la transferencia de competencias a las comunidades autónomas la implantación del ICC es bastante heterogénea. En Asturias, siguiendo la iniciativa 56 del Plan de Salud 2004-2007, se pretende fomentar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales de tal forma que se garantice la continuidad de los cuidados. Desde 2005 se incluye el servicio de atención al alta hospitalaria en la cartera de servicios de AP (11).

Existen diversos estudios previos en referencia al ICC que abordan diferentes interrogantes. Analizan, entre otros, su utilidad desde la perspectiva de enfermería de AP, AH o ambos, obteniéndose resultados heterogéneos(1, 8, 12-16). En el área sanitaria V del SESPA, la Consejería de Sanidad realizó en 2014 un proceso de implantación de un ICC normalizado (17). Siguiendo este protocolo, el ICC se genera automáticamente en el sistema informático a partir de los datos del paciente introducidos por la enfermera hospitalaria: valoración de enfermería, última

revisión del plan de cuidados y actualización de los distintos formularios. Este informe, tras ser validado, pasa a formar parte de la historia resumida de salud. Todos los datos recogidos forman parte del CMBD (10) y deben aparecer visibles en el documento, a excepción del apartado "otra información de interés" que puede omitirse.

En las áreas sanitarias sometidas a nuestro estudio (V y VIII), las enfermeras de Atención Primaria reciben diariamente informes de alta de enfermería del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) así como de sus hospitales de referencia (Hospital Universitario de Cabueñes y Hospital Valle del Nalón, respectivamente), ambos con diferentes sistemas informáticos. En este contexto, a pesar de que el ICC lleva más de 10 años de implantación progresiva en el ámbito sanitario asturiano, es desde hace 4 años, con la informatización de la asistencia hospitalaria, cuando se implanta de manera sistemática. Por ello, consideramos un momento adecuado para evaluar la percepción que las enfermeras de AP tienen del ICC, valorando su utilidad y, con ello, objetivar si cumple su propósito de mejorar la comunicación entre la enfermería de AP y AH, así como detectar posibles aspectos de mejora. Todo ello con el objetivo final de mejorar la calidad en la continuidad de cuidados que recibirá el paciente tras el alta hospitalaria.

## Objetivos

El objetivo principal fue estimar la utilidad percibida de los ICC por los enfermeros de AP de las áreas sanitarias V y VIII del SESPA. Los objetivos específicos fueron analizar el grado de conocimiento de dicho informe por parte del personal de enfermería AP en términos de existencia y accesibilidad, evaluar el grado en que perciben que el informe proporciona información adecuada en cuanto al estado del paciente y los cuidados que precisa al alta e identificar las variables que pueden afectar a la utilidad percibida del ICC.

## Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal.

La población a estudio estuvo compuesta por el personal de enfermería de AP de las 14 Zonas Básicas de Salud del Área V (Gijón) y 8 Zonas Básicas de Salud del Área VIII. No se realizó muestreo puesto que se estudió a toda la población mencionada que cumpliera los criterios de inclusión: personal de enfermería con más de un año de experiencia en AP trabajando en consulta de adultos de centros de salud de esas áreas. Fueron criterios de exclusión: ser personal en periodo de formación EIR, desempeñar el trabajo puestos de Servicio de Atención continuada (SAC)/Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

Para contestar a la pregunta de investigación se estudiaron variables demográficas de los entrevistados (edad y sexo), relativas al puesto de trabajo, experiencia profesional (años de experiencia en CS, años de experiencia en hospital, especialidad) y variables relativas al ICC en cuanto a facilidad y frecuencia de acceso, formato, contenido, etc., mediante cuestionario de elaboración propia, tras revisar en la literatura disponible y no encontrar ninguno que estuviera orientado a responder nuestras preguntas.

Se diseñó un cuestionario de 24 preguntas que fue pilotado con 15 profesionales de enfermería de otras áreas. La única modificación fruto de ese pilotaje consistió en añadir una pregunta abierta a petición de todos esos profesionales. Por lo tanto, finalmente el cuestionario estuvo formado por 24 preguntas cerradas y una última pregunta abierta sobre sugerencias o comentarios que se quisieran realizar.

Para la recogida de datos se contactó con las gerencias de área y con los coordinadores de equipo de cada centro de salud. Por medio de ellos se convocó a los profesionales de cada centro de salud para presentar el proyecto, explicar el carácter voluntario y anónimo de la participación y entregar los

cuestionarios, que se completaron el mismo día que fueron entregados. El coordinador de cada centro recogió los cuestionarios una vez completados y los entregó a los investigadores. Esta etapa se realizó entre los meses de junio y octubre de 2017.

El proyecto fue presentado y aprobado tanto por la Comisión de Investigación del Área como por el Comité de Ética para la Investigación del Principado de Asturias. Se siguieron todas las recomendaciones establecidas por este comité en cuanto a confidencialidad, disociación de datos, anonimato, etc.

El análisis de los datos se realizó mediante el software R, versión 3.4.3. Para el análisis descriptivo se emplearon frecuencias absolutas y relativas y las medidas de tendencia central y de dispersión presentadas con intervalos de confianza del 95%. Se emplearon coeficiente de correlación de Spearman, test de Ji cuadrado para evaluar asociación entre variables categóricas y test de Ji cuadrado para tendencias lineales en el caso de variables ordinales. En el caso de variables de respuesta binaria, se empleó

regresión logística multivariante, estimando el OR y sus IC del 95%.

## Resultados

La población a estudio estaba compuesta por un total 189 profesionales aunque finalmente se obtuvieron 147 cuestionarios contestados. Las pérdidas se produjeron por negativa del profesional a participar en el proyecto (24 enfermeros), porque los profesionales no estaban presentes en el Centro de Salud en los días que se entregó el cuestionario (16 enfermeros) y 2 cuestionarios se desecharon porque no estaba identificado el centro de salud en el mismo. El 87% (128) eran mujeres. La edad media fue 51,4 (SD=12,01). El 17,4% (26) eran enfermeros especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. El 35,4% (52) contaba con más de 20 años de experiencia en AP y el 34,7% (51) con más de 20 años de experiencia hospitalaria. La distribución por áreas sanitarias junto con los datos demográfico-laborales se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características demográfico-laborales de los enfermeros

Variables				
<b>Área Sanitaria</b>				
Gijón (V)	113	76,90	69,20	83,42
Valle del Nalón (VIII)	34	23,10	16,58	30,79
<b>Sexo</b>				
Mujer	127	87,00	79,77	91,49
Hombre	19	13,00	7,96	19,44
<b>Especialista EFyC</b>				
Sí	25	17,40	11,32	24,07
No	119	82,70	73,66	86,95
<b>Experiencia en Atención Primaria</b>				
1 – 5 años	53	36,10	28,31	44,38
6 – 10 años	29	19,70	16,63	27,09
11 a 20 años	13	8,80	4,79	14,65
> 20 años	52	35,40	27,67	43,68
<b>Experiencia en Hospital</b>				
< 1 año	20	13,90	8,51	20,23
1 – 5 años	34	23,60	16,58	30,79
6 – 10 años	21	14,60	9,07	21,00
11 – 20 años	19	13,20	7,76	19,45
> 20 años	50	34,70	26,41	42,28
	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Edad (años)</b>	51,14	12,01	25	64

DE: derivación estándar; IC: intervalo de confianza

Un 66,2% (97) declara no haber recibido ninguna explicación sobre la estructura del informe.

Con respecto a la facilidad de acceso el 80,3% (118) lo considera muy sencillo o sencillo. El 38,9% (57) dice consultar diariamente el ICC (Figura 1).

Un 66,2% (97) declara no haber recibido ninguna explicación sobre la estructura del informe. El 4,8% (7) de los profesionales (IC 95% 1,3-8,3) considera que el formato es claro para el usuario y el 9,6% (14) (IC 95% 4,8-14,4) que lo es para los enfermeros de AP. El 12,1% (18) considera adecuada la extensión del informe.

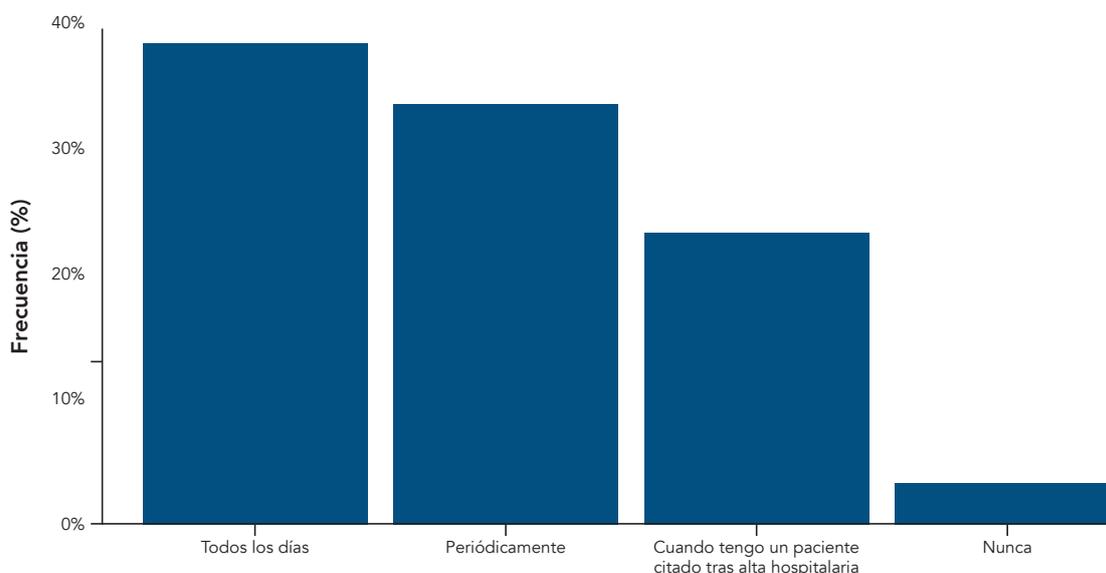
Con respecto a la terminología, la aparición de nombres comerciales desconocidos supone un problema para comprender la información relevante a un 69,3% (102) de los entrevistados mientras que cuando aparecen abreviaturas o siglas desconocidas, esto supone un problema para el 88% (129).

En cuanto al contenido del informe, el 99,3% (146) (IC 95% 98-100) consideraría útil para su trabajo que en el ICC apareciera el diagnóstico médico del proceso asistencial.

En cuanto al contenido del informe, el 99,3% (146) (IC 95% 98-100) consideraría útil para su trabajo que en el ICC apareciera el diagnóstico médico del proceso asistencial (Figura 2).

El 63% (93) opina que el ICC aporta demasiada información no relevante. El 72,2% (106) de los profesionales dice estar en desacuerdo con que el informe refleja la situación del paciente al alta en cuanto a necesidad de cuidados de enfermería. El 84% (123) considera que el informe no aporta información importante al usuario y su familia respecto a los cuidados que debe seguir en el domicilio. El 95,8% (141) no considera que esa información se les transmita de manera clara, concisa o comprensible. El 61,1% (90) no encuentra comprensible el apartado de diagnósticos de enfermería resueltos al alta por

Figura 1: Frecuencia consulta ICC



la terminología empleada. El 86,9% (128) no considera que el informe refleje con claridad el plan de cuidados al alta. La información del apartado "otra información de interés" es útil para el 90% (132) de los encuestados. El 80,5% (118) considera que el apartado información complementaria/observaciones" no recoge habitualmente la información para la que está destinada.

El 17,6% (26) de los participantes considera imprescindible o útil el informe

para su trabajo diario (IC 95% 11,4-23,8) y el resto lo considera poco útil o inútil (Figura 3).

En relación con los aspectos a mejorar del ICC: el 34,7% (51) mejoraría la extensión, el 13,2% (19) la facilidad de acceso, el 91,7% (135) los contenidos y el 34% (50) la terminología empleada (Figura 4).

El aspecto prioritario a mejorar entre los mencionados fue el contenido para el 86,6% (127) de los entrevistados.

Figura 2: Importancia de la inclusión del diagnóstico médico en el ICC

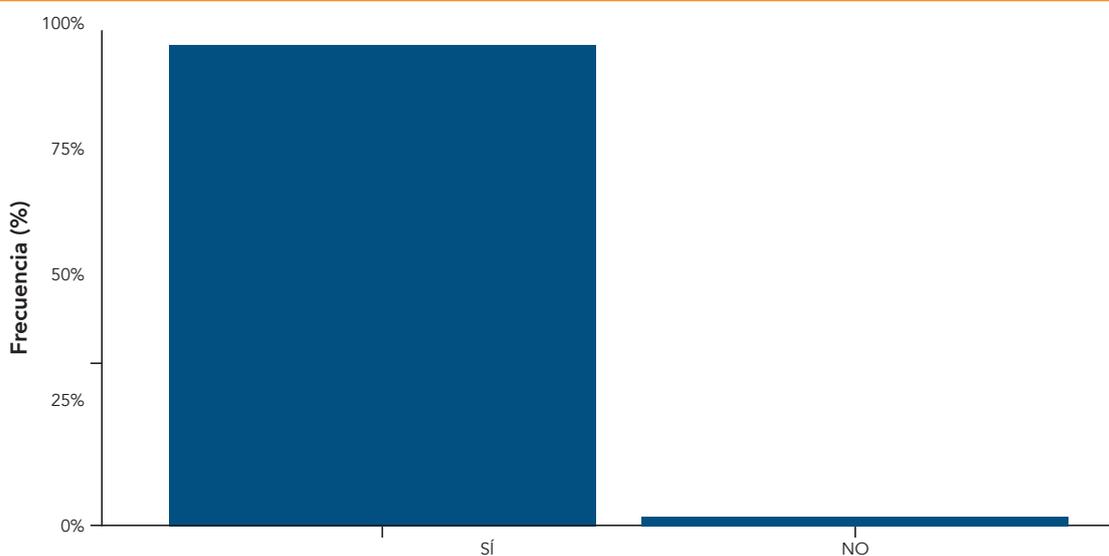


Figura 3: Utilidad general percibida

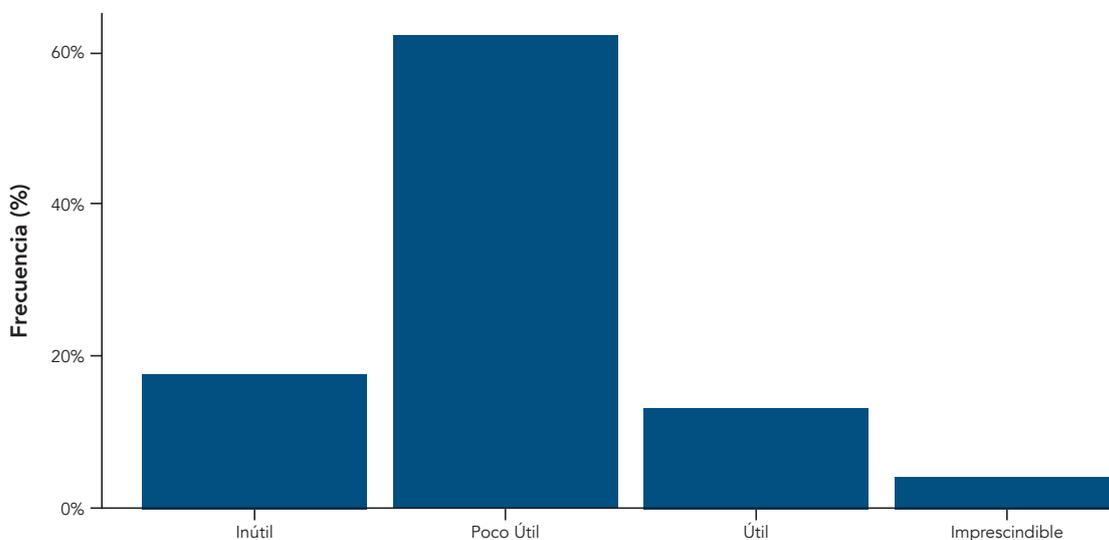
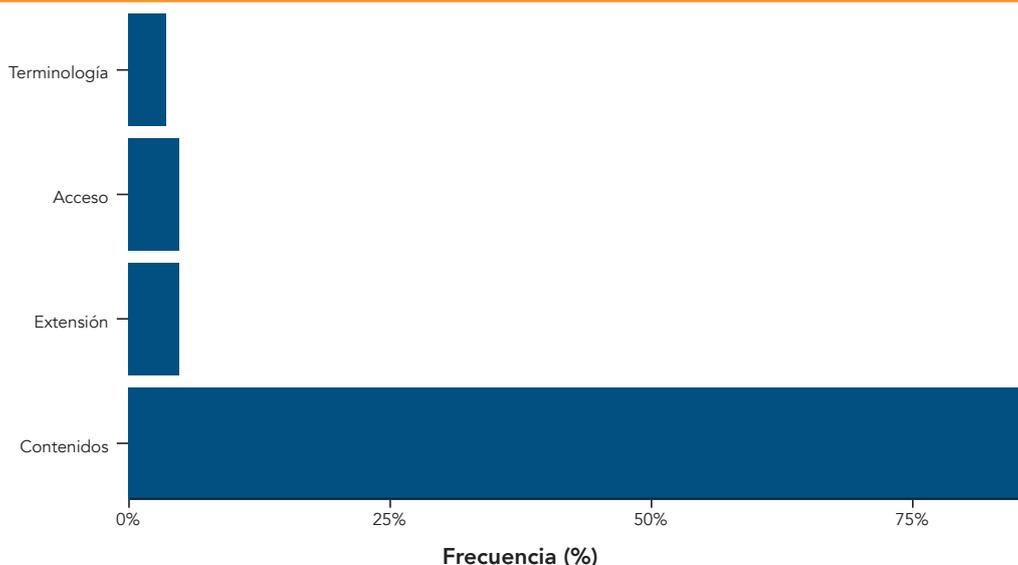


Figura 4: Aspectos prioritarios a mejorar



En los resultados del análisis bivariante encontramos que la facilidad de acceso es independiente de la categoría profesional del entrevistado ( $p > 0,05$ ). Hallamos correlación entre la frecuencia de consulta y la facilidad de acceso al informe ( $\rho = 0,24$ ;  $p = 0,026$ ). También hay correlación entre la frecuencia de consulta y la utilidad general percibida ( $\rho = -0,22$ ;  $p = 0,009$ ). Existe correlación entre la adecuación de la extensión del informe y la proporción de información que se considera importante, de manera que a mayor porcentaje de profesionales que lo encuentran demasiado extenso, menor proporción de información se considera importante ( $\rho = 0,17$ ;  $p = 0,04$ ). También se correlacionan la percepción sobre si el informe refleja la situación del paciente y el plan de cuidados al alta con la utilidad general percibida, (cuanto más de acuerdo se está en que el informe refleja estos factores, existe una mayor utilidad percibida del informe). Ambos aspectos se correlacionan también con el aspecto prioritario a mejorar. Con este tipo de análisis no encontramos correlación entre la utilidad general percibida y la categoría profesional, ni con los años de experiencia en el Centro de Salud. La categoría profesional tampoco se relaciona con el hecho de encontrar en el informe términos que se desconocen.

Además encontramos relación lineal entre los años de experiencia en el Centro de Salud y la facilidad de acceso ( $p = 0,0121$ ), siendo el OR (odds ratio) para el intervalo entre 11 y 20 años de experiencia 5,63 (IC 95% (21,719-1,461). Para los años de experiencia en el hospital no se encontró relación lineal con la frecuencia de acceso al informe.

En el análisis multivariante no encontramos correlación entre la utilidad general percibida del informe y las siguientes variables: edad, sexo, categoría profesional, área sanitaria, ni años de experiencia en Centro de Salud u hospital. Por otra parte, al ajustar por las variables relacionadas con frecuencia de consulta y contenido, sí encontramos que la utilidad general percibida se relaciona con la frecuencia de consulta (OR 0,31, IC95% 0,11-0,88) y con el grado de acuerdo con que el informe refleja con claridad la situación del paciente al alta en cuanto a cuidados de enfermería (OR 3,27, IC95% 1,29-8,26)

Se recogieron literalmente las respuestas a la última pregunta y se agruparon en dos bloques: referidas al contenido y referidas al formato.

## Discusión

El informe de alta de enfermería hospitalaria pretende garantizar la continuidad de cuidados y servir de utilidad para el personal de enfermería de AP. De nuestros resultados se desprende que la utilidad percibida es muy baja, resaltando que la mayoría no cree que sea un formato claro, considerándolo muy extenso con demasiada información irrelevante y que no refleja el estado del paciente en el momento que es dado de alta, teniendo que consultar siempre el informe médico, de ahí el reclamo en casi la totalidad de los encuestados de que se incluya el diagnóstico médico dentro del propio ICC.

Aunque han sido varios los aspectos a mejorar, como su extensión o la metodología empleada, lo más representativo ha sido el contenido. Son diversos los estudios donde se reflejan las necesidades de mejora del ICC, en 2008 en Zaragoza un estudio refería la necesidad de suministrar al paciente y su familia más información sobre actividad física, dieta y tratamiento, aspectos donde se percibía una mayor carencia de conocimiento, en Cantabria otro estudio revela que tanto las enfermeras de AP como de AH estiman el documento poco útil para comunicarse entre ambos niveles asistenciales, también un estudio realizado por G. Llorens y L. Crespo (8) en Valencia reveló que el 66,6% de las enfermeras de AP cree que la información suministrada al cuidador es fundamental y el 100% considera que debe incluirse el diagnóstico médico.

Aunque han sido varios los aspectos a mejorar, como su extensión o la metodología empleada, lo más representativo ha sido el contenido.

En el 2014, la Consejería de Sanidad de Asturias realizó un estudio para establecer un protocolo de ICC normalizado (17). Al igual que en nuestro estudio, fueron constantes las manifestaciones de los profesionales para incluir el diagnóstico médico dentro del ICC pero se desestimaron porque esa información ya está incluida en el informe emitido por el facultativo. Por otro lado, la posibilidad de eliminar parte de los contenidos del ICC también se rechazó ya que todos ellos formaban parte del CMBD que contempla el BOE.

En ninguno de los estudios previos consultados se realiza un análisis estadístico bivariante ni multivariante realizado en el presente trabajo, lo que no nos permite comparar resultados.

Teniendo en cuenta la relación que encontramos entre la utilidad general percibida y la frecuencia de consulta del informe (de manera que observamos que a mayor frecuencia de consulta le corresponde mayor utilidad percibida) y que la utilidad general es baja, pero la frecuencia de consulta es elevada, interpretamos que los profesionales sienten la necesidad de que exista este documento, pero que necesitan cambios principalmente en sus contenidos.

A pesar de ser ese el aspecto prioritario a mejorar, también es importante el grupo de profesionales que considera que la proporción de información no relevante del informe es elevada y que debería modificarse la extensión del mismo.

Hay que mencionar la importancia del elevado porcentaje de profesionales que manifiestan estar en desacuerdo con que el informe refleje la situación del paciente al alta en cuanto a la necesidad de cuidados de enfermería y que esta variable se correlaciona con la utilidad percibida general: es esencial que este informe refleje este contenido adecuadamente ya que es uno de los objetivos para los que fue diseñado; probablemente cuando los profesionales eligen modificar el contenido como prioritario, probablemente se están refiriendo

a esto. La percepción sobre la utilidad general del informe no está relacionado con estar en posesión del título de especialista, por tanto dicha percepción es general tanto para enfermeras especialistas como para no especialistas.

Interpretamos que los profesionales sienten la necesidad de que exista este documento.

El hecho de que la utilidad general percibida no se relacione con las variables de edad, sexo, años de experiencia y área sanitaria nos permite extrapolar nuestros resultados al resto de áreas sanitarias que emplean el mismo tipo de informe y el mismo sistema informático. Además, dado que la facilidad de acceso no se relaciona con la frecuencia de acceso ni con la utilidad general percibida, estos resultados se podrían extrapolar también a las áreas que no comparten el mismo sistema informático pero que sí comparten el mismo tipo de informe y el mismo método de acceso al OMI. Aunque este estudio se centre exclusivamente en la percepción de las enfermeras de Atención Primaria, sería de gran

utilidad incluir la visión de las enfermeras de hospital que son las que envían dicho informe, analizando qué aspectos influyen en su cumplimentación y su opinión sobre este documento.

## Conclusiones

La utilidad percibida del ICC por los enfermeros/as de AP es baja a pesar de lo cual se consulta regularmente.

Los profesionales modificarían prioritariamente el contenido del informe de manera que refleje la situación del paciente al alta en cuanto a la necesidad de cuidados de enfermería y manifiestan su deseo de que conste en el mismo el diagnóstico médico del proceso.

Nuestros resultados en cuanto a función percibida son extrapolables a todas las áreas sanitarias del SESPA y a los centros que emplean el mismo tipo de informe y de acceso al mismo.

La utilidad percibida del ICC por los enfermeros/as de AP es baja a pesar de lo cual se consulta regularmente.

## Bibliografía

1. Rivas Cilleros E, Velasco Montes J, López Alonso JC. Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización. *Nuberos Científica Col enfermería Cantab.* 2013; 2(8): 45–52.
2. Casado Correa M. El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. *Rev española Común en salud [Internet].* 2014; 5(2): 102-11. Available from: [http://www.aecs.es/5\\_2\\_4.pdf](http://www.aecs.es/5_2_4.pdf)
3. Chica Fernández M, Costa Ruiz A, Rodríguez Villagordo M, Sanchez Salmerón A, Torres Gómez J. Informe alta enfermería: historia clínica integral. *Soc Española Urol ENFURO.* 2012; 122(1625): 19-24.
4. González L, Mateos F, González L, Lozano G. Clínica Índice De Barthel : ¿ Adecuado Para Necesidades Al Alta Hospitalaria ? Barthel Index : Is It Adequate for Planning Needs for the Discharge of. *Enferm Glob.* 2008; 14: 1-9.
5. Investigación. Communication between primary and hospital care: a nursing perspective. 2015;(5).

6. Arana AC, Martín Arribas MC, Piédrola MM, Tallés CG, Pascual MH, Fernández AR, et al. Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. *Aten Primaria* [Internet]. 2008;40(6):291–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13123681>
7. Corrales-Nevaldo D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano M ángeles. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit* [Internet]. 2012; 26(SUPPL.1): 63–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.032>
8. Llorens G, Crespo L. Satisfacción percibida por Profesionales de Enfermería hospitalaria y atención primaria en cuanto al informe de continuidad de cuidados. *www.impactjournal.eu IMPACT J* [Internet]. 2016;2. Available from: <http://impactjournal.eu/es/satisfaccion-percibida-por-profesionales-de-enfermeria-hospitalaria-y-atencion-primaria-en-cuanto-al-informe-de-continuidad-de-cuidados-3/>
9. Carlos IJ, De España R. Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. *Rev Adm Sanit*. 2007; 5(3): 481–526.
10. BOE. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. *Bol Of del Estado*. 2010;78742–67.
11. Muñiz Fernández MA, Martín Rodríguez MD. Informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria de Enfermería. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2007;17. Available from: [http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f\\_archivos/GESTION\\_DE\\_CUIDADOS/PROCESO\\_DE\\_ATENCION\\_DE\\_ENFERMERIA\\_EN\\_HOSPITALIZACION/ICCAH/DOCUMENTOS\\_DE\\_APOYO/alta\\_hospitalaria\\_junio\\_2008.pdf](http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/GESTION_DE_CUIDADOS/PROCESO_DE_ATENCION_DE_ENFERMERIA_EN_HOSPITALIZACION/ICCAH/DOCUMENTOS_DE_APOYO/alta_hospitalaria_junio_2008.pdf)
12. Cruzado Álvarez C, Bru Torreblanca A, González Peral R. Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de atención primaria. *Enferm Cardiol*. 2008; 45: 21-25.
13. Egea González S, Bravo Esteban A. Opinión y realidad del informe de alta de enfermería en el Servicio de Urología. *Asoc Española Enfermería en Urol*. 2007; 104: 1-5.
14. Llor AS. El Informe de Cuidados de Enfermería al Alta: análisis situacional en la Región de Murcia. *Proy Investig* [Internet]. 2012; Available from: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/26402>
15. Ubé Pérez JM, Urzanqui Rodríguez M, Rodríguez Herce C, Blasco 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 Investig* [Internet]. 2006;24. Available from: [http://www.fuden.org/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original\\_24.pdf](http://www.fuden.org/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original_24.pdf)
16. Plan Integrado de Cuidados de Andalucía (PICUIDA) [Lafuente-robles N et al]. Estrategia de cuidados de Andalucía. Nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía. 2015; Available from: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/estratcuidados/estrategia\\_enero\\_2016.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/estratcuidados/estrategia_enero_2016.pdf)
17. Fernández Flórez R. Informe de continuidad de cuidados de enfermería de pacientes hospitalizados. Unificación del informe de cuidados. Normalización de cuidados. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad. SESPAS. Área V; 2014 (no publicado).

