



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

MÀSTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS
DE LA ENFERMERIA.

Percepción de los/as enfermeros/as sobre el In- forme de Cuidados de Enfermería al Alta en un Hos- pital Comarcal

TRABAJO FIN DE MÁSTER.

AUTOR/A: MONTSERRAT PÉREZ MARTÍ.

DIRIGIDO: DRA. LINA CASADÓ.

COTUTORA: DRA. ÀNGELA PALLARÈS

TARRAGONA.CURSO ACADÉMICO: 2014-2015.

“Si buscas resultados distintos no hagas siempre lo mismo”.

Albert Einstein



Agradecimientos:

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

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

Asimismo, a mis compañeros/as de Máster, y de forma especial, a mis compañeras de estudios de Vilafranca, por escucharme y enriquecerme con sus ideas, y por los buenos momentos compartidos de viaje hacia la universidad.

A mis padres y a mi hermana, en que he dejado de asistir o he acortado el tiempo de las reuniones familiares establecidas alrededor de la mesa y una buena comida para dedicarme al estudio. Por todo lo que soy ahora, por su estima y por todo lo que me han enseñado y que me ha permitido crecer como persona. A mi sobrino, por sus sonrisas y por ser como es, un gran niño.

A mis amigos/as porque no les he podido dedicar tanto tiempo, a estar, a escuchar, y a pesar de ello me han acompañado y me han animado a continuar.

A mi compañero, por su apoyo incondicional, su amor y su comprensión. Sus abrazos y su energía han sido mi mejor medicina ante la preocupación, agotamiento e incerteza.

A la dirección de mi Hospital, por su apoyo, su confianza, y por proporcionarme las facilidades de realizar este máster.

A todos, gracias,



PRÓLOGO.

Durante estos seis últimos años, a parte de mi labor asistencial en el servicio de urgencias, la dirección de mi hospital confió en mí para desarrollar mi carrera profesional dentro de un nuevo puesto de trabajo que se creó cuando se implantó la Historia Clínica Electrónica.

Al principio no parecía tan complicado, ni que duraría tanto tiempo, pero cada vez se han ido elaborando procesos más complejos, en que se integran diferentes sistemas, compartiendo información, dependiendo cada vez más de la tecnología, de la misma manera que sucede en la sociedad.

La idea original de esta nueva figura era realizar la formación, ofrecer soporte a los profesionales de enfermería para la usabilidad y manejo del programa de gestión de la Historia Clínica, recoger las demandas de los/las usuarios/as para mejorar el sistema, y realizar un primer filtro de las mejoras y actualizaciones del mismo.

Pero poco a poco, se han visto aumentadas mis funciones participando de una forma activa, en el desarrollo de proyectos para la integración de nuevos registros y circuitos, y/o mejoras en el funcionamiento de los ya existentes.

No puedo decir más, que vivir esta experiencia, motivadora y a veces desafiante, me ha permitido conocer, explorar en el conocimiento, aprender y compartir experiencias con mis compañeros/as.

Uno de los proyectos en que he estado participando des del 2013, ha sido la integración del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta en la Historia Clínica Electrónica y es debido a ello, que estoy cursando estos estudios de máster y elaborando este proyecto.

RESUMEN:

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

PALABRAS CLAVE:

Proceso enfermero, registros enfermeros, informe de cuidados de enfermería, continuidad asistencial, historia clínica electrónica.



ABSTRACT:

The nurse care discharge report (NCR) is the last part of nursing process to ensure the continuity of care. However, there are difficulties in completing records by nurses. Therefore, it is important to look at this problem, from a different perspective to most studies, from the view of nurses, to obtain different results help to clarify this document. The objective is to know the perspective about NRC, integrated in the Electronic Health Records, of nurses who work in inpatient units of the Regional Hospital of Penedès. The type of study is mixed. The data collection techniques are a validate questionnaire of Seva LLor and semi-structured interview. In the quantitative study, we will take place a descriptive analysis of all variables included in the study and to the relationship between the variables using contingency tables with statistical package 17.00 PSPP. For the qualitative study, we will proceed to the transcript of the interviews and a comprehensive review of its content, native (emic) and own (etic) concepts. The information will be organize in categories or thematic axes with the qualitative data software Welf-Qda

KEYWORDS:

Nursing process, nursing records, nursing care report, continuity of care, electronic health records

INDICE

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
2.1. REVISIÓN HISTÓRICA DE LA HISTORIA CLÍNICA	4
2.2. MARCO LEGAL Y CONTENIDOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	5
2.3 HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	7
2.4. ASPECTOS DEONTOLÓGICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	9
2.5. COMPETENCIAS ENFERMERAS DE LA HC	11
2.6. CALIDAD ASISTENCIAL ENFERMERA	12
2.7. REGISTROS ENFERMEROS	12
2.8. PROCESO ENFERMERO	13
2.9. INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL ALTA	14
2.10. TEORIA DE LA ATEN. BUROCRATICA	18
III. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANTECEDES	21
IV. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO	23
IV. HIPÓTESIS	23
V. OBJETIVOS	24
5.1. OBJETIVO GENERAL	24
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
VI. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	25
6.1. DISEÑO, METODOLOGIA Y JUSTIFICACIÓN	25
6.1.1. Tipo de estudio	25
6.1.2. Unidad de observación	26
6.1.3. Unidad de análisis	26
6.1.4. Período de estudio	27
6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	27
6.2.1. Población objetivo, diana, referencia	27
6.2.2. Población de estudio accesible	27
6.2.3. Tamaño de la muestra	28

6.2.4. Selección de los informantes	28
6.3. INSTRUMENTOS	30
6.4. VARIABLES (dependientes e independientes)	35
6.5. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS	38
6.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS	40
6.7. VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN	41
VI. ASPECTOS ÉTICOS	42
VII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	42
VIII. LÍNIAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	43
IX. BIBLIOGRAFIA	44
X. PLAN DE TRABAJO O CRONOGRAMA	53
XI. APORTACIONES QUE HAN DERIVADO AL TFM	54
XII. PRESUPUESTO SOLICITADO	55
XII. ANEXOS	56
Anexo 1. Tabla 1. Resumen de la evolución de la HC	56
Anexo 2. Marco legal y contenidos de la HC	57
Anexo 3. Tabla 7. Conjunto mínimo de datos de la ICE	65
Anexo 4. Tabla 8. Documentos básicos de la HCE	69
Anexo 5. Tabla 11. Recomendaciones confidencialidad de la HC	70
Anexo 6. Calidad asistencial enfermera	71
Anexo 7. Tabla 15. Teoría Atención Burocrática	74
Anexo 8. Revisión bibliográfica, antecedentes	75
Anexo 9. Cuestionario	79
Anexo 10. Entrevista semiestructurada	84
Anexo 11. Carta presentación	85
Anexo 12. Consentimiento informado	86
Anexo 13. Tabla 21. Triangulación metodológica	87
Anexo 14. Autorización comité bioética	90
Anexo 15. Autorización cuestionario	91

INDICE DE TABLAS I FIGURAS.

Nombre de la Tabla	Núm. Página.
Tabla 1. Evolución histórica de la HC	56
Tabla 2. Características de la HC	4
Tabla 3. Anexo 2. Legislación HC e ICE	57
Tabla 4. Anexo 2. Documentación mínima de la HC	61
Tabla 5. Anexo 2. Documentación relevante. Ley 16/2010	63
Tabla 6. Documentos clínicos. Conjunto Mínimo de Datos	6
Tabla 7. Conjunto mínimo datos ICE	65
Tabla 8. Documentos básico de la HCE	69
Tabla 9. Características de la HCE	8
Tabla 10. Conceptos relacionados con conceptos deontológicos de la HC.	9
Tabla 11. Anexo 5. Recomendaciones para preservar la confidencialidad de la HC	70
Tabla 12. Competencias enfermeras relacionadas con los registros y el ICE.	11
Tabla 13. Anexo 6. Estándares de acreditación enfermeros	72
Tabla 14. Anexo 6. Indicadores de cuidados enfermeros.	73
Tabla 15. Anexo 7. Conceptos principales. T. Atención Burocrática	74
Tabla 16. Criterios búsqueda bibliográfica ICE.	21
Tabla 17. Anexo 8. Relación artículos/trabajos según año de publicación.	75
Tabla 18. Anexo 8. Relación artículos/trabajos según tipo de estudio	75
Tabla 19. Anexo 8. Relación artículos/trabajos según lugar del estudio.	76
Tabla 20. Anexo 8. Relación registros enfermeros/responsabilidad profesional	78
Tabla 21. Triangulación metodológica.	87

Nombre de la Figura	Núm. Página.
Imagen 1. Tesis, antítesis, síntesis	18
Imagen 2. Representación Holográfica de la Teoría de la Atención Burocrática	20

ABREVIATURAS.

ICE	Informe de Cuidados de Enfermería
HCAP	Hospital Comarcal Alt Penedés
PAC	Punto de Atención Continuada y Urgente
ASSIR	Servicio de atención Sexual y Reproductiva
PADES	Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte
UFISS	Unidad Funcional Interdisciplinar Sanitaria
CAS	Centro de Atención y seguimiento a las drogodependencias
CAP	Centro de Atención Primaria
CAPIP	Centro de Salud Mental Infantil
HCE	Historia Clínica Electrónica
HCCC	Historia Clínica Compartida de Cataluña
COIB	Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona
CIE	Consejo Internacional de Enfermeras
AP	Atención primaria
AH	Atención hospitalaria
HC	Historia Clínica
CIP	Código de Identificación Personal
NANDA	North American Nursing American Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
IES	Instituto de Estudios de la Salud
CCECS	Comisión de Enfermería del Consejo Catalán de Especialidades en Ciencias de la Salud
XHUP	Red ("xarxa") Hospitalaria de Utilización Pública
SCS	Servei Català de la Salut
EFQM	European Foundation for Quality Management
DGORS	Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias
PREALT	Protocolo de preparación al alta
NIPE	Normalización de Intervenciones en la Práctica Enfermera

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Glosario	Definición
Interoperabilidad semántica	Utilizar un mismo lenguaje para sistemas de información diferentes
Taxonomía	Ciencia que trata de los principios, métodos y fines de la clasificación. Se aplica en particular, dentro de la biología, para la ordenación jerarquizada y sistemática, con sus nombres, de los grupos de animales y de vegetales.
Trazabilidad	Posibilidad de identificar el origen y las diferentes etapas de un proceso de producción y distribución de bienes de consumo
Máscara de datos/enmascaramiento	Sistemas de encriptación de datos para que solo sean leídos por determinados usuarios
Modelo EFQM	Modelo creado por la Fundación Europea de la Gestión de la Calidad, para garantizar un marco de trabajo para la mejora de la calidad.
Enfermeras	Se utiliza este término para designar tanto a enfermeras como enfermeros, siguiendo las recomendaciones del Colegio Oficial de enfermeras y enfermeros de Barcelona.
Proceso enfermero	Es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

El Hospital Comarcal Alt Penedés (HCAP), elaboró su primer Informe de Cuidados de Enfermería (ICE) en el año 1997, presentando su estructura, formato y finalidad, por primera vez, en las I Jornadas de Enfermería del Alt Penedés. Para poder elaborarlo, las personas implicadas, partieron del modelo de la Valoración de Enfermería de Adultos al Ingreso, que estaba basada en las Necesidades de la Virginia Henderson.

Posteriormente, se hizo su revisión en el año 2003 presentado en las III Jornadas de Enfermería del Alt Penedés, implantándose en todas las unidades de hospitalización, convirtiéndose en el único informe vigente y de referencia para los profesionales de enfermería de hospitalización.

Asimismo, se han ido generando, con el tiempo, varios protocolos y procedimientos para describir, definir y determinar las reglas a seguir por los profesionales al aplicar un proceso asistencial. Dentro de la documentación de funcionamiento interna del centro se sitúa el procedimiento de Alta de Enfermería en Hospitalización dónde se describen los criterios por los cuales se debería realizar el ICE; cuando un paciente necesita continuidad de cuidados al alta, en las pre-altas y en los traslados a socio-sanitario (1).

En junio del 2012, se procedió a digitalizar el ICE e integrarlo en la Historia Clínica Electrónica (HCE), pero en ese momento se llegó a la conclusión que era un documento con casi 10 años de antigüedad (no se había revisado desde la presentación de las jornadas de enfermería del 2003) y que era conveniente adaptarlo a los criterios y recomendaciones actuales establecidas, entre ellas el Real Decreto 1093/2010, por el que se aprueban el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud (2).

Para su actualización, se realizó una revisión bibliográfica y la propuesta del nuevo informe se validó dentro de un grupo de trabajo constituido por tres enfermeras. Seguidamente, se procedió a su inclusión en la HCE en marzo del 2013.

Durante el año 2014, se realizó una valoración del proyecto, en que pudimos conocer el número total de informes de Cuidados de Enfermería al Alta, debido a que se había consolidado como documento formalizado en la Historia Clínica Electrónica y, por lo tanto, mejorado su visibilidad y accesibilidad. No obstante, disponíamos de información para contabilizar, pero no para comparar, debido a que no teníamos la misma información de los años anteriores en que el formato era papel. Por lo que no pudimos responder a la pregunta que nos planeábamos ¿la digitalización del ICE ha sido una estrategia eficaz para aumentar su cumplimentación? ¿Cuál es la percepción de los/las enfermeros/as de las unidades de hospitalización del HCAP hacia el ICE integrado en la HCE?

Por este motivo, al percibir que la realidad del documento estaba relacionado, no sólo con su digitalización o con una estructura adecuada del mismo, sino también con otros factores que a priori no contemplábamos, como puede ser **la importancia que los/las enfermeros/as otorgan al informe y la relación del mismo con otros aspectos de su profesión**, como la valoración al ingreso o administrar la medicación entre otros, se realizó un estudio desde el paradigma cualitativo, fenomenológico, utilizando como técnica de recogida de datos la entrevista semiestructurada. Los resultados de la investigación muestran que los profesionales de enfermería manifiestan una opinión general idónea hacia el informe, pero que se encuentran con diferentes dificultades relacionadas con la calidad de la información, la calidad del sistema, la consolidación del rol profesional en la práctica y la coordinación de la gestión.

Por consiguiente, estos resultados nos brindan nuevas incógnitas o líneas de investigación en que este nuevo estudio querría profundizar.

La finalidad del trabajo es conocer cómo los profesionales de enfermería desarrollan en la práctica el ICE, para establecer intervenciones dirigidas a enriquecer y consolidar este documento, para mejorar la comunicación entre los profesionales de enfermería que ayude a ofrecer una

mejor atención al paciente, como instrumento riguroso que haga evidente y muestre la importancia de nuestra profesión y, finalmente para mejorar la comunicación con el paciente del Hospital Comarcal de l'Alt Penedés (HCAP).

El HCAP, unidad de observación en esta investigación, fue fundado el 5 de diciembre de 1401 por el monje Marc de Aviñón. Este fue trasladado a su nueva y actual ubicación, el 23 de abril de 1995 (3).

El HCAP está situado en la comarca del Alt Penedés, provincia de Barcelona, España. Su área de influencia es toda la población de la comarca, con 96.389 habitantes (4).

Los recursos sanitarios que dispone la comarca desde la atención primaria son tres áreas básicas de salud, un Punto de Atención Continuada y Urgente (PAC), un punto de servicio de atención Sexual y Reproductiva (ASSIR) y una unidad de Fisioterapia. Desde atención socio sanitaria un Centro Socio sanitario Ricard Fortuny, un equipo de PADES y un equipo de Unidad Funcional Interdisciplinar Sanitaria (UFISS). En cuanto a salud mental hay tres entidades que ofrecen este tipo de atención, Centro de Atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS), CAP Salud Mental y Centro de Salud Infantil (CAPIP). Por lo que se refiere a la atención hospitalizada, el Hospital como único centro de referencia en toda la comarca (5).

Actualmente dispone de 94 camas de hospitalización convencional en funcionamiento, cuatro Unidades de Hospitalización (toco-ginecología, medicina interna, cirugía y traumatología), con 5.403 altas de hospitalización convencional, una estancia media de 5,4 días, un índice de ocupación de 84,3% y 1.978 intervenciones mayores con hospitalización. A más a más, existe un servicio de urgencias, consultas externas, Rehabilitación, Radiología, Hospital de Día, Unidad de Atención del Paciente Crónico Complejo, una unidad de UFISS, y Quirófanos (4).

II. MARCO TEÓRICO

2.1. REVISIÓN HISTÓRICA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Durante muchos años de su historia¹, la Historia Clínica (HC) se ha desarrollado desde una visión positivista, con omnipresencia del modelo biomédico (6). El papel de los/las enfermeros/as, era realizar actividades sobre la marcha, en que muchas veces no había registro debido a que se entendía implícito en su realización (7). Desde entonces ha habido una evolución histórica importante, hasta llegar a la HC actual (ver anexo 1, tabla 1). En la siguiente tabla se resume las características de la HC (6,7):

La HC debe ser única por paciente.
Registros en tiempo real, continuo en el tiempo, longitudinal, acumulativo y ordenado.
Heterogénea e integrada, debe contener todos los documentos (administrativos, asistenciales)
Confidencial y accesible para garantizar la asistencia del paciente, y cumplir con los fines descritos en la Ley 41/2002 (para más información ver 2.2).
Pertinente y relevante. Con rigor técnico y científico, conteniendo datos objetivos.
Debe constar de manera legible, los datos identificativos y la firma de todo personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente.
Ha de ser completamente legible e inalterable, y veraz (falsedad documental).
Transferible y transportable (incluso para el mismo paciente)

Tabla 2. Características de la HC. Autoría Montserrat Pérez, de información Galimany Masclans, J (2013) y León Molina J, Manzanera Saura JT, López Martínez P, González Nieto L (2010) (6,7)

¹ La Historia Clínica (HC) ha pasado por diferentes etapas históricas y por diferentes formatos (papiro, pergamino, papel, soportes magnéticos, informáticos, etc.). Se considera el origen de la HC a Hipócrates, alrededor del año 460 antes de Cristo en la antigua Grecia. Se produjeron los primeros registros delante la necesidad de los médicos hipocráticos de dejar constancia de la información obtenida procedente de su relación con los pacientes. Estos documentos se conocen con el nombre de Corpus Hippocraticum (6). Pero no es hasta el siglo XVIII, que se establece el modelo actual de la HC, con las adaptaciones necesarias al contexto histórico en cada uno de los momentos.

2.2. MARCO LEGAL Y CONTENIDOS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Existen diferentes leyes, que regulan la HC en España; la ley 14/1986, General de Sanidad (8), Real Decreto 63/1995, ordenación de las prestaciones sanitarias (9), ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal (10, 11), ley General 41/2002 (Ley Catalana 21/2000) (12), Ley 16/2010 (13), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, todas ellas analizadas detalladamente en el anexo 2, tabla 3,4 y 5 del presente estudio.

La ley 16/2010 define la HC como “La historia clínica es un instrumento destinado primordialmente a garantizar una asistencia adecuada a los pacientes, pero también es una fuente de información necesaria para finalidades epidemiológicas, de salud pública y de investigación o docencia, así como para llevar a cabo funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación sanitarias, que son fundamentales en el sistema sanitario. Aparte, permite que la historia clínica también pueda usarse con finalidades judiciales, de acuerdo con lo que dispongan los jueces y los tribunales en el correspondiente proceso, y cuando sea necesario por motivos de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud” (13).

La ley más importante para el tema de estudio, mencionada anteriormente en la introducción, es el **Real Decreto 1096/2010**, de 3 de septiembre, por el que se aprueban el conjunto mínimo de datos del Sistema Nacional de Salud (2), La Historia Clínica Electrónica (HCE) facilita el uso compartido de información del Sistema Nacional de Salud. Se establece una estandarización de los informes clínicos, para garantizar la homogeneidad de los contenidos de estos documentos en el sistema sanitario público. Estos son:

Documentos clínicos y conjunto mínimo de datos
Informe clínico de alta
Informe clínico de consulta externa
Informe clínico de urgencias
Informe clínico de atención primaria
Informe de resultados de pruebas de laboratorio
Informe de resultados de pruebas de imagen
<u>Informe de cuidados de enfermería</u>
Historia clínica resumida

Tabla 6. Documentos clínicos. Conjunto mínimo de datos. Autoría Montserrat Pérez, de información de Real Decreto 1096/2010 (2).

Entre los mismos, está explicitado el informe de cuidados de enfermería, motivo del presente trabajo, distribuido en cuatro partes bien diferenciadas (2). Debido a su importancia, se muestran la descripción completa en la tabla 7, anexo 3.

Por primera vez en España, se estandariza el lenguaje enfermero a través de las taxonomías de la NANDA, NIC y NOC, consolidándose dentro del Sistema Sanitario Español (14). Esta información se expone en detalle en el punto 2.8 del actual documento.

2.3 HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.

Según menciona Galimany Masclans, J (2013), “los antecedentes de la HCE, tal como la conocemos en la actualidad, se sitúan en los Estados Unidos de Norte América, en la década de los años sesenta y setenta del siglo XX. Posteriormente, en la década de los noventa, se generaliza y se extiende la necesidad de disponer de la HCE en otros países occidentales” (6).

En España, en el año 2006, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, impulsa el proyecto de La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (15).

El Instituto de Información Sanitaria, en el plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, refiere (2006) “La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) tiene como finalidad garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente. Se incluye documentación que se encuentre disponible en soporte electrónico en cualquier lugar del SNS, asegurando a los ciudadanos que la consulta de sus datos queda restringida a quien esté autorizado para ello” (15).

Por lo que, para establecer y definir el concepto de historia clínica más relevante, establece una serie de documentos de información clínica básicos, descritos en la tabla 8, anexo 4, entre los cuales se encuentra el ICE (15).

En Cataluña, se ha creado la HCCC. Su funcionamiento es como un repositorio de documentación donde participan todos los centros asistenciales de la red de utilización pública y centros privados a voluntad. La HCCC es un visor de información asistencial, donde se puede consultar la información relevante de forma organizada que los centros van aportando. Esto es debido, y a diferencia de otras comunidades autónomas, que existen gran variedad de centros que proveen servicios públicos en Cataluña con una gestión privada, y que cada entidad ha escogido

el programa/as de gestión de la historia clínica que ha considerado más apropiado a sus necesidades (16-17).

Las características más importantes, en la bibliografía consultada, a tener en cuenta para la HCE, son (15-19);

Características de la HCE
Acceso de los ciudadanos a los datos referentes a su salud.
Mejorar y facilitar el trabajo de los profesionales mediante el uso compartido de la información, independientemente del centro o localización geográfica y por consiguiente, una mejor atención.
Facilita la continuidad y coordinación asistencial entre diferentes niveles, entre atención primaria y hospitalaria.
Accesibilidad y protección de datos, de una forma segura y confidencial, mediante sistemas de identificación inequívoca, trazabilidad de los accesos, y sistemas de seguridad tecnológica.
Modelo único de HC, rápido acceso en tiempo real.
Facilitar la interoperabilidad entre los diferentes sistemas mediante estándares de integración tecnológica.
Reduce el coste sanitario y mejora la seguridad de los pacientes: reduce la realización de pruebas innecesarias y errores en la medicación.

Tabla 9. Características de la HCE. Autoría Montserrat Pérez, de información de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria (15), Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Història Clínica Compartida de Catalunya (16), Marimon Suñol S, Rovira Barberà M, Acedo-Anta M, Nozal-Baldajos MA, Guanyabens-Calvet J (17), FlashTic-Salut (18, 19).

2.4. ASPECTOS DEONTOLÓGICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Cuando tratamos aspectos deontológicos sobre la Historia Clínica (HC) hay tres conceptos fundamentales examinados a tener en cuenta, y que muchas veces se utilizan indistintamente como sinónimos, cuando se aprecian diferentes matices en su definición y que es importante conocer y apreciar. Según el diccionario de la lengua española (20):

Concepto	Definición
Intimidad	“Zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia”
Privacidad	“Ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión”
Confidencialidad	“Cualidad de confidencial. Confidencial. Que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas”

Tabla 10. Conceptos relacionados con aspectos deontológicos de la HC. Autoría Montserrat Pérez, de información de Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (20).

Por lo que podemos distinguir un aspecto de protección en cuanto a la privacidad y de relación en la confidencialidad.

La confidencialidad permanece relacionada con los principios éticos de autonomía y no maleficencia. Esta viene dada por la relación íntima que se establece con el paciente, y la HC es la manifestación escrita de la misma, a fin de que exista un registro que garantice la continuidad de la asistencia en beneficio de la persona, en que los profesionales sanitarios como los pacientes están interesados. Cuando una persona demanda asistencia, se debate entre proporcionar información para mejora de su salud y la pérdida de intimidad, y esta es escogida por la propia persona, ella tiene la capacidad de decisión de decir y no decir, que sería el principio de autonomía. En cuanto, la persona pierde intimidad, debido a esta relación, gana vulnerabilidad, estableciendo una relación de confianza tácita, y la correspondiente obligación de discreción profesional. Si se

rompe la confidencialidad, existe un daño a la persona, ya sea moral o en otros ámbitos, en que se vulnera el principio de no maleficencia (21-23).

El secreto profesional es una obligación ética, moral y legal que se ha tratado en diferentes escritos: código Hipocrático, juramento Florence Nightingale, Código ético, declaración Universal de los Derechos Humanos, Convenio de Oviedo y Art. 18 de la Constitución Española (21, 24-29).

No obstante, el surgimiento de la Historia Clínica Electrónica ha hecho que se volvieran a replantear estos principios éticos debido a que el acceso a la información es más fácil y se comparte la misma a nivel institucional, y con otras entidades públicas y/o privadas independientemente de donde se encuentren.

A partir de este debate, el Comité de Bioética de Cataluña elaboró en el 2013 unas recomendaciones para ayudar a preservar la confidencialidad en la documentación clínica informatizada (22). Para más información tabla 11, anexo 5.

A pesar de todo lo mencionado anteriormente, en diversos artículos consultados exponen que nos encontramos en una situación de mala praxis ante las normas de secreto profesional, en que se evidencia un descuido en el trato de la información de los pacientes, como puede ser, la información de pasillo (22, 30), el acceso a HC de amigos y familiares (30), dejar las claves de acceso abiertas o compartir las mismas con el compañero (30).

Refiere el Comité de Bioética de Cataluña (2013) “No aumentará la consciencia de los problemas de la confidencialidad si no se ve ligada al derecho a la intimidad y si este, a la vez, no se ve como un aspecto imprescindible del respecto por la persona, y por tanto, de su dignidad” (20).

2.5. COMPETENCIAS ENFERMERAS DE LA HC.

El grupo de trabajo de la Comisión de Enfermería del Consejo Catalán de Especialidades en Ciencias de la Salud (1997) define como competencia “Aquel conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos y los procesos complejos para la toma de decisiones que permite que la actuación profesional esté en el nivel exigible en cada momento” (31).

Las competencias se agruparon en diferentes títulos genéricos y formando parte de las mismas los registros enfermeros y el ICE. En la tabla 12, se describen las mismas:

1. Proceso de cuidados	7. Comunicación intraprofesional
Valoración, recogida de datos, y formulación de problemas	Elaborar informes de enfermería escritos, legibles, bien estructurados y concisos
Cumplimiento de los registros	Presentar oralmente los casos de manera estructurada, comprensible y concisa
Realizar el informe de alta de enfermería	Redactar informes para comunicar los problemas identificados así como sus consecuencias sobre los planes de actuación

Tabla 12. Competencias de enfermería relacionadas con los registros y el ICE. Autoría e información Grupo de trabajo de la Comisión de Enfermería del Consejo Catalán de Especialidades en Ciencias de la Salud (31)

Llibre blanc de las professions sanitàries a Catalunya (2003), estableció como puntos críticos y líneas para avanzar, que no estaban suficientemente definidas las responsabilidades institucionales por lo que se refiere a la garantía de la competencia profesional y que las competencias exclusivas y compartidas de los diferentes grupos profesionales no están claramente delimitadas (32).

2.6 CALIDAD ASISTENCIAL ENFERMERA.

Desde el año 1981, existe el programa de acreditación de hospitales de la Red Hospitalaria de Atención Pública (XHUP) en Cataluña (33-37).

En el año 2014, el Consejo de la profesión enfermera de Cataluña elaboró un documento de Evaluación de Indicadores de los Cuidados enfermeros (38)

Ambos procesos establecen indicadores de calidad asistencial enfermera, de los registros enfermeros y del ICE. Para más información ver tabla 13 y 14, anexo 6.

2.7. REGISTROS ENFERMEROS.

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

Calero Romero MR, González FL (2014) “son testimonios documentales sobre actos y conductas profesionales donde queda reconocida la información sobre la actividad de enfermería, la cual hace referencia al paciente, su diagnóstico, tratamiento y evolución” (39).

Ortiz Carrillo O, Chávez M (2006) “El registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario” (40).

La función principal, y que es repetida por diversos autores/as, es que los registros enfermeros aseguran la continuidad de cuidados (39-42).

A parte presentan diversas utilidades, como una evaluación práctica, una fuente de información para la investigación, facilita el progreso escrito de la profesión dejando constancia del acto de cuidado y evidenciando la aportación de enfermería al cuidado, para la docencia/formación, una herramienta para la gestión (cargas de trabajo, evaluación de resultados, asignación de recursos, etc.), legal y de seguridad para los pacientes (39,40).

Existe una dificultad en la cumplimentación de los registros por parte de los profesionales de enfermería, en que no acaba de estar toda la información relevante registrada, habiendo notas imprecisas, errores y variabilidad (39, 40, 42-44).

En diferente bibliografía consultada, existe la preocupación de encontrar un modelo a la práctica adecuado a los diferentes modelos teóricos de Enfermería y la necesidad de utilizar un lenguaje propio (39, 40).

Con el desarrollo tecnológico y la digitalización de registros, la documentación enfermera está organizada en base al proceso enfermero (39).

2.8. PROCESO ENFERMERO.

Los modelos conceptuales y las teorías de enfermería son considerados patrones que guían el pensamiento sobre cómo ser enfermero/a y hacer enfermería. Han contribuido a la emergencia de discursos desde los cuales se conceptualiza el cuidar como base de la profesión, diferenciándolo del curar (45).

El proceso enfermero es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. Es sistemático porque consta de cinco pasos (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), y humanista porque se consideran los intereses, ideales y deseos de la persona, familia y/o comunidad. Es un método de trabajo que no debe ser confundido con el método científico (46-50).

Dentro del proceso enfermero es posible utilizar un lenguaje estandarizado para el diagnóstico mediante la clasificación de diagnósticos de la NANDA, y la planificación con la formulación de objetivos (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC) (51-54).

La utilización de este lenguaje específico, de nomenclaturas enfermeras, ha permitido una delimitación de un cuerpo de conocimientos propios enfermeros, el desarrollo de la ciencia enfermera, la evaluación de la calidad de los cuidados enfermeros y el impacto en las políticas sanitarias (55, 56).

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

Según el Proyecto de Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería (2000) “Se estima que entre un 30 y 40% del presupuesto sanitario se gasta en cuidados de Enfermería pero, hasta el momento, nunca se ha podido saber cuál es el consumo real de los recursos que la profesión utiliza en su quehacer diario. Su conocimiento permitirá mostrar el alcance de la actividad enfermera en el sistema sanitario, favoreciendo con ello el desarrollo de la profesión” (57).

2.9. INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL ALTA.

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

Los profesionales de Enfermería, diariamente, las 24h del día, cuidan y atienden a los pacientes con diligencia y sabiduría, que están ingresados en su unidad o servicio y reflejan estas actividades en diversos registros enfermeros, como la valoración al ingreso, las escalas o índices, la planificación de los cuidados, las actividades de seguimiento y control, la administración de medicación, el curso clínico o seguimiento diario, la evaluación del proceso, la educación sanitaria, el alta de enfermería, etc.

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

Podemos enumerar múltiples ventajas y utilidades del ICE:

a) Gestión

Ballesteros García M, Jiménez Navascués L, Ruiz Gómez MC (2004) “La dirección de cada institución de cuidados de la salud selecciona el método que se utiliza para documentar los cuidados del paciente. El método refleja la filosofía de la Dirección de Enfermería e incorpora los estándares de los cuidados” (58).

El ICE permite conocer y evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras, permitiendo la obtención de indicadores que pueden ser utilizados para conocer la calidad del informe y de los cuidados prestados, haciendo visible la profesión. Esto tiene una influencia directa en las políticas directivas de cada institución y organismo. Numerosos autores de la bibliografía consultada hacen referencia a la relevancia de este aspecto (58-63).

b) Docencia e Investigación

El instrumento es una fuente valiosa para trabajos de investigación y para la formación post universitaria (64).

Ballesteros García M, Jiménez Navascués L, Ruiz Gómez MC (2004) “En la docencia, los cuidados representan el constructo en el que adquieren significado enfermero la totalidad de los contenidos de la formación. Los alumnos de distintas disciplinas emplean la historia del paciente y los registros como instrumento para su formación” (58).

Grupo de enfermería Gestora de Casos Hospitalaria de Granada (2011) “La principal finalidad de los registros de enfermería sería reflejar la actividad asistencial, docente, investigadora....., permitiendo el análisis estadístico que contribuye al desarrollo de nuestra profesión y a la mejora de los cuidados”(59).

c) Satisfacción profesional.

La revisión bibliográfica pone de manifiesto que el ICE es una herramienta que refleja el trabajo enfermero, la naturaleza de nuestra disciplina y autonomía profesional, debido a que es utilizado un marco conceptual propio, en que la información que aporta es beneficiosa para la persona y bien diferenciada de la de otras disciplinas. Es una valoración singular y complementaria que aporta un valor único a la atención de la persona durante su estancia hospitalaria, es el reflejo de los cuidados prestados. Es visto como una herramienta que facilita el reconocimiento social y profesional y a clarificar el papel del profesional de enfermería ante la profesión que atiende (58, 59, 61, 63, 65-73).

d) Comunicación y satisfacción de los pacientes

Muchas personas en el momento del alta experimentan angustia en el desconocimiento de la forma de realizar sus cuidados, presentan un déficit de preparación para adaptarse a la nueva situación, el ICE puede mitigar esa ansiedad (74-76).

Es importante incluir en el ICE, la educación sanitaria, como elemento comunicativo con el paciente, la familia i/o cuidador/a principal. Con la finalidad de continuar los cuidados a domicilio, aumentar los conocimientos y la seguridad de los cuidados. Ya no es el mero hecho del paciente como sujeto pasivo que recibe los cuidados, sino como agente activo, centro de atención de los mismos (61, 68, 72, 75, 77).

e) Comunicación y continuidad asistencial.

Coinciden en destacar que el ICE es una herramienta de continuidad asistencial. Debido a que siempre tendríamos que considerar que el problema de salud no finaliza en el momento en que la persona es dada de alta del hospital, sino que estos cuidados no son más que una etapa más del proceso de atención al paciente en el que intervienen diferentes niveles asistenciales. Lo que

hace que tengan una gran importancia los instrumentos que facilitan la comunicación entre niveles y garantizan la continuidad de cuidados, especialmente entre los profesionales de atención hospitalizada y primaria (47, 58, 59, 73-85).

Según Carpenito LJ (2003), “la planificación al alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de cuidados sanitarios y de asistencia social antes y después del alta. Requiere una acción coordinada y de colaboración entre los profesionales de la salud” (86).

Esta necesidad de coordinación y continuidad asistencial, es significativa cuando se plantean cuestiones como, el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento progresivo de la población, con aumento de enfermedades crónicas y fragilidad, incrementándose la necesidad de cuidados. Y por otro lado, la estancia media hospitalaria cada vez es menor, haciendo que se necesiten más cuidados en domicilio (75, 74, 77).

Según Calero Romero MR (2012) , “entendemos por Continuidad de Cuidados: desde que el informe es enviado del hospital hasta que es recibido en el centro de salud, así como todas las actuaciones imprescindibles por parte de los distintos profesionales, que deben intervenir para que el paciente pueda recuperar o mejorar su estado de salud” (77).

f) Normativas legales

Ballesteros García M, Jiménez Navascués L, Ruiz Gómez MC (2004), Castillo Gómez, M^a Teresa (2011), Torné Ortega MJ, Díaz Domínguez MJ (2013), destacan la importancia del ICE como documento legal, la responsabilidad profesional y el derecho de los pacientes a tener toda su información clínica relevante registrada (14, 58, 60, 65, 72).

La estructura del informe, la nomenclatura y lenguaje del mismo no se encuentran normalizadas (14, 47, 58-62, 65, 67, 69, 72-74, 76, 78, 80, 82, 84-86).

2.10. TEORIA DE LA ATENCIÓN BUROCRÁTICA.

Esta teoría formal se centra en la Enfermería en organizaciones complejas, como hospitales. Equipara el concepto organización como cultura, tal como una comunidad, una construcción social donde existe interacción y se construye significado (87)

Los métodos que utilizó Ray para fundamentar la teoría fueron la teoría fundamentada, la etnografía y la fenomenología, llevando a cabo su estudio en el contexto hospitalario (87, 88).

La obra de Ray se vio influida por la filosofía de Hegel, en que la tesis (el ser), y la antítesis (el no ser), se invalidan y se reconcilian en la síntesis (nueva forma). La tesis del cuidado (humanista, espiritual, social, ética y educacional) y la antítesis de la burocracia (tecnológica, económica, política y legal) se reconcilian y sintetizan en una fuerza unitiva, los cuidados burocráticos. La síntesis como un proceso de conversión, es una transformación, cocrean patrones de conducta humana y patrones de cuidados. Este proceso continua repitiéndose (tesis, antítesis, síntesis) siempre cambiante, emergente y transformador. Coexisten fenómenos que son antitéticos (87-89).

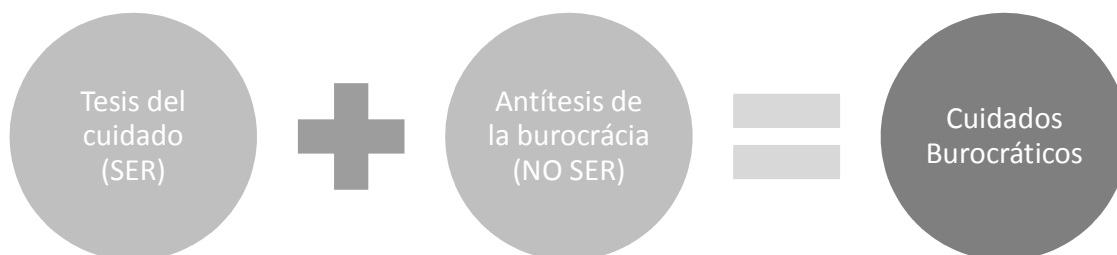


Imagen 1: Tesis, antítesis, síntesis en la teoría de la atención burocrática. Autoría propia información Coffman S (87), Turkel MC (88).

Ray, también basó su estudio, en la teoría del caos, en que describe como el orden y el desorden se desarrollan de forma simultánea, y que dentro del estado del caos, el sistema mantiene unos límites que están bien ordenados, aquello que parece aleatorio pertenece a un patrón más extenso. Ray nos invita a mantener una mente creativa y a vislumbrar los episodios rígidos, que impiden el avance y el progreso, para favorecer el cambio en las organizaciones (87).

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

Coffman S (2011) menciona “Los sistemas complejos, como las organizaciones, tienen muchos agentes que interactúan entre sí de múltiples maneras. En consecuencia, estos sistemas son dinámicos y siempre están cambiando. Los sistemas se comportan de una manera no lineal porque no reaccionan de manera proporcional a las entradas. Entradas pequeñas pueden tener efectos grandes y pueden crear efectos diferentes en momentos diferentes” (87)

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

Las autoras Turkel MC (2007) y Coffman S (2011) citan a Talbot (1991) que refiere “La conceptualización del holograma muestra cómo todas las estructuras se interpretan entre sí y son interpretadas por otras estructuras, de modo que la parte es el todo y el todo se refleja en las partes” (87, 88)

Holograma, en el sentido de totalidad, de interconexión en cada una de sus partes, capaz de auto organizarse, de mantener un orden inexplicable.

La Teoría de la Atención Burocrática muestra como el cuidado de enfermería se desarrolla y es influenciado por la estructura social o cultural de la organización. La atención de enfermería se interrelaciona y convive entre dar respuesta a las necesidades de la burocracia y dar respuesta

a las necesidades humanas de cuidados. Relacionado con el tema de estudio una enfermera puede considerar necesario realizar el ICE para cumplir con los requerimientos legales y políticos o bien por ser considerado un instrumento que aporta valor al cuidado enfermero.

La Dra. Ray refiere que si confiamos sólo en teorías administrativas o bien en teorías centradas únicamente en la relación enfermera paciente, se pone en peligro el desarrollo de una nueva estructura que guíe la práctica en las organizaciones contemporáneas en que priman los beneficios económicos y la competitividad y, que a la vez, ha habido un resurgimiento de la Enfermería como arte de la ciencia centrada en el cuidado humano. La Teoría de la Atención Burocrática clarifica el significado del cuidado humano en organizaciones complejas, situándolo en el centro del holograma, formando parte esencial de la gestión de los hospitales (89).

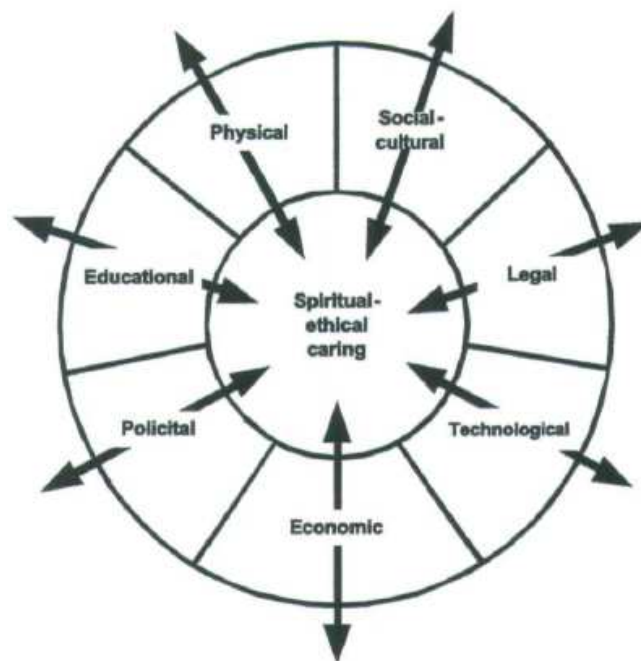


Imagen 2. Holografía de la Teoría de la Atención Burocrática. Autoría, humang caring de Parker, M.E (2006): Nursing Theories ans nursing practice. Philadephia: F. A. Davis.

La documentación asistida por ordenador se engloba dentro de los factores tecnológicos. Para más información sobre los conceptos principales de la teoría ver Tabla 15. Anexo 7.

III. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANTECEDENTES.

a) Revisión bibliográfica:

Base de datos utilizadas: CUIDATGE, CUIDEN, Dialnet, Scielo, Pubmed, Tesis Doctorales en Red, Catálogo de la biblioteca de la Universidad Rovira i Virgili, ENFISPO (Universidad Complutense de Madrid), CINAHL, IBECS (Biblioteca Virtual de Salud).

Para el Informe de Cuidados de Enfermería al alta, los términos incluidos: informe alta hospital, enfermería, continuidad asistencial, report, nurse, document. Operador boleano: "AND". Filtros: 1) fecha de publicación desde el año 2004 hasta la actualidad, debido a la escasa bibliografía encontrada, 2) idioma de publicación artículos en español o inglés. Criterios de exclusión: 1) pacientes de obstetricia 2) pacientes de pediatria.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<p>Artículos publicados del año 2004 hasta la actualidad realizados en España cuyos contenidos estuvieran relacionados con el ICE y:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Contenidos ●Calidad ●Opinión de los profesionales i/o de los pacientes ●Argumentación de las ventajas y desventajas ●Reflexión sobre la continuidad asistencial. ●Comprobar continuidad asistencial <p>Se incluyeron otros trabajos, como posters y trabajos enfermeros de organismos sanitarios.</p>	<p>Pacientes de obstetricia</p> <p>Pacientes de pediatria</p> <p>Artículos publicados antes del 2004</p> <p>Artículos realizados fuera del territorio español.</p>

Tabla 16. Criterios búsqueda bibliográfica ICE. Elaboración propia.

En cuanto a la Historia Clínica: historia clínica electrónica, registros enfermeros, proceso enfermero, ética, electronical medical records, nursing records, nursing process, ethics. Operador booleano "AND", idioma de publicación artículos en español o inglés.

Webs institucionales: Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (COIB), Consejo General de Enfermería, Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

b) Antecedentes.

Se encontraron un total de 31 artículos y/o trabajos relacionados con el ICE.

La distribución por años se puede visualizar en la tabla 17, observándose que ha habido una disminución de publicaciones a lo largo del tiempo.

De estas publicaciones y/o trabajos, tal como se muestra en la tabla 18, los artículos de carácter científico la mayoría utiliza una metodología cuantitativa, sólo hemos encontrado un estudio que utiliza una metodología mixta.

Los artículos proceden de diferentes comunidades autónomas y solo hemos encontrado uno procedente de Cataluña (ver tabla 19).

La población de estudio han sido los propios informes evaluando sus características o grado de cumplimentación y los profesionales de enfermería de atención hospitalizada y atención primaria para valorar su opinión/percepción. Solo hemos encontrado tres artículos en que la población de estudio fueran los propios usuarios i/o familias (67, 75, 77).

La mayoría de artículos hacen mención a los beneficios del informe. Solo en tres artículos realizan una reflexión sobre si el ICE se ha convertido en la realidad para el que fue definido, o si bien es un mero instrumento que no ha sido consolidado (62, 77, 84).

Para más información consultar anexo 8 y la tabla 20.

III. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO.

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

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

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

IV. HIPÓTESIS.

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

En estudios posteriores realizados por Turkel & Ray (2000, 2001, 2003, 2004) sobre la Teoría de la Atención Burocrática hallaron que el personal de enfermería describía la esencia de la enfermería como la relación del cuidado entre la enfermera y el paciente (88).

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

Pero los resultados esperados son diferentes, debido a que el cuidado en las organizaciones complejas está relacionado con los factores burocráticos, entre ellos, los factores económicos. Las enfermeras se debaten y hacen malabarismos para cumplir con las expectativas económicas y burocráticas y las necesidades de sus pacientes (88).

En el estudio realizado por Turkel & Ray (2000, 2001, 2003, 2004), el cuidado aumenta la satisfacción de los pacientes, y tiene que ser considerado como una oportunidad del gasto, como aquello que aporta calidad a la organización, el cuidado se debería medir como un recurso económico primordial en cualquier sistema sanitario. La falta de tiempo y una inadecuada plantilla se ha identificado como problemas que dificultan el cuidado enfermera-paciente (88).

V. OBJETIVOS.

5.1. OBJETIVO GENERAL.

Conocer la percepción sobre el ICE integrado en la HCE de las enfermeras² de las unidades de hospitalización del HCAP durante el 2016.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Conocer las características sociodemográficas y laborales de las enfermeras de las unidades de hospitalización del HCAP

Explorar los conocimientos y la formación de las enfermeras sobre los registros enfermeros

Conocer la percepción de las enfermeras hacia el ICE en la HCE.

Determinar las características y contenidos que debe incluir el registro.

² Se utiliza el término enfermera para referirnos a profesionales de ambos sexos, siguiendo las recomendaciones del Colegio Oficial de enfermeras y enfermeros de Barcelona (90).

Identificar cuáles son las dificultades de las enfermeras al elaborar el registro.

Conocer las circunstancias en que las enfermeras realizan el registro.

Identificar intervenciones o propuestas de mejora que faciliten la consolidación del registro entre las enfermeras.

VI. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.

6.1. DISEÑO, METODOLOGIA I JUSTIFICACIÓN.

6.1.1. Tipo de estudio.

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

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

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

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

Según Marí R, Bo RM, Climent CI (2010) “La finalidad del estudio fenomenológico es estudiar la experiencia vivida respecto a una circunstancia por el propio protagonista” (91).

El enfoque fenomenológico nos permitirá la comprensión de los significados que las enfermeras otorgan al ICE y al entorno, su interacción entre ellos, como sujetos individuales, a través de su experiencia vivida. Por lo que este enfoque individual nos permite conocer aquello que no podríamos saber de ninguna otra manera, y que no se puede estudiar utilizando una perspectiva general. Nos permite ir más allá, sin intentar establecer una causa efecto, una explicación, sino la descripción de un fenómeno que nos conduzca a la comprensión.

6.1.2. Unidad de observación.

La unidad de estudio será el Hospital Comarcal del Alt Penedés. Dispone de una plantilla de jornada completa de 397 trabajadores/as. De los cuales, 118 enfermeros/as en los diferentes turnos y servicios (4). Entre los mismos, 78 enfermeras con lugar de trabajo habitual en las unidades médicas y quirúrgicas de hospitalización, contando personal estable y complementario. Existen dos unidades médicas y dos quirúrgicas. Las dos unidades médicas con un ratio de 30 pacientes por 2 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería cada una, en el turno de mañana y tarde, y 2 enfermeras y 1 auxiliar en el turno de noche. De las unidades quirúrgicas, la unidad de cirugía y traumatología, con un ratio de 15 pacientes por 1 enfermera y 1 auxiliar cada una, en todos los turnos. Por lo que el ratio establecido es de 15/1, aunque puede verse aumentado a 16/1 según necesidades.

6.1.3. Unidad de análisis.

- Percepción de los/las enfermeros/as sobre el ICE
- Percepción de los/las enfermeros/as sobre los contenidos del ICE.
- Percepción de los/las enfermeras sobre los registros enfermeros

6.1.4. Período de estudio.

El periodo de estudio será de 17 meses.

6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

6.2.1. Población objetivo, diana, referencia.

Serán todas las enfermeras que trabajan en el HCAP.

6.2.2. Población de estudio accesible.

Serán todas las enfermeras que trabajan en el HCAP y que cumplan con los siguientes criterios:

a) Criterios de inclusión

- Que estén contractadas y que trabajen activamente
- Que desarrollen su actividad asistencial en las unidades de hospitalización médica y quirúrgica
- Que acepten participar voluntariamente en el estudio
- Para la entrevista semiestructurada que dispongan de un nivel de competencia, según el modelo de adquisición de habilidades de Benner, de competente, con un tiempo de permanencia en el servicio, superior a tres años, que le permita conocerlo y estar situado/a (92).

b) Criterios de exclusión

- Que desarrollen su actividad asistencial exclusivamente en la unidad de toco-ginecología y obstetricia.
- Que desarrollen su actividad asistencial exclusivamente en otros servicios: consultas externas, urgencias y quirófanos.

- Que estén en situación de baja en el momento de la recogida de datos
- Para la entrevista semiestructurada, que trabajen en el turno de noche

6.2.3. Tamaño de la muestra (cuestionario).

El tamaño de la muestra en que se distribuirán los cuestionarios, será el mismo que la población de estudio accesible, ya que esta es muy pequeña, aproximadamente 78 enfermeras, que cumplen los criterios de inclusión. La técnica de muestreo será no probabilístico, consecutivo, todos los/las enfermeras que cumplan los criterios de inclusión dentro del período de estudio. Admitiendo como válida, después de recoger todas las encuestas, y asumiendo un porcentaje de no respuestas, una muestra compuesta por 59 cuestionarios, que correspondería a un porcentaje de participación de un 75%³.

6.2.4. Selección de los informantes (entrevista semiestructurada).

El diseño de la investigación será flexible, se ha planteado una idea general sobre las personas a entrevistar y el modo de encontrarlas, aunque esto puede variar más adelante dependiendo de las entrevistas iniciales (93).

Se utilizará la estrategia de muestreo teórico como guía para seleccionar las personas a entrevistar (93).

Según Taylor SJ, Borgan B (1987), “en el muestreo teórico en número de “casos” estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada “caso” para ayudar al investigador en el desarrollo de las comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social” (93).

³ Se establece un porcentaje de participación de un 75% basado en el estudio de Seva Llor (47).

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

- Unidad médica 2, dos enfermeras.
- Unidad médica 3, dos enfermeras
- Unidad de cirugía, 1 enfermera
- Unidad de traumatología, 1 enfermera
- Personal complementario U. médicas, 2 enfermeras
- Personal complementario U. quirúrgica, 2 enfermeras

También se incluirá, por su relación con el tema de estudio a las enfermeras referentes de altas e ingresos y a la enfermera de las pre altas.

Después de completar estas entrevistas con aproximadamente 12 informantes, se diversificará deliberadamente el tipo de personas entrevistadas hasta descubrir toda la gama de perspectivas de las personas sobre el tema de estudio.

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

6.3. INSTRUMENTOS.

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

Para el primer instrumento, se utilizará **el cuestionario** validado por Seva LLor AM, en 2011 (47), que mide la percepción de las enfermeras en cuanto al informe de cuidados de enfermería al alta (anexo 9). El cuestionario seleccionado tiene como objetivo proveer una amplia perspectiva de la situación actual del informe de los diferentes hospitales de la región de Murcia. Se trata de un cuestionario de 40 ítems, que incluye tres apartados bien diferenciados: información general demográfica-laboral, informe de alta-seguridad del paciente, implantación del informe de enfermería al alta.

Información general demográfica-laboral: incluye 25 preguntas, englobadas en 4 categorías.

Los datos generales: la edad, el sexo, servicio de trabajo, tipo de contrato (preguntas 1-4).

Los datos relacionados con la formación se medirán con preguntas como el año de obtención del título como enfermera, posesión de grado académico superior a la Diplomatura de Enfermería, el número de horas de formación no reglada/formación continuada, relacionadas con la Enfermería, que ha realizado en los últimos 24 meses, máximo grado académico además del Diplomado de Enfermería y el año de obtención del mismo (preguntas 5-8).

Los datos laborales generales, se obtendrán con preguntas que responden al cargo en el centro de trabajo, horario y tipo de turno de trabajo, promedio de pacientes en la unidad, existencia de algún sistema de cuantificación de cargas de trabajo, sistema de distribución diaria del trabajo (sistema organizativo laboral), ratio enfermera-paciente por nivel de adecuación a las necesidades de Enfermería por parte de los pacientes y distribución horaria (por turnos) de profesionales,

necesidad de enfermeras en el turno de trabajo para realizar el trabajo diario (cargas de trabajo), formato de registro para el trabajo diario bien sea papel, digital o ambos, y nivel de manejo de las nuevas tecnologías (preguntas 9-20).

La opinión de las enfermeras en relación al ICE, se obtendrá de las preguntas sobre la realización de una Historia de cuidados de Enfermería con cada paciente de nuevo ingreso, la necesidad de realizar la historia de enfermería durante el proceso asistencial, el grado de conformidad de las enfermeras de realizar un ICE, si se redacta el ICE en el momento que el paciente es dado de alta por su médico, si se hace, si se entrega en mano al paciente o su familiar el mismo, y si la realización del ICE pone de manifiesto en nivel académico de la enfermería (preguntas de 21-25).

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

Se han eliminado 5 preguntas, debido a que en este trabajo sólo se estudia un hospital que es conocido.

Siguiendo las recomendaciones de Sánchez E (2007), “el cuestionario debe incluir únicamente preguntas relevantes para la investigación....evitando alargarlo injustificadamente” (94).

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

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

Informe de alta- seguridad del paciente: incluye 7 preguntas, englobadas en 3 categorías.

La relación del ICE y la seguridad del paciente, se preguntará si se considera un indicador de seguridad del paciente, para evitar complicaciones y efectos adversos (pregunta 26).

La relación del ICE y la continuidad, se abordará si el ICE influiría en un mejor seguimiento del paciente por parte de enfermería para futuras intervenciones enfermeras y la necesidad de ICE para la continuidad de la atención enfermera (preguntas 27 y 28).

Protocolos enfermeros, se preguntará sobre la existencia estandarización de los cuidados en el servicio de trabajo, si existe una comisión de planes de trabajo que los estandarice, nivel de formación en taxonomía enfermera, y utilización de los diagnósticos de la NANDA en la práctica diaria del trabajo (preguntas 29-33).

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

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

Implantación del Informe de Enfermería al Alta: con 7 preguntas, englobadas en 3 categorías, todas ellas relacionadas con las fuentes de dificultad.

Relación ICE con necesidades formativas: necesidad de formación específica sobre el ICE, formación continuada realizada, en el centro de trabajo, relacionada con la historia clínica de enfermería (preguntas 34 y 35).

Relación del ICE con cargas de trabajo: si las cargas de trabajo existentes en el servicio dificultarían la cumplimentación del ICE y si realizaría el mismo si le restara tiempo para realizar el resto de actividades enfermeras (preguntas 36 y 37).

Relación ICE con otros profesionales: dificultad de realizar el ICE debido a la relación existente con el colectivo médico, colectivo de auxiliares de enfermería y resto de colectivo sanitario (trabajadores sociales, fisioterapeutas...), (preguntas 38-40).

Para el segundo instrumento se utilizará la **entrevista semiestructurada** (anexo 10), con preguntas abiertas, para que sirvan de orientación y preparación previa para realizar la entrevista en profundidad, para establecer un diálogo con las entrevistadas, en que dispongan de libertad para hablar, expresar y construir sus pensamientos, para conocer su percepción e impresión sobre los objetivos planteados.

Según refiere Marí R, Bo RM, Climent CI (2010), que cita a Brunet, Belzunegui y Pastor (2000), “la entrevista permite recoger información sobre acontecimientos y aspectos subjetivos de las personas tales como: creencias y actitudes, opiniones, valores o conocimiento, que de otra forma no podrían ser estudiadas” (91).

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

- Datos sociodemográficos: edad, sexo, fecha de la entrevista y años de experiencia.

- Percepción de la enfermera sobre el Informe de Cuidados de enfermería al alta: se empezaría con una pregunta de tipo descriptiva, para facilitar al informante que describa acontecimientos, momentos en que haya elaborado el ICE, esto le permitirá a esta persona hablar sobre lo que ella considera importante, si fue el formato del documento, las dificultades encontradas, la comunicación con el paciente o sus familias, etc.
Después continuaríamos con preguntas más específicas, si considera el registro necesario para su práctica asistencial, cuál es su opinión general hacia el informe, para qué sirve, si lo considera útil, qué aporta a su práctica clínica, cuáles son sus puntos positivos y negativos.
- Consideraciones de las entrevistadas sobre los contenidos que debería incluir el informe: conocer si incluye toda la información necesaria, o bien hay demasiada información, o esta es innecesaria, o bien contiene poca información y añadiría contenidos.
- Utilización del registro: en qué momentos utiliza el registro, al dar el alta al paciente, en todos los casos, en algunos casos, qué factores intervienen en esta decisión, en qué momento lo realiza, dónde lo elabora, lo entrega al paciente y/o a la familia, cómo lo experimenta.
- Relación ICE con dificultades: vivencia de la enfermera sobre aquellos factores que le dificultan realizar el ICE en su práctica clínica: qué percibe que le dificulta o facilita el registro y cómo lo experimenta.
- Percepción sobre necesidades formativas: si han realizado algún tipo de formación relacionada con los registros enfermeros, la historia de enfermería, la estandarización de cuidados, los lenguajes enfermeros, y si esta formación la consideran necesaria para su práctica clínica, aporta valor, consideran cuanto mayor formación mejor es la vivencia y experiencia ante el ICE o que no es un factor relevante a destacar.

6.4. VARIABLES CUESTIONARIO.

6.4.1. Variables dependientes.

Formación/conocimiento de los profesionales

- Grado académico: posesión grado académico superior a la Diplomatura de Enfermería. Ordinal. Dicotómica.
- Formación no reglada/continuada: horas de formación en los últimos 24m. Ordinal.
- Nivel académico: estudios que ha realizado superiores a la Diplomatura de Enfermería. Ordinal.
- Año nivel académico: año de obtención estudios superiores. Ordinal.
- Nivel de conocimientos nuevas tecnologías: habilidad de uso. Ordinal.
- Conocimiento por parte del usuario de la existencia de una comisión de planes de cuidados: nominal, dicotómica
- Estudios universitarios de NIC/NOC: nominal, dicotómica
- Utilización de la NANDA en la práctica diaria: nominal, dicotómica
- Estudios formación continuada NANDA/NIC/NOC: nominal, dicotómica
- Necesidades formativas del usuario hacia el ICE: nominal, dicotómica
- Estudios formación continuada Historia de enfermería: nominal, dicotómica

Opinión/utilización de la Historia de Enfermería y el ICE

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

Relación ICE seguridad y continuidad asistencial

- Relación ICE y seguridad de paciente: nominal, dicotómica
- Relación ICE y futuras intervenciones enfermeras: nominal, dicotómica
- Relación ICE y continuidad asistencial: nominal, dicotómica

Dificultades/problemas para realizar el ICE

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

6.4.2. Variables independientes.

- Sexo: nominal, dicotómica
- Edad: edad en años en el momento del cuestionario. Cuantitativa, discreta.
- Año titulación: año de obtención del título como enfermera. Cuantitativa, discreta.
- Horario de trabajo: turnos de trabajo habitual. Nominal
- Servicio: servicio de trabajo habitual en el momento de la entrevista. Nominal.
- Tipo de contrato: tipo de contrato en el momento del cuestionario. Nominal
- Número pacientes por unidad: unidad habitual de trabajo. Cuantitativa, discreta
- Existencia sistema de cuantificación cargas de trabajo: nominal, dicotómica
- Sistema de cuantificación de cargas de trabajo: descripción de los sistemas existentes. Nominal.
- Ratio enfermero-paciente adecuado a las cargas de trabajo: para cubrir las necesidades de los pacientes y para realizar el trabajo diario. Nominal, dicotómica
- Ratio enfermero-paciente: nº enfermeras turno mañana, tarde y noche. Cuantitativa, discreta.
- Sistema de estandarización de cuidados en el servicio: nominal, dicotómica
- Cargo de trabajo: cargo desarrollado en el momento del cuestionario. Ordinal.
- Herramientas registros enfermeros: sistema de registro habitual. Nominal

6.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOGIDA DE DATOS.

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

Los cuestionarios se entregaran en persona, en formato papel, a cada una de enfermeras del HCAP que cumplan con los criterios de inclusión, informándolas sobre el estudio, y pidiendo su colaboración. Se les entregará una copia del cuestionario (anexo 9), que irá acompañado de una breve explicación sobre el tipo y finalidad del estudio, instrucciones de cumplimentación, confidencialidad y anonimato de los datos (anexo 11). Se dispondrá de un buzón en cada servicio para depositarlos.

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

Para **las entrevistas semiestructuradas**, se realizará un primer contacto previo con las informantes, que cumplan los criterios de inclusión, mediante el diálogo personal, en el campo de estudio, donde se les informará del tipo de estudio, la finalidad, la grabación de la entrevista, el anonimato de las identidades y se les solicitará su participación y autorización en el mismo. También se intentará conocer la disponibilidad de horarios de cada informante, para concretar día y hora.

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

Con la finalidad ganar la confianza de los informantes se les ofrecerá la posibilidad de devolver las entrevistas transcritas a cada uno de ellos/as, para que tengan la oportunidad de realizar cualquier comentario y comprobar que se protege su identidad y se es fiel a sus palabras.

Antes de comenzar la entrevista, se explicará y se solicitará el consentimiento informado a cada participante (anexo 12), y se procederá a su grabación.

Durante la entrevista, se procurará establecer un ambiente de acercamiento, de comprensión de la visión de la otra persona, prestando atención, sin juicios de valor, a través de la empatía, a través del diálogo y de la interacción mutua, permitiendo el tiempo y espacio para que la informante se pueda explicar, respetando los silencios, para que pueda vivir la experiencia, construir el significado, replanteando preguntas y profundizando en otras a través del lenguaje y la expresión de sentimientos (91).

Según Taylor SJ y Bodgan R (1987) “prestar atención significa comunicar un interés sincero en lo que los informantes están diciendo, y saber cuándo y cómo indagar formulando la pregunta correcta” (93).

Se han de formular preguntas, que ayuden a los informantes a clarificar las respuestas, hasta estar seguros de entender lo que realmente ha dicho, también se debe tener en cuenta que todo individuo mostrará u ocultará, en mayor grado su experiencia, sobre todo los hechos importantes y significativos (93).

Finalmente, se procederá a su transcripción de la forma más fidedigna posible, respetando sus propias palabras, para su posterior análisis. También se anotarán la comunicación no verbal observada como risas, silencios, quinesia, y la impresión subjetiva del entrevistador sobre la entrevista realizada.

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

Aunque una entrevista requiere por lo general unas 2 horas (93). La frecuencia y la extensión de las entrevistas dependerán de las perspectivas agendas, de los tiempos que marcan los propios participantes durante el transcurso de la misma.

6.6. ANALISIS DE DATOS.

6.6.1. Análisis cuantitativo.

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

Para estudiar la relación entre las diferentes variables, se realizará análisis bivariante, mediante tablas de contingencia. La determinación de su correlación, teniendo en cuenta el tamaño de la muestra, se realizará mediante prueba exacta de Fisher o Razón de Verisimilitudes (59 cuestionarios, un 75 % de porcentaje válido). En caso de existir asociación, se establecería el coeficiente de asociación más adecuado según la naturaleza de las variables.

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

6.6.2. Análisis cualitativo.

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

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

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

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

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

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

6.7. VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

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

En la tabla 21, anexo 13, se muestra la relación de cada uno de los objetivos de estudio con los diferentes instrumentos de estudio.

VI. ASPECTOS ÉTICOS.

Se solicitará autorización al Comité de Bioética e Investigación Clínica de Bellvitge según las normativas y requerimientos establecidos (anexo 14).

Se solicitará consentimiento informado a las enfermeras que participen en las entrevistas semi-estructuradas.

Se ha solicitado autorización a la autora del cuestionario, Seva Llor, para obtener la autorización correspondiente para su utilización (anexo 15).

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

VII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Puede haber pérdidas de sujetos de la población accesible en el estudio, por lo que se refiere al cuestionario propuesto, ya que depende de la participación voluntaria de las enfermeras. Se realizará una explicación al principio del cuestionario y se enviarán recordatorios para favorecer la participación.

El instrumento es adecuado, válido y fiable, ya que la tesis doctoral de Seva LLor AM, en 2011 (47), se realizó una prueba piloto previa con 100 sujetos y, posteriormente se distribuyó a 400 enfermeras de 9 centros. Esto nos permitirá la comparación de los resultados.

Puede haber dificultades para obtener una participación suficiente de informantes para realizarles las entrevistas semiestructuradas que nos permita llegar a la saturación de los datos, ya que depende de la voluntariedad de los participantes y su disponibilidad de tiempo y horarios.

VIII. LÍNIAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.

Llevar a cabo el mismo trabajo de investigación en todos los hospitales de la provincia de Barcelona, para poder comparar los resultados.

Abordar el mismo tema de investigación cambiando el campo de estudio a aquellas personas que reciben el ICE, y que son las enfermeras de atención primaria, del centro sociosanitario de la comarca y desde la perspectiva de los propios pacientes y sus familias. De esta manera, se obtendría información desde otro contexto.

Establecer el mismo estudio al cabo de un año de haber implantado las propuestas de mejora obtenidas con los resultados del estudio, para obtener datos comparativos y valorar si las mejoras han sido efectivas.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Cabestany, A; Abelleira A. Procedimiento de Alta de Enfermería en Hospitalización. 2013.
2. (BOE) BO del estado. Real Decreto 1096/2010. de 16 de septiembre, por el cual se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. España; p. 1–26. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>
3. Penedès CS de l'Alt. L'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. Antecedents Històrics [Internet]. Consorci Sanitari Alt Penedès. 2013. Available from: <http://www.csap.cat/informacio-corporativa/hospital-comarcal-alt-penedes/>
4. Penedès CS de l'Alt. Memoria 2013 [Internet]. 2013. Available from: <http://www.csap.cat/memoria/2013/>
5. Penedès CS de l'Alt. Consorci Sanitari Alt Penedès. Informació corporativa. [Internet]. Consorci Sanitari Alt Penedès. 2013. Available from: <http://www.csap.cat/informacio-corporativa/sector-sanitari-alt-penedes/recursos-sanitaris.html>
6. Galimany Masclans, J. Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria. Valoración de las enfermeras [Tesis], Barcelona; Universidad de Barcelona; 2013 (consultado el 22 de diciembre de 2014). Disponible a: <http://www.tdx.cat/browse?value=Galimany+Masclans%2C+Jordi&type=author>
7. León Molina J, Manzanera Saura JT, López Martínez P, González Nieto L. Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica. Aspectos jurídicos. Enfermería Global [Internet]. 2010 (consultado el 3 de enero de 2015); 9 (2). Disponible a: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/107331>
8. Boletín oficial del estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm 102. (29 abril 1986). Disponible a: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
9. Boletín oficial del estado. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE 35. (10/02/1995). Disponible a: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-3554
10. Boletín oficial del estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE 298. (14/02/1999). Disponible a: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
11. Boletín oficial del estado. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE 17. (19/01/2008). Disponible a: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/01/19/pdfs/A04103-04136.pdf>

12. Boletín oficial del estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274. (15/11/2002). Disponible a: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
13. Boletín oficial del estado. Ley 16/2010, de 3 de junio, de derechos de información concerniente a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica. BOE 156. (28/06/2010). Disponible a: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/06/28/pdfs/BOE-A-2010-10215.pdf>
14. Castillo Gómez, M^a Teresa; Torre Lloveras, Pilar. Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos: Informe de cuidados de enfermería . Real Decreto 1093/2010. Ágora de Enfermería (AgInf) Vol.15.3 Septiembre 2011. On cercar-lo: <http://www.agoradenfermeria.eu/?error=4&view=contacte&lang=CAST>
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Instituto de información sanitaria. Madrid: 2006. (consultado el 3 de enero de 2015). Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/home.htm>
16. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Història Clínica Compartida de Catalunya (consultado el 3 de enero de 2015). Disponible a: http://ticsalut.gencat.cat/ca/projectes_estrategics/historia_clinica_compartida_a_catalunya
17. Marimon Suñol S, Rovira Barberà M, Acedo-Anta M, Nozal-Baldajos MA, Guanyabens-Calvet J. Historia Clínica Compartida en Catalunya. Medicina Clínica 2010; 134 (supl1):45-48.
18. El desplegament de la Història Clínica Electrònica millora la qualitat assistencial, la seguretat del pacient i la comunicació [intranet]. Barcelona: FlashTicSalut [actualización 5 de mayo de 2013, consultado el 04 de enero de 2014]. Disponible a: <http://www.ticsalut.cat/flashticsalut/html/ca/articulos/doc36490.html>
19. Entrevista als responsables de la Història Clínica Compartida de Catalunya [intranet]. Barcelona: FlashTicSalut [actualización el 10 de junio de 2013; consultado el 04 de enero de 2015]. Disponible a: <http://www.ticsalut.cat/flashticsalut/html/ca/entrevistes/doc36493.html>
20. Real Academia Española [Internet]. Diccionario de la lengua espanyola. 23^a Ed. Madrid. (consultado el 5 de enero de 2014). Disponible a: <http://lema.rae.es/drae/?val=confidencial>

21. Antomás J., Huarte del Barrio S. Confidencialidad e historia clínica: Consideraciones ético-legales. Anales Sis San Navarra [Internet]. (consultado el 30 de diciembre de 2014); 34(1): 73-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000100008>
22. Generalitat de Catalunya. Comitè de Bioètica de Catalunya [Internet]. Barcelona: Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre la confidencialitat en la documentació clínica informatitzada. [actualització 7 de maig de 2013; consultat 28 d'abril de 2014]. Disponible a: http://146.219.25.61/butlletins/public/media/upload/noticies_newsletter/files/confidencialitat_d5aff78f462fd87648839012c10eb54e2111.pdf
23. García G, Orgando B. Aspectos éticos de la informatización de la historia clínica. Enfermería Científica 2004 (270-271):39-43.
24. Consejo Internacional de Enfermeras [Internet]. Ginebra: Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería; 2012. (consultado el 5 de enero de 2014). Disponible a: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
25. Consejo General de Enfermería [Internet]: Código deontológico de la enfermería española. 1998 (consultado el 5 de enero de 2014). Disponible a: http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/codigo%20deontologico%20espa%C3%B1ol_codico%20etico.pdf
26. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya [Internet]. Barcelona: Codi d'Ètica de les Infermeres i Infermers de Catalunya; septiembre 2013. (consultado el 20 de diciembre de 2014). Disponible a: <https://www.coib.cat/Generiques.aspx?idPagina=1099&idMenu=655>
27. Organización de las Naciones Unidas [Internet]: Declaración Universal de Derechos Humanos. (consultado el 5 de enero de 2015). Disponible a: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
28. Boletín Oficial del Estado. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 [Internet]. BOE 251. (20/10/1999). (consultado el 5 de enero de 2015). Disponible a: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf>
29. Boletín Oficial del Estado. Constitución Española, 1978 [Internet]. BOE 311: 29313-29424. (29/12/1978). (consultado el 05 de enero de 2015). Disponible a: <https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
30. Iraburu M, Chamorro J. de Pedro MT. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. Anales Sis San Navarra. [Internet]. 2011 (consultado del 5 de enero de 2011); 29 (3). Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000500005&script=sci_arttext

31. Grupo de trabajo de la Comisión de Enfermería del Consejo Catalán de Especialidades en Ciencias de la Salud (CCECS) [Internet]. Competencias de la profesión Enfermera; 1997 (consultado el 05 de enero de 2015). Disponible a: <https://www.coib.cat/Generiques.aspx?idPagina=431&idMenu=656>
32. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Llibre blanc de las professions sanitàries a Catalunya. 2ª ed. Barcelona. Generalitat de Catalunya; 2003
33. López Viñas ML, Guzmán Sebastián R, Tirvió Gran C, Busquets Bou E, Manzanera López R. Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria en Cataluña. Modelo de acreditación. Rev Calidad asistencial 2004; 19 (3); 151-6
34. López Viñas ML, Costa Vilar N, Manzanera López R. Modelo de acreditación sanitaria en Cataluña. Rev Adm Sanit 2006; 4(2):185-8.
35. López Viñas ML, Costa N, Tirvió C, Davins J, Manzanera R, Ribera J, et al. Modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria en Cataluña. Medicina Clínica 2014; 143 (supl 1):68-73.
36. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya. Decreto 5/2006, 17 de enero. Regula la acreditación de centros de atención hospitalaria de Cataluña y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras. DOGC núm 4554. (19/02/2006). Disponible a: <http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/4554/536431.pdf>
37. Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias. Acreditación de centros de atención hospitalaria de Cataluña. Documento de estándares [Internet]. Barcelona. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya; 2013 (consultado el 7 de enero de 2015). Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/serveis_i_tramits/acreditacio_de_centres_sanitaris/concepte_historia_i_procediment/destacat_documentacio/documentos/arxiu/manual_acreditacio2.pdf
38. Consell de la Professió Infermera de Catalunya. Indicadors d'Avaluació de les Cures Infermeres. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona, gener 2014. Disponible a: <https://www.coib.cat/UploadsBO/Normativa/Documents/Indicadors%20d'avaluaci%C3%B3%20de%20les%20cures%20infermeresv5.pdf>
39. Calero Romero MR, González FL. El registro de enfermería como parte del cuidado, En: neuroenfermería ante la patología tumoral y degenerativa. XXXVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en neurociencias; 2014; Granada, España.
40. Ortiz Carrillo O, Chávez M. El registro de enfermería como parte del cuidado. Ciencias de la Salud. 2006;8 (2): 52-6
41. Currell R, Urquhart C Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La

- Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
42. Saranto k, Ulla Mari K. Evaluating nursing documentation-research desings and meth-ods: systemtic review. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 65(3):464-76
 43. Amezcua M. La calidad en la documentación clínica de enfermería. Del papeleo a los registros para el cuidado. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 1995; 11. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/11/1520.php>
 44. Del Olmo Núñez SM, Casas de la Cal L, Mejías Delgado A. En registro de enfermería, un sistema de comunicación. *Enfermería Clínica* 2007, 17 (3):142-145
 45. Miró Bonet M. Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales. *Enfermería clínica* 2010; 20 (6):360-365
 46. Alfaro LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. 4ª ed. Barcelona: Springer Verlag Ibérica; 1999.
 47. Seva LLor AM. El Informe de Cuidados de Enfermería al Alta: análisis situacional en la Región de Murcia [Tesis], Murcia; Universidad de Murcia; 2011
 48. Hernández Conesa J, Esteban Albert M. Fundamentos de la enfermería: teoría y método. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
 49. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2000.
 50. Sorrentino SA, Remmert LN, Gorek B. Fundamentos de enfermería práctica. 4ª ed. Madrid: Elsevier Science; 2012.
 51. Johnson M, Bulechek G M, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Interrelaciones. NANDA, NOC y NIC. Diagnóstico enfermeros, resultados e intervencio-nes. 2ª ed. Barcelona: Editorial: Elsevier; 2007
 52. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificación 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
 53. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.
 54. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J, editors. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid. Elsevier; 2009
 55. Thoroddsen A, Ehnfors M. Putting ppolicy into practice: pre and post test of implement-ing estandardized languages for nursing documentation. *J Clin Nurs.*2007;16(10):1826-38

56. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) [Internet]. Barcelona (consultado el 13 de enero de 2015). Disponible a: <http://www.aentde.com/>
57. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Proyecto de Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería (NIPE) [Internet]. 2000 (consultado el 13 de enero de 2015). Disponible a: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/proyecNIPE.htm>
58. Ballesteros García M, Jiménez Navascués L, Ruiz Gómez MC. Revisión bibliográfica del informe de valoración al alta de enfermería. *Gerokomos* 2004;15(4):209–16.
59. Grupo de enfermería Gestora de Casos Hospitalaria de Granada. Relevancia del contenido y transmisión del Informe de Enfermería al Alta hospitalaria. *Evidentia* [Internet]. 2011 (consultado el 15 de diciembre de 2014);8 (36):1–6. Disponible a: www.index-f.com/evidentia/n36/ev7623.php
60. Ruiz Gómez MC. Utilización del diagnóstico enfermero en los informes de enfermería al alta hospitalaria. *Biblioteca Lascasas* [Internet]. 2005 (consultado el 14 de diciembre de 2014);1:1–12. Disponible a: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0012.php
61. Márquez Alonso A. Informe de enfermería al alta hospitalaria: herramienta imprescindible para garantizar la continuidad asistencial. *Hygia* [Internet]. 2006 (consultado el 10 de enero de 2015);64. Disponible a: dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=267751
62. Rivas Cilleros E, Velasco Montes J, López Alonso JC. Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización. *Nuberos Científica Colegio de Enfermería de Cantabria* [Internet]. 2013 (consultado el 10 de diciembre de 2014);1. Disponible a: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/8/52>
63. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias. Del Informe de Enfermería al alta de urgencias. *Ciber Rev* [Internet]. 2006 (consultado el 12 de enero de 2015). Disponible a: http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2005/diciembre/informealta.htm
64. Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, de Haro Marín S. Valoración de los profesionales enfermeros del informe de alta de cuidados intensivos. *Metas de Enfermería*. 2004;7(4):6–10.
65. Sierra Talamante C, Sayas Chuliá V, Famoso Poveda MJ, Muñoz Izquierdo A, Peiró Andrés A, Garrigós Hernández E, et al. Continuidad de cuidados: alta de enfermería. *Enfermería en Cardiología*. 2007;41:35–40.
66. Navarro-Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, de Haro-Marín S. Nuevo informe de alta de enfermería de cuidados intensivos: grado de satisfacción y cumplimentación de los colectivos implicados. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2006 (consultado el 11 de diciembre de 2014); 16(4):190–7. Disponible a : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862106712128>

67. 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 Investigación [Internet]. 2006 (consultado el 20 de diciembre de 2014); 24. Disponible a: http://www.fuden.org/FICHE-ROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original_24.pdf
68. Egea González SC, Bravo Esteban AM. Opinión y realidad del informe de alta de enfermería en el Servicio de Urología. Asociación Española de Enfermería en Urología ENFURO [Internet]. 2007 (consultado el 12 de enero de 2015);104, 6-10. Disponible a: <http://www.enfuro.es/images/Revistas%20ENFURO/Enfuro104.pdf>
69. Chica Fernández MJ, Costa Ruiz A, Rodríguez Villagordo MJ, Sanchez Salmerón A, Torres Gómez J. Informe alta enfermería: historia clínica integral. Asociación Española de Enfermería en Urología ENFURO [Internet]. 2012 (consultado el 12 de enero de 2015);122(1625):19–24. Disponible a: <http://www.enfuro.es/enfuro-2012.html>
70. Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, de Haro Marín S. Evaluación del informe de enfermería de alta de la unidad de cuidados intensivos como instrumento para garantizar la continuidad de la asistencia. Enfermería clínica. 2004;14(2):61–9.
71. Soto Calderon M, Rueda Gracia I, Lorente Samper L, Navarro Jarque C, Rebenaque Villarroya E. Informe de Enfermería al alta ¿fin del episodio de cuidados? Rol Enfermería. 2008;31(5):61–2.
72. Torné Ortega MJ, Díaz Domínguez MJ. Razones de la no cumplimentación del Informe Continuidad de Cuidados en el Área de Hospitalización Quirúrgica de un Hospital de Agudos. Tesela [Internet]. 2013 (consultado el 14 d enero de 2015);13:7–11. Disponible a: <http://www.index-f.com/tesela/ts13/ts8056.php>
73. Caamaño C, Sáinz A, Martínez JR, Alonso M, Carro J. Evolución y valoración de la calidad del informe de enfermería al alta. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2004 (consultado el 15 de enero de 2015);19(6):396–401. Disponible a: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X04777301>
74. Carmona Heredia D, Pérez Sánchez JA, Márquez Mejías R, García Munoz MD. Informe de Enfermería al Alta en el servicio de medicina interna: una garantía para la continuidad de cuidados. Hygia [Internet]. 2009 (consultado el 15 de enero de 2015);71:49–52. Disponible a: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=267724>
75. Corbalán Abril MD, Roldán Valcárcel MD. Eficiencia de la intervención educativa e informe de recomendaciones al alta para pacientes intervenidos de prostatectomía. Asociación Española de Enfermería en urología ENFURO [Internet]. 2008 (consultado el 15 de enero de 2015);108:25–9. Disponible a: <http://www.enfuro.es/images/Revistas%20ENFURO/Enfuro108.pdf>
76. Merino Ruiz M, Sebastián Viana T, Gómez Díaz MC, Leo del Castillo Y. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. Enfermería Clínica [Internet]. 2008 (consultado el 15 de enero de 2015);18 (2):77–83. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862108707022>

77. Calero Romero MR. La continuidad de los cuidados de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. *Enfermería Global* [Internet], 2012 (consultado el 2 de diciembre de 2014); 27. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000300013&script=sci_arttext
78. Comisión de cuidados de Enfermería Hospital San Juan de Dios de Alfarje. Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería al Alta [Internet]. 2012 (consultado el 20 de febrero de 2014). Disponible a: <http://www.sanjuandedios-oh.es/?q=node/64>
79. Lucendo Villarin A, Noci Belda J. El informe de alta de enfermería, un instrumento para la continuidad de los cuidados. *Enfermería clínica* [Internet]. 2004 (consultado el 15 de enero de 2015);14(3):184. Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-el-informe-alta-enfermeria-un-13064160>
80. Hernández Martínez-Esparza E, Barquín Arribas MJ, Mundet Riera I, Royano Reigadas L; García Calderón M. La necesidad de un informe de enfermería al alta o traslado en una residencia geriátrica. *Gerokomos*. 2006;17 (3)(1):132–9.
81. Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, de Haro Marín S . Informes de alta de enfermería de cuidados intensivos en España: situación actual y análisis. *Enfermería Intensiva*. 2005;16(2):62–72.
82. Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, de Haro Marín S. Aurora 2003: gestor de informes de alta de enfermería de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2007;18(2):78–89.
83. Urbano García G, Reche Molina A, Garrido González J, de Torres Villagrà M. ¿Asegura el Informe de Alta de Enfermería la Continuidad de Cuidados? *Parainfo Digital* [Internet]. 2008 (consultado el 3 de enero de 2015);5:7–13. Disponible a: <http://www.index-f.com/para/n5/sumario.php>
84. Vidal Martínez LE, González Cantero, ML. Informe de cuidados en enfermería, revisión de su situación actual. *Enfermería Global* [Internet]. 2013 (consultado el 5 de enero de 2015); 32 :336–45. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000400020&script=sci_arttext
85. Vicente Peralta LI, Bonil de las Nieves C, Montero Vegas R, Sautoho Napa S, Rodríguez Espejo A, García Gálvez M. Informe de continuidad de cuidados una herramienta para la mejora de la comunicación entre Atención Especializada y Atención Primaria. *Evidentia*. 2006;3(7):5.
86. Carpenito LJ. *Diagnósticos de enfermería : aplicaciones a la práctica clínica* [Internet]. Madrid [etc.] : McGraw-Hill Interamericana; 2003 (consultado el 24 de mayo de 2014). Disponible a: http://cataleg.urv.cat/record=b1174146~S13*cat
87. Coffman S. Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray. En: Raile M, Marri-
ner A, editors. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona; Elsevier, 2011. p. 113-
131.

88. Turkel MC. Dr. Marilyn Ray's Theory of Bureaucratic Caring. *International Journal for Human Caring*. 2007;11 (4): 57-74
89. Ray MA. The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly*. 1989; 13 (2): 31-42
90. Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona [Internet]. Barcelona; Sobre la denominación del termino enfermera para nombrar a profesionales de ambos sexos; 26 de julio de 2004 (consultado el 30 de enero de 2014). Disponible a: <http://www.coib.cat/Detail.aspx?tipus=noticia&idDetall=2254&idPagina=495&idMenu=>
91. Marí R, Bo RM, Climent CI. Propuesta de anàlisis fenomenològic de los datos obtenidos en la entrevista. *Universitas Tarraconensis. Revista de Ciencias de la Educación*. 2010; 113-133
92. Benner PE. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park (CA): Addison-Wesley; 1984
93. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona. Paidós; 1987.
94. Sánchez E. Formación continuada. Curso de introducción a la investigación clínica. Capítulo 6: Diseño de cuestionarios. *Semergen*; 2007; 33 (8); 412-6.
95. Ley 11/2007, de 22 de julio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos. *Boletín Oficial el Estado*. Núm. 150 de 23/06/2007.
96. Real Decreto 1671, de 6 de noviembre, por el que se desarrolla parcialmente la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos. *Boletín Oficial del Estado*. Núm. 278 18/11/2009
97. Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica. *Diario Oficial de Galicia*. Núm. de 18/02/2009. Disponible a: http://www.xunta.es/dog/Publicados/2013/20131107/AnuncioC3K1-311013-0001_es.html
98. Borrás M, Busquets J, García A, Manent M. Proyecto Historia clínica compartida en Catalunya: marco legal y ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. *Medclin* 2010;134 (Supl 1):16-22.
99. Agencia Española de Protección de datos [Internet]. Madrid: Informe de cumplimiento de la LODP en hospitales; 2010. [actualización 13 de octubre de 2010; consultado 28 de abril de 2014]. Disponible a: http://www.agpd.es/portalwebAGPD/revista_prensa/revista_prensa/2010/notas_prensa/common/octubre/Informe_cumplimiento_LOPD.pdf

X. CRONOGRAMA

Tiempo previsto	1m	2m	2m	1m	4m	3m	2m	2m
Tiempo acumulado	1m	3m	5m	6m	10m	13m	15m	17m
Tramites y permisos								
Cuestionarios								
Introducción de los datos en el PPSP								
Análisis de los datos								
Redacción de los resultados								
E. semiestructuradas								
Transcripción								
Introducción de los datos en el Welf-qda								
Unidades de significado y categorías								
Redacción de los resultados								
Conclusiones finales								
Presentación de los resultados								
Publicación								

XI. APORTACIONES QUE HAN DERIVADO AL TFM

Año: 2013. Póster: Elaboración de un Informe de Cuidados de Enfermería al alta y su inclusión en la Historia Clínica Digital. XV Jornada de la Sociedad Catalana de Calidad. Investigación e Innovación en Calidad. Sabadell.

Año: 2014. Póster. Elaboración de un Informe de Cuidados Enfermeros al alta y su inclusión en la Historia Clínica Digital. 4ª Jornadas del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Departamento de Salud. Sitges.

XII. PRESUPUESTO

Recursos materiales:	
Ordenador icore3	600
Programas operativos (Office Home, PPSP, wef-qda) ⁴	100
Soportes informáticos de memoria	100
Fondos bibliográficos/libros	200
Impresora	200
Papel	100
Tinta	50
Buzones	70
Grabadora digital	70
Salas para las e. semiestructuradas	0 ⁵
Inscripción, viajes, alojamientos para congresos	600
Subtotal:	2090
Recursos Humanos:	
Coste de la enfermera dedicada al estudio 2m (cuestionarios)	3000
Coste de la enfermera dedicada al estudio 4m (entrevistas)	6000
Subtotal:	9000
Total (coste total del estudio)	11090

⁴ Solo para el office, los restantes son libres

⁵ Se utilizarían las salas disponibles en el Hospital o zonas públicas

XII. ANEXOS

Anexo 1. Tabla 1. Resumen de la Evolución Histórica de la HC

Resumen de la evolución histórica de la HC	
Periodo	Consideraciones importantes
Década de los 60	Se comienza escribir en cada proceso asistencial. Cada departamento tenía su propia HC, y dentro de un mismo centro, un mismo paciente podía tener varias HC activas simultáneas.
Década de los 70	Se unifica una única HC por paciente y centro.
Década de los 80	Ordenación sistemática por episodios o procesos. Se elaboran los reglamentos de uso de la HC. Comienza el uso de sistemas informáticos y de lenguajes estandarizados codificados.
Década de los 90	Codificación diagnóstica y de procedimientos, que favorece la organización de la HC y el uso de sistemas de intercambio de información. Historia Clínica Electrónica.

Tabla 1. Resumen de la evolución histórica de la histórica clínica. Autoría Montserrat Pérez, de información León Molina J, Manzanera Saura JT, López Martínez P, González Nieto L (7).

Anexo 2. Marco legal y contenidos de la HC

En esta tabla, se presenta un resumen de la legislación vigente en España, en cuanto a la Historia Clínica y el ICE.

Ley	Año	Descripción.
Ley General de Sanidad (8)	1986	Art 18.16. Actuaciones sanitarias de AP y AH. Título III (capítulo II). Comunidades autónomas. Art 61. Confidencialidad e intimidad. Art 10.11. Informe de alta
Ley 63/1995 (9)	1995	Prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud Derecho del usuario a una copia de su HC.
Ley Orgánica 15/1999 (10,11)	1999	Protección de datos de carácter personal
Ley General 41/2002 (Ley Catalana 21/2000) (12)	2002	Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Contenidos de la HC. Confidencialidad y autonomía del paciente, derecho a la Información y documentación
Ley 16/2000 (13)	2010	Modificación de la ley 21/2000 Derechos de información concerniente a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica. Normativas de custodia y conservación. Establece el tiempo de conservación según tipo de documento.
Real Decreto 1096/2010 (2)	2010	Se aprueban el conjunto mínimo de datos del Sistema Nacional de Salud.
Ley 11/2007 (95) Real Decreto 1671 (96)	2007	Acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos.

Tabla 3. Legislación sobre la HC y el ICE en España. Autoría Montserrat Pérez, de información Boletín oficial del estado (2, 8-13, 95-96)

En la **Ley General de Sanidad (1986)**, se regulan las acciones encaminadas a la protección de la salud establecida en el artículo 43 de la Constitución española (8).

En el capítulo II se establecen las actuaciones sanitarias del sistema de salud, y entre ellos la atención primaria y la atención hospitalaria, en el artículo 18.16 se desarrolla el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles, por lo que la asistencia debe ser coordinada e integrada.

En Título III se definen las prestaciones públicas y sus estructuras como Sistema Nacional de Salud, en el capítulo II se regulan los servicios de salud de las Comunidades Autónomas:

“Las Comunidades Autónomas deberán organizar sus Servicios de Salud de acuerdo con los principios básicos de la presente Ley” (8)

En el Artículo 61, se establecen las bases de la Historia Clínica, en que debe ser única para cada centro asistencial, y hace referencia a la disponibilidad de la historia clínica no tan solo para los profesionales sino también para los pacientes. También se menciona el derecho a la confidencialidad y la intimidad de las personas que son atendidas.

“En cada Área de Salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínica sanitaria única por cada uno deberá mantenerse al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial. Estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien en virtud de sus competencias tenga acceso a la historia clínica. Los poderes públicos adoptaran las medidas precisas para garantizar dichos derechos y deberes” (8).

En el Artículo 10. 11. Hace mención a que toda persona atendida tiene derecho a que los profesionales sanitarios registren la información más relevante de su estado de salud, y al derecho de recibir un informe de alta.

“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” (8).

El Real Decreto 63/1995, de 29 de enero de 1995, sobre la ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Sanitario Nacional de Salud, quedan establecidas las diferentes prestaciones de atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH), así como los servicios de información y documentación sanitaria en que el usuario tiene derecho a solicitar una copia de su historia clínica, o determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de conservación en el centro sanitario (9).

La Ley 41/2002, del 14 de noviembre de 2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como los principios generales que acabamos de describir. Hace una referencia especial a la autonomía del paciente y al consentimiento informado, criterio establecido en el Convenio de Oviedo, y trata en profundidad todo lo referente a la documentación clínica que generan los centros asistenciales y los derechos de los usuarios en este aspecto. La dignidad de la persona debe ser conservada y la autonomía en la toma de decisiones, tiene derecho a recibir la información y el profesional sanitario está obligado a los deberes de información y documentación clínica (12).

El capítulo III, artículo 7.2, hace referencia a que los centros sanitarios adoptaran las medidas oportunas para garantizar la intimidad de los pacientes, y realizará aquellos procedimientos que garanticen el acceso legal a los datos.

En el capítulo I, artículo 3, refiere "Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial" (12)

La ley 41/2002, en el capítulo V, regula de forma expresa la Historia clínica, a lo largo de sus capítulos. De forma resumida, la información más relevante por capítulos es (12):

- Art 14. Definición y archivo de la Historia Clínica (HC): cada centro será el responsable, del archivo, custodia, conservación, acceso a la información, recuperación de los datos, seguridad de la HC, autenticidad, independientemente de su formato.
- Art. 15. Contenido de la HC de cada paciente: establece que ha de contener la información transcendental para conocer el estado de salud del paciente y garantizar la asistencia sanitaria, y establece el contenido mínimo de la HC. En la tabla 4, se realiza una descripción detallada del mismo. Podemos observar que de los contenidos expuestos, hay tres apartados específicos para enfermería, por lo que se requiere, que el/la enfermero/a registre al menos la evolución y planificación de los cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica y el gráfico de constantes. Cada registro debe ir acompañado de la identificación del profesional que lo realiza, y la cumplimentación de la HC, en referente a estos apartados será responsabilidad del profesional de enfermería que lo ejecuta.
- Art 16. Usos de la Historia Clínica: el principal uso es que sea instrumento destinado a garantizar una asistencia adecuada, pero también puede tener fines judiciales, epidemiológicos, salud pública, investigación y docencia. Cada usuario accederá a los datos en relación a sus funciones y a los fines específicos de cada caso, preservando los datos de identificación personal del paciente separados de los de carácter clínico-asistencial si fuera

el caso. El personal que accede a los datos de la HC queda sujeto al deber de secreto. La institución garantizará que se cumpla este artículo.

- Art 18. Derechos al acceso de la HC: el paciente tiene derecho al acceso, con ciertas reservas (perjuicio a terceros, anotaciones subjetivas de los profesionales), a la documentación de la HC y a obtener una copia de los datos que figuran en ella.

Documentación mínima de la HC. Ley 41/2002
La documentación relativa a la hoja clínico- estadística
La autorización de ingreso
El informe de urgencia
La anamnesis y la exploración física
La evolución
Las órdenes médicas
La hoja de interconsulta
Los informes de exploraciones complementarias
El consentimiento informado
El informe de anestesia
El informe de quirófano o de registro del parto
El informe de anatomía patológica
<u>La evolución y planificación de cuidados de enfermería</u>
<u>La aplicación terapéutica de enfermería</u>
<u>El gráfico de constantes</u>
El informe clínico de alta

Tabla 4. Documentación mínima de la HC. Autoría Montserrat Pérez, de información Boletín oficial del estado (12)

Esta ley no determina a quien pertenece la HC, no es propiedad del equipo facultativo, pese a ser artífice material de ella, tampoco es propiedad del paciente, pese a ser agente causal de ella, no es propiedad de la institución pese a ser la responsable de su custodia y vigilancia. Lo único que sí que queda claro, es que en caso de denuncia, pasa a ser propiedad del juzgado, con todas las consecuencias que de ello se deriven (6).

Tampoco queda muy claro lo que se entiende por notas subjetivas que realizan los profesionales, ni en qué casos se entiende que puede haber prejuicios a terceros.

En cambio, en otro artículo consultado, se refiere a este concepto de propiedad de la HC, pero también hace mención a otra teoría en que se reparte la propiedad en cada uno de los sujetos implicados y donde el verdadero propietario es el paciente (7).

Podemos deducir, entonces, que el concepto de propiedad no queda bien delimitado y puede ser diferente según la interpretación que se realice (21).

Ley 16/2010, de 3 de junio, de modificación de la ley 21/2000, sobre los derechos de información concerniente a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica. Según lo que indica la presente ley, se define la HC (13).

En esta ley se regula, de forma más precisa que la ley 41/2002, las normativas referentes a la conservación de la HC, se determinan con más concreción los requerimientos de custodia, conservación y expurgación de la HC y se modifican los plazos de conservación de la HC. Esta ley incide en tres aspectos importantes. En primer lugar determina la obligación de los centros sanitarios de conservar la HC en las condiciones que garanticen la autenticidad, la integridad, la confidencialidad, la preservación y el correcto mantenimiento de la información asistencial registrada, y que aseguren su completa reproductibilidad en el futuro, durante el tiempo en que sea obligatorio conservarla, independientemente del soporte en que se encuentre, que no tiene que

ser necesariamente el soporte original. En segundo lugar, asigna la responsabilidad de la custodia, la conservación y la correcta destrucción de la historia clínica a la dirección de los centros sanitarios o a los profesionales sanitarios cuando lleven a cabo su actividad de forma individual. Los centros sanitarios también serán los responsables de su correcta destrucción.

Y, por último, determina que son aplicables a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad aplicables a los ficheros de datos de carácter personal, en los términos establecidos por la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y por las normas que la desarrollan (10,11).

En esta ley, se establece un período mínimo de conservación de la documentación más relevante de la historia clínica, que es de quince años a contar desde la fecha de alta de cada proceso asistencial. El resto de documentación que la integra puede destruirse al cabo de cinco años. En la tabla 5, se realiza una descripción de esta documentación.

Documentación con tiempo de conservación 15 años
Las hojas de consentimiento informado
Los informes de alta
Los informes quirúrgicos y el registro de parto
Los datos relativos a la anestesia
Los informes de exploraciones complementarias
Los informes de necropsia
Los informes de anatomía patológica
Documento de voluntades anticipadas
Información epidemiológica
Otra información relevante a efectos asistenciales, decida la dirección de cada centro

Tabla 5. Documentación relevante. Tiempo de conservación. Autoría Montserrat Pérez, de información de Boletín Oficial del Estado (13).

Quedan excluidos de la siguiente ley las historias clínicas relativas a la vigilancia de salud de los trabajadores que seguirán la normativa específica de prevención de riesgos laborales y de protección de la salud de los trabajadores.

El tratamiento de los datos de salud que comporta la Historia Clínica Compartida de Cataluña (HCCC), confluyen gran parte de las leyes anteriormente mencionadas, incluidas en la tabla 1: ley orgánica 15/1999 de **protección de datos de carácter personal (LOPD)**, Real Decreto 1720/2007, Reglamento de protección de datos, Ley sanitaria 41/2002 básica reguladora de autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la ley catalana 21/2000 sobre los derechos de información concerniente a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica. Dichas leyes constituyen, a la vez, normas de protección de datos de la LOPD (10-13).

La Ley 11/2007, de 22 de julio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos, regula la relación de ciudadanos con la Administraciones Públicas de forma electrónica, para que esta se realice en condiciones de confianza, de respeto, legalidad, accesibilidad. Igualdad, cooperación, seguridad, responsabilidad, neutralidad tecnológica, simplicidad administrativa y transparencia (95,96).

No existe una regulación, en España, específica del uso y acceso a la Historia Clínica Electrónica, excepto en la comunidad autónoma de Galicia (97).

La HCCC surgió como respuesta a la ley 16/2010 (13), el uso compartido de HC entre los centros asistenciales de Cataluña, para mejorar la calidad de atención al paciente, facilitando el acceso a la información a los profesionales autorizados para ello, y para evitar la realización de pruebas innecesarias (98).

Anexo 3. Tabla 7. Conjunto mínimo de datos del ICE.

DATOS DEL DOCUMENTO

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R
Tipo de documento	Texto	Informe de curas de enfermería		CM
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Fecha de valoración de enfermería	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Fecha alta de enfermería/fecha de derivación enfermera	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Enfermera responsable 1	Texto	Libre (nombre+ 2 apellidos)	Es parte del primer pie de la firma del informe	CM
Categoría profesional enfermero-a responsable 1	Texto	Enfermera Enfermera especialista Enfermera residente (IIR)		CM
Enfermera responsable 2	Texto	Libre (nombre+ 2 apellidos)	Es parte del segundo pie de la firma, que suele hacer una supervisión del primer firmante	CM
Categoría profesional enfermero-a responsable 2	Texto	Enfermera Enfermera especialista		CM
Dispositivo asistencial	Texto	Centro de salud Hospital Urgencias hospitalarias Urgencias extra hospitalarias Centro socio sanitario Otros		CM

DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R
Denominación del servicio de salud	Texto +logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud SESCAM. Servicio de Salud de Castilla- la Mancha. SACyL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de las Islas Baleares. RIOJASALUD. Servicio de Salud de la Rioja. Servicio Madrileño de Salud.		CM

		Servicio Murciano de Salud. SNS-O. Servicio Navarro de Salud		
		OSASUNBIDEA Agencia Valenciana de Sa- lud OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud		
Denominación del proveedor de servicios	Texto + Logo	Libre		R
Denominación del centro	Texto + Logo	CNH para centros de atención especializada. Inventario para centros de primaria y posteriormente RECESS cuando esté disponible + texto libre	Habrá un campo adicional de texto libre para los centros que no constan en el inventario en vigor porque han abierto recientemente	CM
Dirección del centro				CM
Tipo de vía	Texto			CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto	CNH i posteriormente RECESS cuando esté disponible + texto libre		CM
Código postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			CM
Dirección web/Dirección electrónica	Texto	Libre		R

CNH: Catálogo Nacional de Hospitales. RECESS: Registro general de establecimientos, centros y servicios sanitarios de l'MSPS.

DATOS DEL PACIENTE

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R	
Nombre	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM	
Primer apellido	Texto			CM	
Segundo apellido	Texto			CM	
Fecha de nacimiento	dd/mm/aaaa			CM	
Sexo	Texto			H/M	CM
DNI/T. residencia/pasaporte	Texto				R
NASS	Texto				CM
CIP de la C. Autónoma	Texto				CM
Código SNS	Texto				R
CIP Europeo	Texto				Se reserva este espacio en previsión que, en un futuro, haya un código europeo/internacional de identificación
Núm. Historia Clínica	Texto	Libre		CM	
Domicilio					
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM	
Nombre de la vía	Texto			CM	
Número de la vía	Texto			CM	
Piso	Texto			CM	
Letra	Texto			CM	
Código postal	Texto			CM	
Municipio	Texto			CM	
Provincia	Texto			CM	
Teléfono	Texto			Dato que figure en la BD de la TSI de la CA + texto libre	Hay un texto libre para añadir un segundo número de teléfono

Persona de referencia	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Se trata de la persona que representa los intereses del paciente	CM
Teléfono de referencia	Texto			CM

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R
Causas que generan la actuación enfermera	Texto	Libre		CM
Motivo de alta/Derivación enfermera	Texto	Ingreso Traslado a domicilio Traslado de servicio Traslado a centro hospitalario Traslado a un centro socio sanitario Alta voluntaria Defunción Otros		CM
Antecedentes y entorno	Texto	Libre	Destacar solo la información relevante	CM
Enfermedades previas Intervenciones quirúrgicas Tratamientos farmacológicos Alergias Actuaciones preventivas (1) Factores personales, familiares, sociales, culturales i laborales destacables (2)	Texto	Libre	(1)Vacunaciones y su estado (2)El conjunto de factores destacables se refiere a los elementos (personales, familiares, sociales y profesionales) que forman parte de su entorno y que pueden influir en la evolución de su estado de salud o condicionarlo También tienen cabida los sucesos puntuales (pérdida de un familiar, suceso laboral...) que puedan influir en su respuesta delante diferentes situaciones de salud.	R
Diagnósticos de enfermería resueltos	Texto + código	Literal NANDA + código NANDA	Se trata de destacar los diagnósticos, ya resueltos, que pueden ser de interés para prever apariciones posteriores	CM R
Protocolos asistenciales en que está incluido	Texto	Libre	Tienen cabida todos los procesos asistenciales y programas de salud en que esté incluido, tanto programas preventivos como de seguimiento, rehabilitación, educación sanitaria entre otros. También la relación de problemas interdependientes i/o de colaboración si es el caso	CM
Valoración activa	Texto	Libre		CM
Modelo de referencia utilizado Resultados destacables	Texto	Libre	Se ha de incluir la información relativa a la valoración enfermera más reciente	CM

			Se recomienda especificar otras escalas o test aplicados y ajenos al modelo utilizado en la valoración general	
Diagnósticos enfermeros activos	Texto + código	Literal NANDA + código NANDA	Los diagnósticos presentes en el momento de elaborar el informe, tanto reales como potenciales	CM R
Resultados de Enfermería	Texto + código	Literal NANDA + NOC	Los resultados seleccionados para identificar la evolución del paciente, como resultado de las intervenciones planificadas	CM R
Intervenciones de Enfermería	Texto + código	Literal NANDA + código NIC	Las intervenciones que se están llevando a cabo en el momento de elaborar el informe	CM R
Cuidador principal	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos) + vinculación con el usuario	Se ha de indicar tanto el nombre como la relación que tiene con el (familiar, cuidador externo...)	CM R
Información complementaria/Observaciones	Texto	Libre	Se puede incluir información relativa con la presencia de catéteres, prótesis, dietas especiales, así como destacar algún aspecto de relevancia especial relativo a la aplicación de las intervenciones activas	R

Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial (aunque la consignación del valor no sea obligatoria) i para esto ha de formar parte del conjunto mínimo de el SNS (CM), o por el contrario es aconsejable su presencia pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R).

Tabla 7. Conjunto mínimo de datos ICE. Autoría e información Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1096/2010 (2)

Anexo 4. Tabla 8. Documentos básicos de la HCE.

Documentos básicos de la HCE
Informe Clínico de Alta
Informe Clínico de Consulta Externa
Informe Clínico de Urgencias
Informe Clínico de Atención Primaria
<u>Informe de Cuidados de Enfermería</u>
Informe de Resultados de pruebas de imagen
Informe de Resultados de pruebas de laboratorio
Informe de Resultados de otras pruebas diagnósticas
Historia Clínica Resumida

Tabla 8. Documentos básicos de la HCE. Autoría e información Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (15).

Anexo 5. Tabla 11. Recomendaciones para preservar la confidencialidad de la HC.

Recomendaciones para preservar la confidencialidad de la HC
Limitación en los accesos, solo para quien sea necesario en la elaboración de su trabajo
Medidas de control de las instituciones (trazabilidad de los datos y auditorias de HC)
Hablar con las personas atendidas sobre aquellos datos sensibles que van a ser registrados.
Incluir en los informes la información relevante para la asistencia actual. Evitar las acciones de copiar y pegar información de otros informes
Aplicar los derechos del paciente de acceso, rectificación, cancelación y oposición de información (ARCO) de la Agencia Española de Protección de Datos (99)
Compromiso de los profesionales y las instituciones
Acceso con consentimiento informado y máscara de datos para accesos no clínicos (investigación, docencia)
Establecer niveles de confidencialidad para datos especialmente sensibles
Anonimato de los datos o enmascaramiento para personas especialmente vulnerables (violencia de género, maltrato a menores, persona pública, etc.)
Realizar medidas formativas y divulgativas del código ético, normativas y medidas de seguridad tanto a los profesionales como a los ciudadanos
Compromiso formal de los trabajadores mediante carta escrita.

Tabla 11. Recomendaciones para preservar la confidencialidad de la HC. Autoría Montserrat Pérez, de información de Recomendaciones Comité de Bioética de Cataluña (22) y Agencia Española de Protección de Datos (99).

Anexo 6. Calidad asistencial enfermera.

Desde el año 1979, Cataluña dispone de competencias en materia de sanidad. Para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña se ha considerado la calidad de las prestaciones como un derecho del ciudadano, donde se consideró primordial establecer unos criterios de homogeneidad en un sistema sanitario con una idiosincrasia de diferentes titularidades.

Desde entonces, podemos enumerar que ha habido cinco procesos de acreditación. El primero en 1981, en que se estableció un programa para la acreditación de hospitales en que se evaluaba la estructura física y organizativa de los centros. El segundo en 1983, en que se crea la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP), por lo que quedará ligado el proceso de acreditación a la contratación de servicios. Cabe destacar que en 1990, se establece la ley de ordenación Sanitaria de Cataluña y la creación del Servicio Catalán de la Salud (SCS), como entidad compradora de servicios. El tercero en 1991, en el que se establecen criterios estructurales de funcionamiento y organizativos. El cuarto en el 2006, en que se establece un enfoque centrado en los procesos y orientado a los resultados, satisfacción de los profesionales y ciudadanos, con un impacto en la sociedad, aplicado a diferentes líneas de servicios de salud, con un programa realista y económicamente sostenible. Para ello se establece un modelo de evaluación basado en estándares de calidad según el Modelo European Foundation for Quality Management (EFQM). Se promulga el decreto 5/2006, de 17 de enero, en que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria de Cataluña y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras. El último proceso de acreditación se realizó en el 2013 (33-46).

En el proceso de acreditación participan los centros sanitarios de la XHUP de forma obligatoria y hospitales privados de forma voluntaria. Para ello, se evalúan los estándares de acreditación recogidos en un manual, mediante un proceso de auditoria externa. Esta envía un informe técnico

de evaluación al centro para que pueda realizar sus alegaciones y posteriormente envía un informe final al Comité de Acreditación, donde se realiza la propuesta de acreditación favorable o desfavorable al Director General de la Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias (DGODS) (organismo responsable de acreditar), y se emite el certificado correspondiente. El resultado acredita al centro que cumple unos niveles de calidad y a la compra de servicios por el ICS (35).

En el manual de acreditación de centros de atención hospitalaria de Cataluña queda establecido el estándar 9c-02-07-08E (tabla 9, anexo 9), referente a los registros de enfermería. Podemos ver que se hace referencia a la hoja de enfermería, a la planificación de cuidados, al control de parámetros, a la administración de terapias y a la hoja de acogida y valoración de enfermería, pero no se realiza alusión directa al informe de alta de enfermería (37).

9c-02-07-08-E Se mide el porcentaje de formalización de los datos generales durante el proceso asistencial

Antecedentes familiares y personales; antecedentes alérgicos y / o reacciones adversas; enfermedad actual; exploración física; resultados de las técnicas y exploraciones complementarias; orientación diagnóstica; curso clínico, observaciones y prescripciones médicas; hoja de enfermería: planificación de cuidados, control de parámetros, observaciones, administración de terapias; hoja de acogida y valoración de enfermería; informe de alta.

Tabla 13. Estándares de acreditación enfermeros. Autoría e información Acreditación de centros de atención hospitalaria de Cataluña. Documento de estándares (2013) (37)

Por otro lado el Consejo de la profesión enfermera de Cataluña elaboró un documento en el 2014 de Evaluación de Indicadores de los Cuidados enfermeros, en que se hace referencia directa al ICE, que por el momento, este ejerce una función orientativa para los centros sanitarios

pero no vinculante, pero que creemos importante mencionar debido a las repercusiones futuras que se pueden derivar. En la tabla 10, anexo 10, se describen algunos de los indicadores (38).

Porcentaje de pacientes que han sido hospitalizados y marchan con el informe de alta de enfermería completo
Porcentaje de pacientes dados de alta con continuidad de cuidados según el protocolo PREALT (programa de preparación del alta)
Porcentaje de pacientes con recomendaciones al alta.

Tabla 14. Indicadores de cuidados enfermeros. Autoría e información Consell de la Professi6 Infermera de Catalunya. Indicadors d'Avaluaci6 de les Cures Infermeres (2014) (38).

Anexo 7. Conceptos principales de la Teoría de la Atención Burocrática.

Conceptos principales	
Cuidado	Proceso relacional transcultural complejo asentado en un contexto ético y espiritual
Cuidado espiritual-ético	Espiritual (creatividad, elección) y ético (obligaciones morales hacia los demás) tratar a las personas como seres que tienen la capacidad de tomar decisiones
Factores educativos	Programas formales, no formales, formas de enseñar
Factores físicos	Patrones biológicos y mentales interrelacionados.
Factores socioculturales	Etnicidad, familia, relación con amigos, apoyo social.
Factores Legales	Reglas y principios de comportamiento, conlleva responsabilidad.
Factores tecnológicos	Recursos no humanos. Aparatos, fármacos, documentación asistida por ordenador. Conocimiento y habilidad necesarios para utilizar estos recursos.
Factores económicos:	Dinero, presupuestos. Recursos materiales y humanos escasos para mantener la viabilidad económica de la organización. Entender el cuidado como un recurso interpersonal.
Factores políticos	Factores políticos y de poder en la administración influyen en cómo es vista la enfermería en los cuidados de salud. Como se organiza, el papel de la misma, el poder y la forma en que se reparten los recursos humanos y materiales escasos.

Anexo 7. Tabla 15: Conceptos principales. Coffman S, Turkell MC, Ray MA (87-89).

Anexo 8. Revisión bibliográfica y antecedentes.

Se encontraron un total de 31 artículos y/o trabajos relacionados con el ICE.

La **distribución por años** se puede visualizar en la tabla 16, observándose que ha habido una disminución de publicaciones a lo largo del tiempo.

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012	2013	No año
5	2	6	3	4	2	3	3	2	1

Tabla 17. Relación artículos/trabajos según año de publicación. Elaboración propia.

De estas publicaciones y/o trabajos, tal como se muestra en la tabla 17, los artículos de carácter científico la mayoría utiliza una **metodología** cuantitativa, sólo hemos encontrado un estudio que utiliza una metodología mixta.

Tipo de estudio			
cuantitativo descriptivo	20	no estudio	6
cuasi-experimental	1	revisión bibliográfica	3
mixto (descriptivo y fenomenológico)	1	Total general	31

Tabla 18. Relación artículos/trabajos según tipo de estudio. Elaboración propia.

De los 21 artículos que utilizan una metodología cuantitativa, la mayoría utiliza el cuestionario como instrumento de medida, seguido del análisis de los informes, o bien los dos instrumentos a la vez.

El artículo Continuidad de Cuidados: alta de Enfermería (65), es el único que utiliza una metodología mixta, desarrollaron un estudio cuantitativo descriptivo longitudinal y cualitativo fenomenológico

Uno de los datos que nos ha llamado la atención y que hemos considerado importante mencionar, es el **campo de trabajo o lugares donde se han realizado los estudios**. Podemos observar, en la tabla 18, que en las comunidades de Andalucía y Valencia, es donde se han realizado más estudios sobre el ICE, y solo hemos encontrado un artículo perteneciente a Cataluña.

Comunidad autónoma			
Andalucía	9	La Rioja	1
Aragón	3	Madrid	4
Cantabria	2	Murcia	3
Cataluña	1	Valencia	7
Galicia	1	Total	31

Tabla 19. Relación artículos/trabajos según lugar de estudio. Elaboración propia.

Este último, titulado Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos: informe de cuidados de enfermería. Real Decreto 1093/2010, ha sido publicado por la revista Ágora de Enfermería, y sus autoras (14), más que un estudio de investigación, construyen una reflexión sobre las implicaciones que conlleva la aprobación de ley 1093/2010 para la enfermería y elaboran una explicación del contenido y la disposición de la información de este informe.

La población de estudio han sido los propios informes evaluando sus características o grado de cumplimentación y los profesionales de enfermería de atención hospitalizada y atención primaria para valorar su opinión/percepción. Solo hemos encontrado tres artículos en que la población de estudio fueran los propios usuarios y/o familias (67, 75, 77).

Por lo que se refiere a los **resultados**, la mayoría de artículos hacen mención a los beneficios del informe, tal como hemos visto en el punto 2.3 de este trabajo.

En tres artículos realizan una reflexión sobre si el ICE se ha convertido en la realidad para el que fue definido, o si bien es un mero instrumento que no ha sido consolidado.

En el artículo, Valoración del Informe de enfermería al alta tras la hospitalización, los autores/as (62), destacan que en su centro de trabajo, este documento se cumplimenta cada vez mejor, pero que ha habido un descenso en el número de registros realizados. Para dar respuesta al problema, realizan encuestas a las enfermeras de atención primaria y hospitalizada y obtienen que la estructura del mismo no contiene la información necesaria y que no es necesario realizar un informe a todos los pacientes, debido a la ausencia de cuidados o a pacientes muy conocidos que conocen bien su estado y proceso de salud.

En el artículo la continuidad de los cuidados de los pacientes intervenidos de fractura de cadera (77), realizado en un hospital de Huelva, se valora si el paciente intervenido de fractura de cadera se efectúa la continuidad de cuidados, para ello elabora entrevistas al personal de enfermería y a los propios pacientes, también realiza la inspección de las historias clínicas correspondientes. Llega a unos resultados, en que no existe continuidad de cuidados debido a la deficiente intercomunicación entre los niveles asistenciales, la mayoría de pacientes ni demandan los cuidados, ni son avisados por los profesionales de atención primaria ya que no llegó el informe de cuidados.

En el artículo Informe de cuidados de enfermería: revisión de su situación actual (84), realiza un análisis de los diferentes sistemas organizativos de tres comunidades autónomas (Andalucía, Madrid y Canarias) y los compara con Murcia, llegando a la conclusión que está menos desarrollado debido a la carencia de un modelo común de informe de atención hospitalizada y la carencia de bidireccionalidad (informe de atención primaria hacia hospitalaria), y construye otra reflexión importante a considerar que citamos en su totalidad

Vidal Martínez LE, González Cantero, ML (2013) "Podríamos decir que se necesita tiempo y esfuerzo para que las enfermeras den al Informe de Cuidados la misma importancia que a realizar un relevo o un protocolo de acogida. Es necesario que exista un compromiso por parte de los supervisores y de las enfermeras de los diferentes niveles asistenciales. La carga de trabajo, la falta de personal y, por supuesto de tiempo, podrían ser limitantes al desarrollo de esta herramienta para la continuidad de los cuidados enfermeros. Por otro lado, a nuestro juicio, falta precisión en los datos utilizados en el informe, así como mayor implicación en el uso y seguimiento de profesionales de atención primaria" (84).

En la tabla 19 podemos ver la relación de los registros y relación profesional que hemos ido detallando durante el marco teórico del estudio.

	Ley 41/2002	Ley 21/2010	HCE	Acreditación	Indicadores	Competencias Grado	Competencias Enfermería
Hoja de Enfermería				X			
Planificación cuidados	X			X			
Control parámetros	X			X			
Administración terapias	X			X			
Acogida, valoración				X			
Informe de Cuidados		X	X		X		X
Registros						X	X

Tabla 20. Relación registros enfermeros/responsabilidad profesional. Autoría Montserrat Pérez

9. Cargo desempeñado en el centro sanitario: <input type="checkbox"/> Enfermera asistencial <input type="checkbox"/> Enfermera supervisora
10. Horario de trabajo: <input type="checkbox"/> Mañanas-tardes-noches <input type="checkbox"/> Mañanas fijas <input type="checkbox"/> Mañanas-tardes <input type="checkbox"/> Noches fijas
11. Indique el promedio de pacientes que tiene en su unidad: _____nº de pacientes
12. ¿Se aplica algún sistema de cuantificación de cargas de trabajo en su servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. En su servicio la distribución diaria del trabajo, se hace en base a: <input type="checkbox"/> El número de pacientes <input type="checkbox"/> El nivel de dependencia-independencia del paciente <input type="checkbox"/> Las actividades que se tienen que realizar en un turno (una enfermera toma todas las tensiones arteriales, otra realiza las curas, otra hace los ECG, ...) <input type="checkbox"/> Los cuidados de los pacientes <input type="checkbox"/> El número de habitaciones <input type="checkbox"/> Otros: _____
14. ¿La ratio enfermera- paciente (nº de enfermeras por paciente) se corresponde en su servicio a las necesidades de enfermería por parte de los pacientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. Nº de enfermeras en el turno de mañana: _____
16. Nº de enfermeras en el turno de tarde: _____
17. Nº de enfermeras en el turno de noche: _____
18. ¿Faltan enfermeras en su turno de trabajo para realizar el trabajo diario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

19. ¿En qué formato registra su trabajo diario? <input type="checkbox"/> En formato papel <input type="checkbox"/> En formato digital <input type="checkbox"/> En ambos
20. ¿A qué nivel maneja las nuevas tecnologías? <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto
21. ¿Qué le parece la realización de un informe de alta de enfermería? <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Regular acuerdo
22. ¿Cree necesario la realización de la historia de enfermería durante el proceso asistencial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
23. ¿Inicia una Historia de cuidados de Enfermería, con cada paciente de nuevo ingreso que esté a su cargo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24. ¿Redacta un Informe de Enfermería al Alta cuando el paciente es dado de alta por su médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24.1. En caso afirmativo, ¿entrega en mano al paciente o a su familiar el Informe de Enfermería al Alta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
25. ¿la realización del Informe de Enfermería al Alta, pondría de manifiesto el nivel académico actual de la enfermería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORME DE ALTA-SEGURIDAD DEL PACIENTE	
26. ¿Considera la aplicación del Informe de Enfermería al Alta, como un indicador de seguridad del paciente, para evitarle futuras complicaciones y efectos adversos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
27. ¿La realización de un informe de alta enfermero, influiría en un mejor seguimiento del paciente por parte de enfermería, para futuras intervenciones enfermeras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
28. ¿Cree necesario el Informe de cuidados al alta enfermera para la continuidad de la atención enfermera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
29. ¿Estandarizan los cuidados de enfermería en su servicio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
30. ¿Existe en su Hospital una comisión de planes de cuidados que los estandarize?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
31. ¿Estudió la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (CIE, en inglés NIC) y la Clasificación de Resultados enfermeros (CRE, en inglés NOC) durante su formación universitaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
32. ¿Los temas teóricos sobre diagnósticos NANDA que estudió en la universidad, los usa en la práctica diaria de su trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
33. ¿Ha estudiado la relación entre los diagnósticos NANDA, la clasificación de las Intervenciones enfermeras (CIE, en inglés NIC) y la clasificación de Resultados enfermeros (CRE, en inglés NOC) como recursos de formación continuada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

IMPLANTACIÓN DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA	
34. ¿Cree que necesita una formación específica sobre el Informe de Enfermería al Alta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
35. Tras su paso por la universidad, ¿ha realizado cursos de formación continuada, en su centro de trabajo, relacionados con la historia clínica de enfermería?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
36. ¿Considera que las cargas de trabajo existentes en su servicio, dificultarían la cumplimentación de un informe de alta enfermero?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
37. ¿Considera una dificultad la cumplimentación del Informe de enfermería al Alta, si le restara tiempo para realizar el resto de actividades enfermeras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
37. La relación existente entre el colectivo enfermero y el colectivo médico, ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
38. La relación existente entre el colectivo enfermero y el colectivo de auxiliares de enfermería, ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
39. La relación existente entre el colectivo enfermero y el resto del colectivo sanitario (trabajadores sociales, fisioterapeutas...), ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Anexo 10. Entrevista semiestructurada.

Datos sociodemográficos:

Edad: _____

Fecha de la entrevista: _____

Sexo: _____

Años de experiencia: _____

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

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

¿Cuáles son sus puntos positivos?

¿Y los negativos?

¿Cuándo utilizas el informe?

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

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

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

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

Anexo 11. Carta introductoria antes del cuestionario.

Estimado/a profesional de enfermería:

Se está realizando un estudio para conocer la percepción de los/las enfermeros/as de las unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas sobre el Informe de Cuidados de Enfermería al Alta (ICE) después de más de tres años de su implantación en la Historia Clínica Digital. La finalidad del trabajo es conocer cómo los profesionales de enfermería desarrollan en la práctica el ICE, para establecer intervenciones dirigidas a enriquecer y consolidar este documento. Este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial. La información obtenida será utilizada con fines educativos y/o de investigación, y no otra. Es muy importante su participación y que conteste todas las preguntas, para obtener unos datos válidos.

Agradecemos su colaboración,

Anexo 12. Consentimiento informado entrevista semiestructurada

En el presente documento, yo Nombre, Apellido que soy la entrevistada, doy consentimiento a Montserrat Pérez para que haga uso de la grabación en forma de entrevista para fines pedagógicos y / o de investigación dentro del Master de Investigación de Ciencias de la Enfermería. Esta entrevista tiene como finalidad realizar el trabajo: percepción de los/las enfermeros/as sobre el Informe de Cuidados de Enfermería al Alta.

Mi compañera de trabajo, Montse, garantiza confidencialidad y respeto a mi identidad, durante y después de la entrevista, como también me han informado que los datos serán utilizados para la finalidad descrita y no otra.

Estoy conforme a las condiciones e informada del proceso

Fecha y firma:

Vilafranca del Penedès, XX de XXXXX del 2016.

Anexo 13. Triangulación metodológica.

OBJETIVO GENERAL: Conocer la percepción sobre el ICE integrado en la HCE de las enfermeras de las unidades de hospitalización del HCAP durante el 2016			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CUESTIONARIO	E. SEMIESTRUCTURADA	MARCO TEÓRICO
Conocer las características sociodemográficas y laborales de las enfermeras de las unidades de hospitalización del HCAP	Los datos generales (edad, sexo, servicio, etc.), preguntas 1-5 Los datos laborales generales (cargo, turnos, ratio, etc.), preguntas 9-20	Datos sociodemográficos	Punto 2.9. ICE
Explorar los conocimientos y la formación de las enfermeras sobre los registros enfermeros	Los datos relacionados con la formación (año obtención título, otra formación, etc.), preguntas 6-8 Protocolos enfermeros (estandarización, taxonomías), preguntas 29-33	¿Has recibido algún tipo de formación sobre los registros de enfermería, la historia clínica, y la estandarización de cuidados? ¿La consideras necesaria?	Punto 2.1 al 2.8 HC, HCE, legislación, aspectos deontológicos, competencias, registros enfermeros, proceso enfermero

Percepción del Informe de Cuidados de Enfermería.

<p>Conocer la percepción de las enfermeras hacia el ICE en la HCE.</p>	<p>La opinión de las enfermeras en relación al ICE (adecuación, uso), preguntas: 21-25</p> <p>La relación del ICE y la seguridad del paciente (evitar complicaciones), pregunta: 26</p> <p>La relación del ICE y la continuidad (mejor atención, seguimiento), preguntas: 27 y 28</p>	<p>¿Me podrías explicar, según tú experiencia, momentos en que hayas realizado el ICE ya sea en formato electrónico o papel?</p> <p>¿Según tú experiencia, para qué sirve el ICE, qué aporta en tú práctica clínica?</p> <p>¿Cuáles son sus puntos positivos?</p> <p>¿Y los negativos?</p> <p>¿Consideras el informe de alta de enfermería importante? ¿Por qué motivo?</p>	<p>Punto 2.9. ICE</p>
<p>Determinar las características y contenidos que debe incluir el registro.</p>	<p>No existe</p>	<p>¿Qué contenidos consideras que son más importantes? ¿Cuáles son menos importantes?</p>	<p>Punto 2.9. ICE</p>

<p>Identificar cuáles son las dificultades de las enfermeras al elaborar el registro.</p>	<p>Relación ICE con necesidades formativas, preguntas: 34 y 35</p> <p>Relación del ICE con cargas de trabajo, preguntas: 36 y 37</p> <p>Relación ICE con otros profesionales, preguntas:38-40</p>	<p>¿Me podrías explicar alguna experiencia significativa que te dificultó realizar el informe? ¿Cuáles?</p>	<p>Punto 2.9. ICE</p>
<p>Conocer las circunstancias en que las enfermeras realizan el registro.</p>	<p>La opinión de las enfermeras en relación al ICE (adecuación, uso), preguntas: 21-25</p>	<p>¿Cuándo utilizas el informe?</p>	<p>Punto 2.9. ICE</p>
<p>Identificar intervenciones o propuestas de mejora que faciliten la consolidación del registro entre las enfermeras.</p>	<p>Tras analizar toda la información de los resultados del estudio</p>	<p>Tras analizar toda la información obtenida de las entrevistas y de los sujetos de estudio</p>	

Tabla 21. Triangulación metodológica. Elaboración propia.

Anexo 14. Autorización al Comité de Bioética e Investigación Clínica de Bellvitge.

Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC)

Hospital Universitario de Bellvitge

c/Feixa Llarga s/n

08907 Hospitalet del Llobregat

Estimados Sres. del CEIC,

Nos ponemos en contacto con ustedes para realizar una solicitud para la evaluación del proyecto titulado Percepción de los/las enfermeros/as sobre el Informe de Cuidados de Enfermería al Alta en un Hospital Comarcal.

Nos gustaría hacer referencia que el siguiente estudio carece de código de promotor debido a que no existe, es un estudio sin financiación, cuya finalidad es elaborar un trabajo para los estudios del Máster de Investigación en Ciencias de la Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili, por lo que no existen conflictos de intereses.

La documentación que presentamos junto a la presente solicitud es la siguiente:

Agradeceríamos su evaluación, consideraciones y aprobación para poder iniciar el proyecto.

A la espera de una respuesta favorable, les saluda atentamente,

Vilafranca del Penedès, XX de XXXXX de 2016

Montserrat Pérez. e-mail: montserratperez@csap.cat

Anexo 15. Autorización cuestionario.

Tesis doctoral. El informe de cuidados de enfermería al alta: análisis de la situación actual



Recibidos: x



Montserrat Pérez

3 feb. ☆

Buenas tardes, Mi nombre es Montserrat Pérez, soy enfermera y soy estudiante ...



Ana Myriam Seva Llor <anamyriam.seva@um.es>

4 feb. ☆

para mí ▾



Buenos días Montserrat,

Agradecerte que te pongas en contacto conmigo para darte mi autorización. Siguiendo con la normativa establecida de la propiedad intelectual, el procedimiento es fácil, solo tienes que citarme como tesis porque la tengo publicada en el depósito digital institucional de la Universidad de Murcia (Digitum).

Es un placer saber que este tema poco a poco va generando interés entre las investigadoras. A partir de ahora estaré pendiente de tu trayectoria y me encantaría conocer tus resultados. Así que cuando tengas publicado tu trabajo avísame para poder leerlo y citarte. Y por supuesto, cualquier cosa que necesites no dudes en decírmelo.

Un saludo,

Dra. Ana Myriam Seva Llor
Profesora asociada Dpto. de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad de Murcia
Edificio 23. 30100



...