

Jesús M. Navarro Arnedo¹
Pedro E. Orgiler Uranga¹
Salvador de Haro Marín²

¹Diplomado en Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

²Diplomado en Enfermería. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Este trabajo se ha financiado con una beca del FIS, expediente n.º PI020009 y de la Unión Europea (FEDER).

Correspondencia:

Jesús M. Navarro Arnedo
C/ Virgen del Puig, 19 Bloque 7, 4.º B
03009 Alicante. España
E-mail: Navarro_jes@gva.es

Informes de alta de enfermería de cuidados intensivos en España: situación actual y análisis

Intensive care nursing discharge reports in Spain: present situation and analysis

RESUMEN

El informe de alta de enfermería de unidad de cuidados intensivos (UCI) es un registro que se utiliza para garantizar la continuidad de los cuidados al alta del paciente.

Objetivos: Determinar las UCI de España que cumplimentan informe de alta de enfermería, analizar qué información aportan éstos y conocer cómo las UCI que no utilizan este registro transmiten la información acerca del paciente.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional. Se analizaron los informes de alta de enfermería emitidos por las UCI. Para las unidades que no lo cumplimentaban se documentó cómo facilitaban a planta información acerca del paciente.

Resultados: Respondieron 259 (83%) UCI. 176 (68%) cumplimentaban informe de alta de enfermería, que se enviaba con la historia del paciente en todas las unidades. El 99% de los informes recogía en su estructura información acerca de las necesidades de alimentación y eliminación y el 7% acerca de vivir según creencias. El 100% solicitaba información sobre los patrones de percepción/control y nutricional/metabólico; el 1% sobre sexualidad/reproducción. De las 79 (30%) UCI que no

cumplimentaban informe de alta de enfermería, en 43 (54%) acompañaban al paciente a planta y daban un relevo oral. En total 242 (93%) UCI transmiten información añadida a la que contiene la historia clínica a los profesionales de planta.

Conclusiones: a) en un número importante de unidades de cuidados intensivos los profesionales de enfermería cumplimentan un informe de alta a la salida del paciente a planta; b) en estos informes predomina la valoración de aspectos biológicos básicos sobre los psicológicos y socioculturales; c) en las unidades que no cumplimentan informe de alta, acompañan al paciente a planta o bien informan por teléfono de la situación del paciente a la planta de destino, y d) la mayoría de UCI garantiza la continuidad en los cuidados de enfermería al alta del paciente, bien sea cumplimentando un informe de alta de enfermería, acompañando al paciente a planta o llamando por teléfono a los profesionales de ésta.

PALABRAS CLAVE

Informe de alta de enfermería. Unidad de cuidados intensivos. Registros de enfermería.

SUMMARY

ICU Nursing discharge report is a useful record to guarantee the continuity of cares on the patient's discharge.

Objectives: *To determine the ICUs of Spain that fill out nursing discharge report, analyze what information they supply and know how the information on the patients is provided by the ICUs that do not use this record.*

Material and methods: *Observational descriptive study. The nursing discharge reports issued by the ICUs were analyzed. For the units that did not fill them out, it was documented how they provided information on the patient to the ward.*

Results: *A total of 259 ICU (83%) responded and 176 (68%) filled out the nursing discharge report, which was sent with the patient's history in all the units. A total of 99% of the reports included information on the eating and elimination needs and 7% on living according to beliefs in their structure. One hundred percent requested information on the perception/control and nutritional/metabolic patterns; 1% on sexuality/reproduction. Forty three (54%) of the 79 ICU (30%) that did not fill out a nursing discharge report accompanied the patient to the ward and gave an oral report. In all, 242 ICU (93%) provided information to the ward professionals added to that contained in the clinical history.*

Conclusions: *a) the nursing professionals in a significant number of intensive care units filled out a discharge report when the patient was transferred to the ward; b) assessment of basic biological aspects prevailed in these reports over psychological and socioculture aspects; c) the units that did not fill out a discharge report accompany the patient to the ward or give a report by telephone of the patient's situations to the destination ward; and d) most of the ICUs guarantee the continuity of nursing cares when the patient is discharged, either by filling out a nursing discharge report, accompanying the patient to the ward or calling by telephone to the ward's professionals.*

KEY WORDS

Nursing discharge reports. Intensive care unit. Nursing records.

INTRODUCCIÓN

Cuando un paciente es trasladado de una unidad de cuidados intensivos (UCI) a planta de hospitalización, continúa precisando cuidados de enfermería¹, por lo que es imprescindible la comunicación entre los profesionales de UCI y planta para asegurar la continuidad en los cuidados y evitar rupturas por déficit de información². Esta información puede transmitirse, por ejemplo, mediante el informe de alta de enfermería, definido por algunos autores como un registro que se utiliza para la derivación de pacientes entre profesionales que recoge la valoración sistemática del estado del enfermo y deja constancia de los cuidados que precisa³⁻⁵. En el caso del alta de UCI, debe recoger, por tanto, información suficiente para permitir que los profesionales de planta asuman sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente⁶ y les ayude a realizar su propia valoración al ingreso⁷, contribuyendo así a la continuidad en los cuidados.

Aunque son muchas las UCI de nuestro país en las que se cumplimenta un informe de alta de enfermería, este documento es un gran desconocido para la comunidad científica. Conocemos de su existencia porque, en algunos artículos de descripción de las UCI publicados por la revista ENFERMERÍA INTENSIVA⁸⁻¹², los autores afirman que cumplimentan el citado informe al alta del paciente; sin embargo, los trabajos centrados en este registro son muy escasos, prácticamente todos describen el informe de su unidad, el grado de cumplimentación y la opinión de sus destinatarios^{3,5,13-15}, pero salvo los publicados por Cordero et al¹ y Margall et al⁵, sólo pueden encontrarse en libros de ponencias y comunicaciones de congresos de cuidados intensivos, con la dificultad que representa acceder a estas fuentes.

En el marco de un trabajo becado por el FIS y en el cual estamos llevando a cabo la revisión, actualización e informatización del informe de alta de en-

64 fermería de nuestra unidad, los autores nos planteamos analizar la situación de este documento a nivel nacional.

Objetivos

- Determinar las UCI de España que cumplimentan un informe de alta de enfermería.
- Analizar la información que aportan los informes a los profesionales de planta de hospitalización.
- Conocer cómo se transmite la información sobre el estado del paciente en las unidades que no cumplimentan informe de alta de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional realizado entre abril de 2002 y septiembre de 2003. Se determinaron las UCI (tanto de adultos como pediátricas) existentes en nuestro país a partir de diversas fuentes: páginas web en las unidades que disponen de ésta, web de la SEMICYUC, memorias de hospitales disponibles en la biblioteca de nuestro hospital o en Internet y artículos publicados en la revista ENFERMERÍA INTENSIVA. Se enviaron cartas a la supervisión de todas las UCI con un cuestionario acerca del informe de alta de enfermería y se solicitó un ejemplar de éste en los casos en que la unidad contaba con dicho documento. Recibidas las respuestas, se analizaron las siguientes variables:

A. Variables descriptivas de las UCI: número de camas, tipo de patología atendida, ingresos anuales y si eran UCI pediátricas exclusivamente.

B. De las UCI que sí cumplimentaban informe de alta de enfermería, se registró si el modelo era único o adaptado en función de la patología, cómo lo hacían llegar a planta, si guardaban copia y entregaban copia al paciente, si estaba reconocido por la comisión de historias clínicas del hospital como documento de la historia clínica y si cumplimentaban los informes mediante algún programa informático.

C. Se analizaron los informes de alta recibidos. Para ello se siguió la metodología empleada por otros autores en sus trabajos^{16,17} y por el propio grupo de

trabajo en el análisis de los informes de enfermería de su unidad¹⁸ del siguiente modo:

- Para cada informe se determinó si ordenaba la información siguiendo algún sistema propio de enfermería, fuera éste un modelo de cuidados enfermeros (como las necesidades de V. Henderson) o un sistema que permite clasificar los datos (como los patrones funcionales de M. Gordon).

- La información contenida en los diferentes informes de alta, se clasificó primero según el modelo de necesidades de V. Henderson y en segundo lugar según el registro de patrones funcionales de Gordon. Para evitar diferencias de interpretación, esta clasificación la llevó a cabo uno sólo de los componentes del grupo de trabajo siguiendo criterios elaborados previamente por el grupo; estos criterios se basaron en la bibliografía consultada y, como apoyo en caso de duda, se contó con las obras de Fernández Ferrín¹⁹ y Gordon²⁰.

D. Por último, de las UCI que no cumplimentaban informe de alta de enfermería, se registró si facilitaban a la planta de destino del paciente información sobre su estado y cómo lo hacían.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de todas las variables expresándolas en porcentajes y valores absolutos. El análisis estadístico se realizó con el programa Epiinfo 2000.

Limitaciones del estudio

Al trabajar con informes de alta de enfermería sin cumplimentar, no se pudo determinar el grado de cumplimentación de cada uno de los apartados del documento y sólo se pudo analizar la información que el profesional debía aportar en el informe; no se pudieron determinar, por tanto, aspectos tales como si se cumplimentaban correctamente los apartados del informe o si se dejaban en blanco, si se añadía información adicional en los apartados de observaciones y si la letra era legible.

RESULTADOS

De 311 cartas enviadas, respondieron 259 unidades pertenecientes a todas las comunidades autóno-



Figura 1. Unidades que contestaron a la encuesta. La primera cifra corresponde a las UCI identificadas en la comunidad autónoma, la segunda a las UCI que respondieron a la encuesta y la tercera a las UCI que sí cumplimentaban un informe de alta de enfermería.

mas de nuestro país (índice de respuesta del 83%). En la figura 1 pueden verse las UCI identificadas en cada comunidad autónoma, las que respondieron a la encuesta y las que cumplimentan un informe de alta de enfermería; en el anexo 1 se detallan todas las unidades que respondieron y en la tabla 1 sus características. El número de camas, características de la unidad (en cuanto a patología atendida) y atender adultos o niños exclusivamente no guardó relación con cumplimentar o no informe de alta.

En el momento de responder a nuestra encuesta, 176 (68%) UCI manifestaron que sí cumplimentaban informe de alta de enfermería: en 161 (62%) de forma efectiva y rutinaria, y en 15 (6%) estaban en período de diseño, implantación o prueba del informe, por lo que sus respuestas no fueron incluidas en el análisis. En 79 (30%) UCI no elaboraban informe de alta y en 4 (2%) lo habían dejado de utilizar (fig. 2).

En 156 (97%) de las 161 unidades que cumplimentaban informe de alta de enfermería, sólo disponían

Tabla 1 Características de las unidades de cuidados intensivos que participaron en el estudio

	Unidades (n = 259)	%
Unidades de cuidados intensivos de adultos	228	88
Unidades de cuidados intensivos pediátricos exclusivamente	31	12
Tipo de patología atendida		
Todo tipo de patología salvo trasplantes	216	83,5
Exclusivamente cardiología	6	2,5
Exclusivamente politraumatismos	3	1
Patología polivalente	22	8,5
Pacientes posquirúrgicos	8	3
Grandes quemados	3	1
Lesionados medulares	1	0,5
Número de camas		
Hasta 10	145	56
De 11 a 20	98	38
De 21 a 30	10	4
Más de 30	6	2
Número de ingresos anuales		
Menos de 250	16	6
Entre 251 y 500	59	23
De 501 a 750	37	14
Entre 751 y 1.000	34	13
Más de 1.000	25	10
No facilitan el dato	88	34

de 1 modelo de informe y en 5 unidades de 2: un modelo para pacientes médicos y otro para quirúrgicos en 4 (2,4%) UCI y un modelo específico tras implante de marcapasos definitivo en 1 (0,6%).

Los informes se enviaban a planta con la historia del paciente en 136 (84,5%) unidades, en 21 (13%) lo llevaba la enfermera en mano, en 1 (0,6%) el médico (pues acompañaba al paciente a planta), en 2 (1,3%) el propio paciente y en 1 (0,6%) se enviaba por fax al centro de salud (al tratarse de alta a domicilio).

Guardaban copia del informe en 54 (33%) unidades y entregaban copia al paciente en 12 (7%).

De 161 unidades de cuidados intensivos que emiten informes de alta de enfermería, en 101 (63%) éstos estaban reconocidos por la comisión de historias y en 4 (2%) estaban en período de reconocimiento.

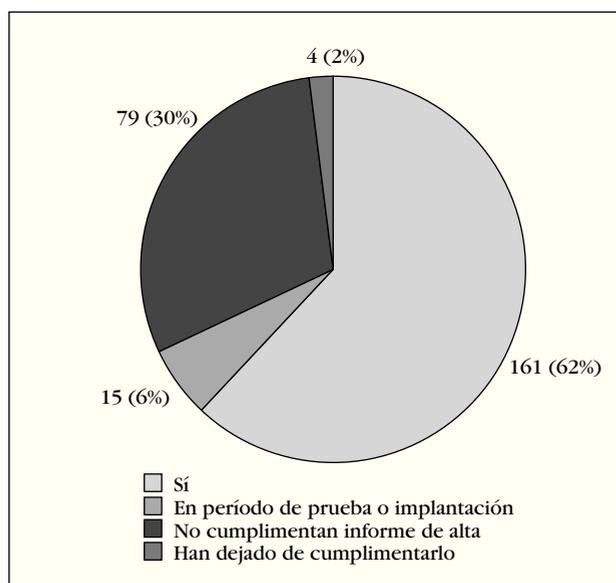


Figura 2. Cumplimentación de informe de alta de enfermería en las unidades de cuidados intensivos de España.

El informe de alta se cumplimentaba mediante un programa informático en 20 (12%) UCI, y era un programa propio del centro o desarrollado por el servicio en 7 (4,3%), aplicaciones sobre Office® de Microsoft en 6 (3,7%) y programas comerciales (como Care-View®, HP®, etc.) en 5 (3%).

En las 79 (30%) UCI que no cumplimentaban informe de alta de enfermería, la información acerca del paciente se transmitía acompañándolo a la planta de hospitalización y dando un relevo oral en 43 (54%) unidades, avisando por teléfono en 22 (27%), enviando la gráfica con el relevo de enfermería en 13 (16%) y en 1 UCI la información de enfermería se añadía en el informe de alta médica.

En 4 (2%) unidades se había dejado de cumplimentar informe de alta de enfermería: en 2 (1,3%) porque los profesionales lo habían «dejado de hacer», en 1 (0,6%) debido a la informatización del plan de cuidados (que lo hacía accesible desde cualquier servicio del hospital) y, finalmente, en la última (0,6%) porque, dadas las consultas que recibían desde planta, dedujeron que no lo utilizaban y tomaron la decisión de dejar de cumplimentarlo.

Son 242 (93%) el total de unidades que transmiten información a la planta de destino del paciente añadida a la que figura en la historia clínica: en 176 UCI cumplimentan un informe de alta de enfermería, en 43 acompañan al paciente a planta y dan un relevo oral, avisan a planta por teléfono en 22 y añaden la información de enfermería en el informe de alta médica en 1.

Análisis de la estructura de los informes.

De las 161 unidades que respondieron que sí cumplimentaban informe de alta de enfermería de manera rutinaria, 139 enviaron un modelo de informe y 22 no lo remitieron a pesar de afirmar que sí lo cumplimentaban. De los 139 informes recibidos, 3 eran en un formato tan abierto que no permitía ninguna valoración, por lo que finalmente dispusimos de 136 informes adecuados para hacer un análisis de su contenido.

En cuanto al aspecto formal del documento, podemos decir que el modelo era abierto, con enunciados/apartados en blanco para escribir la información, en 23 (17%) informes, cerrado para marcar una casilla en 92 (68%) y mixto, combinando ambos tipos, en 21 (15%).

Denominaban a este documento *informe al/de alta de enfermería* en 84 (62%) unidades, *boja de/al alta/traslado* en 21 (15,5%), simplemente *alta de enfermería* en 6 (4,5%), *cuidados al alta/continuidad de cuidados* en 5 (3,5%), *valoración al/de alta* en 4 (3%) y *registro de enfermería al/de alta/traslado* en 3 (2%). Para los 13 (9,5%) informes restantes, las denominaciones no fueron agrupables.

En cuanto al diseño del documento, 22 (16%) informes seguían el modelo de necesidades de V. Henderson, 6 (4,5%) organizaban la información según los patrones funcionales de salud de M. Gordon y los 108 (79%) restantes no seguían ningún sistema propio de enfermería. Sólo en 12 (9%) informes se pedía al profesional diagnósticos de enfermería.

Con respecto a la información que aportan, cuando se analizó la estructura de los informes clasificando la información que el profesional debía registrar en las 14 necesidades básicas de V. Henderson, se ob-

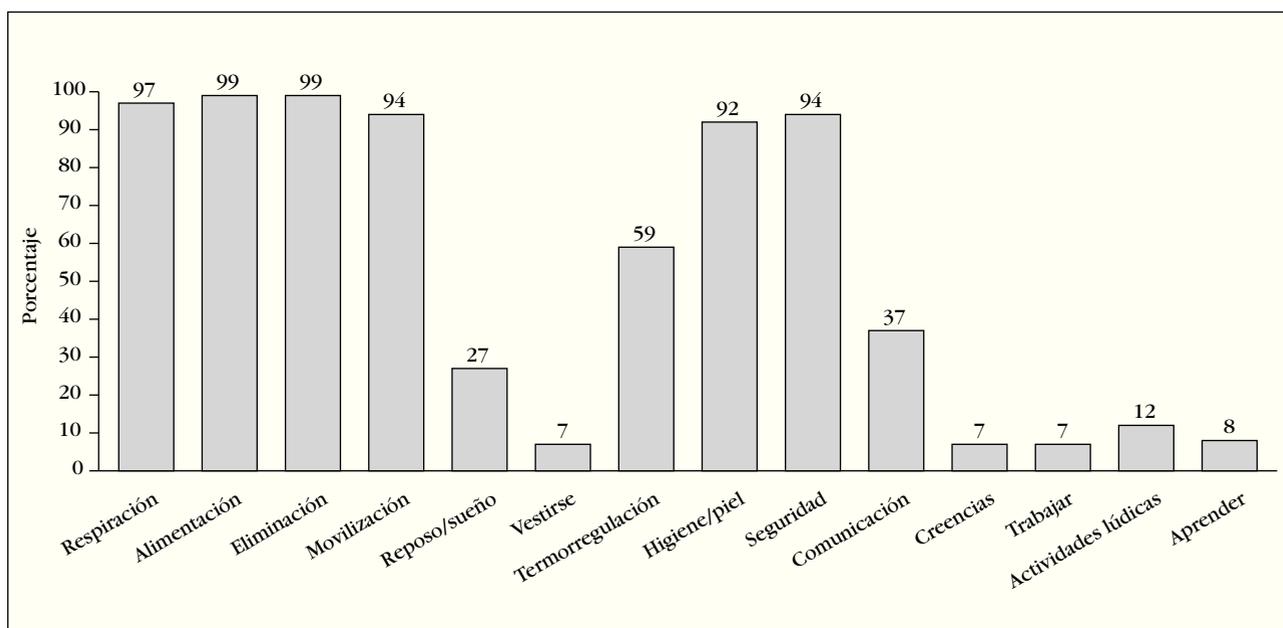


Figura 3. Clasificación de la información a aportar por el profesional en los informes según las 14 necesidades de Virginia Henderson.

servó que el 99% (134) de los informes recogía en su estructura información sobre las necesidades de alimentación y eliminación, el 97% (132) sobre la necesidad de respiración y el 83% (113) sobre la necesidad de moverse, pero tan sólo el 7% (10) recogía información relativa a las necesidades de vestirse, vivir según creencias y autorrealización. Los datos completos se pueden ver en la figura 3, y en la tabla 2 se ofrece detallada, para cada necesidad, la información que figura en los informes.

Si la clasificación de la información solicitada al profesional la hacemos siguiendo los patrones funcionales de Gordon, los que más apartados disponen son percepción y control de la salud (100%), nutricional-metabólico (92%) y eliminación (77%) y los que menos valores/creencias (7%), tolerancia al estrés (6%) y sexualidad/reproducción (1%). Los datos detallados para cada patrón se muestran en la figura 4.

Además de la información relativa a las necesidades de V. Henderson, en los informes se encontró otra información que agrupamos en la tabla 3.

En la respuesta abierta final del cuestionario, 12

supervisoras calificaron el informe de alta de enfermería como muy necesario e importante, habiendo recogido en sus hospitales la impresión de que la aceptación de éstos por los profesionales de enfermería de las plantas era muy alta; otras 5 supervisoras abogaban por unificar el informe para toda España y, por último, 2 supervisoras opinaron que no es necesario en los traslados dentro del hospital pues se acompaña toda la documentación del paciente, gráficas.

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio nacional sobre un documento como es el informe de enfermería de alta de UCI, por lo que no podemos referir nuestros datos a ningún estudio anterior. El escaso número de trabajos disponibles sobre este documento genera, *a priori*, la impresión de estar analizando un documento poco relevante, pero esta impresión es equivocada a tenor tanto del elevado número de unidades que lo cumpli-

Tabla 2 Análisis de la estructura de los informes de alta de enfermería, desde la perspectiva de las necesidades de Virginia Henderson

	<i>Informes</i> (<i>n</i> = 136)	<i>%</i>		<i>Informes</i> (<i>n</i> = 136)	<i>%</i>
Oxigenación/respiración			Mantener la temperatura		
Sección específica en el informe	132	97	Sección específica en el informe	80	59
Dispositivo y FiO ₂ que respira el paciente	100	73	Higiene/mantener la integridad de la piel		
Traqueotomía	83	61	Sección específica en el informe	125	93
Fisioterapia respiratoria	66	48,5	Presencia de drenajes	107	79
Secreciones	50	37	Presencia de escaras y/o heridas	106	78
Alimentación/hidratación			Valoración del estado de la piel	37	27
Sección específica en el informe	134	99	El paciente precisa ayuda para asearse	33	24
Vía venosa	130	96	Seguridad		
Apartado para SNG	119	87	Sección específica en el informe	128	94
Tipo de dieta enteral	118	87	Fecha de inserción de vías venosas	116	85
Nutrición parenteral	79	58	Nivel de conciencia del paciente	101	74
Eliminación			Alergias	94	69
Sección específica en el informe	134	99	Alteraciones sensoriales	51	37
Presencia de sonda vesical	124	91	Comunicación		
Eliminación fecal	79	58	Sección específica en el informe	51	37
Colostomía/ileostomía	60	44	Información sobre la familia del paciente	34	25
Movilización			Dificultades de comunicación	31	23
Sección específica en el informe	113	83	Vivir según creencias		
Movilización que puede hacer el paciente	78	57	Sección específica en el informe	10	7
Cambios posturales	55	40	Solicitud de ayuda religiosa por el paciente	5	3,5
El paciente precisa ayuda para moverse	47	35	Trabajar/realizarse		
Dispositivos antiescaras	17	12	Sección específica en el informe	10	7
Reposo/sueño			Cambios laborales debido a su patología	2	1,5
Sección específica en el informe	37	27	Recreo/ocio		
Características/problemas de sueño	22	16	Sección específica en el informe	16	12
Necesidad de medicación para dormir	12	9	Ocio del paciente en UCI	10	7
Vestir			Aprender		
Sección específica en el informe	10	7	Sección específica en el informe	11	8
El paciente precisa ayuda para vestirse	3	2	Conocimientos sobre la enfermedad	4	3

mentan como de las UCI que lo están modificando o implantando. Debemos animar a las unidades que elaboran estos informes a llevar a término y publicar trabajos de investigación sobre los mismos para adaptarlos al máximo a las necesidades de sus receptores (los profesionales de planta) y dar a conocer, al resto de profesionales de enfermería, una importante labor que se realiza en nuestras unidades de cuidados intensivos, obteniendo así los beneficios que, tanto para los pacientes como para los profesionales, tiene elaborar este documento: contribuir a la continuidad de

cuidados evitando rupturas por déficit de información, disponer de un instrumento de interrelación entre ambos grupos de profesionales y de un documento que, bien cumplimentado, sirve como punto de partida a los profesionales de planta para planificar los cuidados que precisan los pacientes y, a los profesionales de UCI, como reflejo de la importante labor que se realiza en las UCI.

Con nuestro estudio, no hemos pretendido hacer un juicio de valor sobre los informes recibidos, sino dar una panorámica global del estado de este docu-

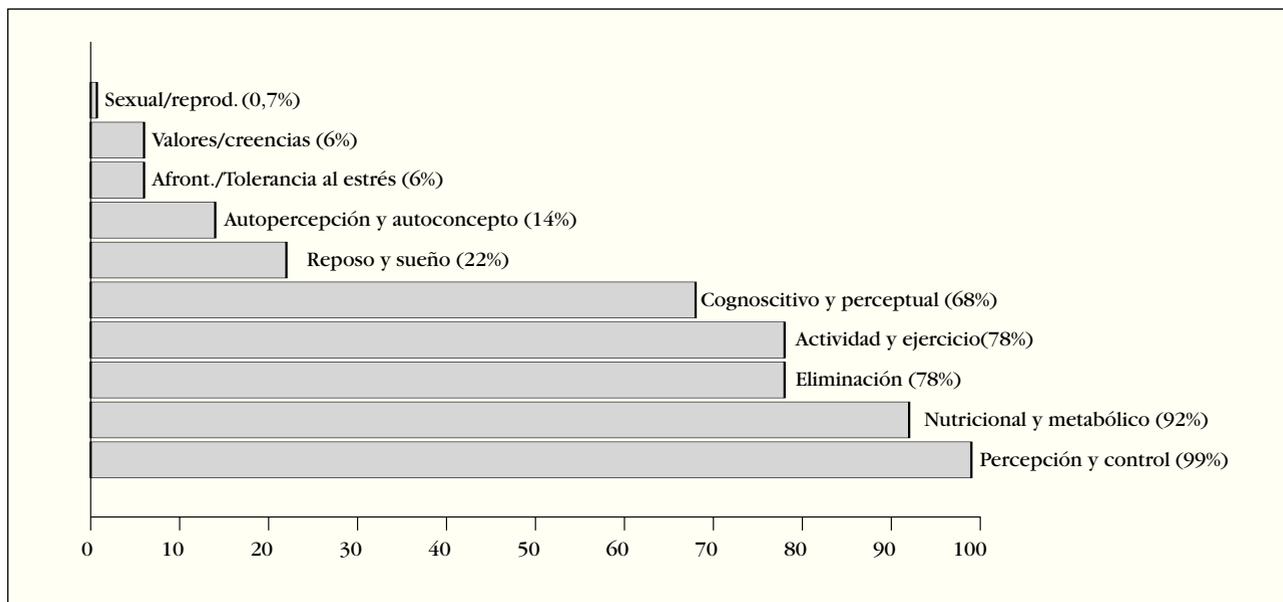


Figura 4. Clasificación de la información a aportar por el profesional en los informes según los patrones funcionales de M. Gordon.

mento en el ámbito nacional y de la información que contiene, por lo que nos ha parecido pertinente analizarla y clasificarla siguiendo las necesidades de V. Henderson (un modelo propio de enfermería) y los patrones de salud de M. Gordon (un sistema que permite estructurar la información acerca de los pacientes). Coincidimos con otros autores^{5,6,17,21} en que la utilidad del documento deberá evaluarse por los profesionales que lo utilizan (enfermeras de UCI que lo cumplimentan y de planta que lo reciben), pues a estas últimas les puede y debe servir como punto de partida para realizar su propia valoración al ingreso del paciente.

Son 84 las unidades que denominan a su documento de alta de enfermería como «informe», denominación que creemos más acertada a la vista de la definición que da el diccionario²² de esta palabra: «Noticia o instrucción que se da de un negocio o suceso, o bien acerca de una persona».

Sólo 58 UCI (menos del 50%) guardan copia del informe de alta. Un informe de alta correctamente cumplimentado describe fielmente la situación de salud del paciente a su salida de UCI, permitiendo realizar estudios de control de calidad, incentivar la investigación clínica y facilitar la docencia. Además, guardar

una copia en la unidad supone un respaldo legal ante posibles reclamaciones. Por el contrario, parece que no es necesario entregar una copia al paciente si no se marcha de alta a su domicilio o ésta contiene información o «autocuidados» para él mismo, pues puede generarle confusión, incertidumbre o inquietud acerca de los cuidados que necesita si éstos no son bien entendidos o, en su opinión, no se le prestan.

Un aspecto importante en cuanto a este documento es la necesidad de reconocimiento por la comisión de historias clínicas del hospital; son muy pocas las UCI en que el informe de alta de enfermería está reconocido, lo que implica que se puede depurar de la historia. Debemos hacer un esfuerzo para que este registro sea reconocido como parte integrante de la historia clínica, pues contiene una valiosa información sobre el estado del paciente a su salida de cuidados intensivos que, además, hace visible el trabajo realizado por enfermería.

Son varias las supervisoras que en su respuesta aportaban la idea de un documento unificado para toda España; a la vista de la variedad en los informes recogidos creemos que es muy difícil (por no decir imposible) lograr este propósito, puesto que, incluso

Tabla 3 Otra información no clasificada en las 14 necesidades de Virginia Henderson

	<i>Informes (n = 136)</i>	<i>%</i>
Fecha de cumplimentación del informe de alta	133	98
Identificación del profesional que cumplimenta el alta	127	93
Motivo y fecha del ingreso	123	90
Planta de destino del paciente	112	82
Apartado abierto de observaciones	112	82
Constantes vitales al alta		
Tensión arterial	80	59
Frecuencia cardíaca	80	59
Frecuencia respiratoria	61	45
Presión venosa central	43	32
Última medicación administrada	69	51
Pruebas pendientes	40	29
Antecedentes de salud del paciente	37	27
Problemas de enfermería pendientes	16	12
Últimas pruebas realizadas	15	11
Problemas de enfermería potenciales	9	7

dentro de un mismo hospital, encontramos diferentes formatos de informe.

En cuanto a las UCI que no cumplimentan un informe, en la mayoría acompañan al paciente a planta de hospitalización y dan un relevo oral a los profesionales de ésta. Aunque cada unidad debe utilizar el método que le resulte más adecuado para garantizar la continuidad en los cuidados (relevo oral en planta, comunicación vía telefónica, etc.), debemos tener en cuenta que, mientras la transmisión oral sin esquema definido queda sometida a la interpretación de los interlocutores⁵, en un documento escrito^{1,2,5} la información se mantiene a través de los turnos de trabajo y puede ser consultada y confirmada una y otra vez. Si redactar o elaborar un informe de alta genera en los profesionales de UCI una carga de trabajo, ésta se puede aligerar mediante el desarrollo de aplicaciones o programas informáticos que ayuden y faciliten la cumplimentación del informe.

En cualquier caso, son 242 (93%) las UCI en que los profesionales de enfermería transmiten a la planta de destino del paciente información añadida a la que aporta la historia clínica, cifra que indica la importancia que,

desde las unidades, se da al momento del alta del paciente y a la continuidad en los cuidados de enfermería.

En cuanto al análisis de los informes de alta de enfermería, predomina la valoración de aspectos físicos básicos e imprescindibles para la vida (alimentación, respiración, etc.) sobre los psicosociales, dato encontrado por otros autores en estudios sobre registros de enfermería de cuidados intensivos^{16,23,24}; el dar más importancia al registro de necesidades físicas se puede deber a la gravedad del paciente que ingresa en UCI (muchas veces en riesgo vital), lo que hace que, por inercia, se mantenga la atención sobre estas necesidades hasta el momento de elaborar el informe de alta. Sin embargo, si la estructura del informe solicita al profesional datos sobre las necesidades psíquicas y sociales del paciente, éste puede aportarlos, pues la cercanía y atención continuada al paciente y su familia lo permite.

CONCLUSIONES

- En un número alto de UCI, los profesionales de enfermería cumplimentan un informe de alta a la salida del paciente a planta.
- En los informes predomina la valoración de aspectos biológicos básicos sobre los psicológicos y socioculturales.
- En las unidades que no cumplimentan informe, acompañan al paciente a planta o bien informan por teléfono de la situación del paciente a la planta de destino.
- La mayoría de UCI intenta garantizar la continuidad en los cuidados de enfermería al alta del paciente, bien sea cumplimentando un informe de alta de enfermería, acompañando al paciente a planta o llamando por teléfono a los profesionales de ésta.

AGRADECIMIENTOS

Queremos dar las gracias a todas/os las/os supervisoras/es de las UCI de España que respondieron a nuestra encuesta y, a la vez, pedir disculpas a quienes las tuvieron que enviar varias veces y por diferentes conductos (correo, fax, correo electrónico) debido a los fallos en estos sistemas de comunicación.

Además, agradecer a Doña Rosario Perales Pastor, supervisora de la UCI del Hospital General Universitario de Alicante, su colaboración y apoyo en este trabajo.

Por último, agradecer al Dr. José Sánchez Payá, epidemiólogo del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital General Universitario de Alicante, tanto su ayuda en el diseño del estudio como en el análisis de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

- Cordero Torres N, Sánchez Casablanca MJ, Zamoro Núñez AM, Casas García JA, Pizarro Ruiz E. Elaboración del informe de enfermería al alta de UCI. Experiencia de un grupo de trabajo. *Revista Extremeña de Medicina Intensiva*. 2001;6:17-9.
- Terol Fernández J. Continuidad de cuidados en el paciente crítico. *Revista Tempus Vitales*. Septiembre 2001 [consultada 9/2003]. Disponible en: <http://www.saecc.com/revista/revista01/especial/especial.htm>
- Torres Alemán JA, Manzanera Saura JT, Madrid Cánovas D, Contreras Gil F. Evaluación y mejora del informe informatizado de alta de enfermería. Comunicación al XXVII congreso de la SEEIUC 2001. En: SEEIUC. XXVII Congreso. Libro de ponencias. Las Palmas de Gran Canarias: SEEIUC; 2001. p. 136.
- Quintana J, Yvars M, Ramos MP, Domingo E, Bernús C, Soriano M, et al. Hoja de alta de enfermería de UCI. Nuestra experiencia de cuatro años. Comunicación al XXVIII congreso de la SEEIUC. Sevilla: Mayo 2002.
- Margall MA, Andueza P, Eseberri T, Ruiz E, Asiain MC. Alta de enfermería. *Enferm Intensiva*. 1992;3:75-9.
- Amezcuza M. La calidad en la documentación clínica de enfermería. *Index de Enfermería*. 1995;IV:15-20.
- Fernández Molina MA, Gómez Robles J, Gabaldón Bravo E, Domingo Pozo M, Torres Figueiras M, Terrés Ruiz C. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *Enferm Clínica*. 2003;13(3):137-44.
- Cuenca Solana M, López Castillo MT, Lozano Quintana MJ. Descripción de la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital 12 de Octubre de Madrid. *Enferm Intensiva*. 1993; 4(1):12-8.
- Rodríguez Mondéjar JJ. Descripción de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Murcia. *Enferm Intensiva*. 1994;5:136-42.
- Sáenz Acedo MS, San Martín Salazar B. Descripción de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Millán de Logroño. *Enferm Intensiva*. 1995;6:29-35.
- Tejedor López R, Sanchis Muñoz J. Descripción de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Castellón. *Enferm Intensiva*. 1996;7:121-8.
- García Hernández MT, Ruiz Capdevilla J, Sánchez Rodríguez C. Descripción de la «nueva» Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Río Hortega de Valladolid. *Enferm Intensiva*. 2000;11: 170-8.
- Méndez MP, Pérez J, Robledo A, Samanes R. El alta de enfermería. Comunicación al XXI Congreso de la SEEIUC 1995. En: SEEIUC. XXI Congreso. Libro de ponencias. Murcia: Garrote Miota M (editor); 1995. p. 199-200.
- Ortegón Gallego JA, Zurita Mancha C. El informe de enfermería al alta de UCI. Nuestra experiencia tras 4 años de cumplimiento. *Revista Tempus Vitales*. 2002;2(3) [consultado 3/1/2003]. Disponible en: <http://www.saecc.com/Revista/index1.htm>
- Hernández M, Bermejo R, Garnés S, Martínez JM, Ortells MJ, Salmerón E. Análisis del cumplimiento y utilidad del informe de alta de los pacientes ingresados en cuidados intensivos. Comunicación al XXVII congreso de la SEEIUC 2001. En: SEEIUC. XXVII Congreso. Libro de ponencias. Las Palmas de Gran Canaria: SEEIUC; 2001. p. 99.
- Miró Bonet M, Amorós Cerdá S, De Juan Sánchez S, Fortea Cabo E, Frau Morro J, Moragues Mas J, et al. Valoración al ingreso del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2000;11:51-8.
- López Montesinos MJ, Flores Bienert MD, Almansa Martínez P, Lidón Cerezuela B, Rojas Alcántara P, Canteras Jordana M. Evaluación de la calidad de los registros de enfermería. *Enfermería Científica*. 2001;228-9:90-3.
- 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;14:61-9.
- Fernández Ferrín C. Guía para la valoración de las 14 necesidades básicas. En: Fernández Ferrín C, Novel Martí G, editores. El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. Barcelona: Masson; 1993. p. 16-38.
- Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. Barcelona: Mosby/Doyma; 1996.
- Pulido Justicia R, Baraza Saz A, Cruz Lendínez A, Guerra Arençibia V, De las Heras Conversa F, Vallespín Montero R. Registros enfermeros adaptados a nuestra realidad asistencial. *Enfermería Científica*. 2003;252-3:49-54.
- Informe. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Vigésima primera edición. Madrid: Espasa-Calpe; 1992.
- Herrero García T, Cabrero Cabrero A, Burgos Marín M, García Iglesias M, Fernández Herranz A. Control de calidad en los registros de enfermería. *Enferm Intensiva*. 1998;9:10-5.
- Alorda C, Garau JM, Frau JM, Esteban MM, Bover A, Vidal C, et al. Patrones funcionales de salud y diagnósticos de enfermería en la unidades de medicina intensiva. *Enferm Intensiva*. 1996;7:3-8.

Anexo 1 Unidades participantes

Andalucía: Almería: H. Torrecárdenas (general, pediátrica), H. La Inmaculada (Huerca-Overa), H. de Poniente (El Ejido), Sanatorio Virgen del Mar; Cádiz: H. Puerta del Mar (pediátrica), H. de Jerez, H. de Puerto Real, H. de La Línea, H. Punta Europa (Algeciras), H. Naval San Carlos (San Fernando), Clínica San Rafael; Córdoba: H. Reina Sofía, H. Infanta Margarita (Cabra), H. Valle de los Pedroches (Pozoblanco); Granada: H. Virgen de las Nieves (pediátrica), H. San Cecilio (general, pediátrica), H. Sta. Ana (Motril); Huelva: H. Infanta Elena, H. Río Tinto; Jaén: H. Ciudad de Jaén, H. Princesa de España, H. Alto Guadalquivir, H. San Agustín (Linares); Málaga: H. Regional de Málaga (general, pediátrica), H. Costa del Sol (Marbella); Sevilla: H. Virgen del Rocío (general, traumatología, pediátrica), H. Virgen Macarena (general, pediátrica), H. Ntra. Sra. de Valme, H. Militar Vigil de Quiñones, H. La Merced (Osuna), Fremap. **Aragón:** Huesca: H. San Jorge; Teruel: H. Obispo Polanco; Zaragoza: H. Miguel Servet (coronaria, polivalente, traumatología, pediátrica), H. Militar, H. Lozano Blesa (general, quirúrgica), H. Royo Villanueva, Clínica Quirón. **Asturias:** H. Central de Asturias (general, pediátrica), H. de Cabueñes, H. San Agustín (Avilés), H. Valle del Nalón (Riaño-Langreo). **Baleares:** Mallorca: H. Son Dureta (general, pediátrica), H. Manacor (Manacor), Policlínica Miramar, Clínica Rotger; Ibiza: H. Can Misses. **Canarias:** Fuerteventura: H. General; Las Palmas de Gran Canaria: H. Dr. Negrín (cardiología, polivalente, neurotraumatología, pediátrica), H. Gran Canaria, Clínica Roca, Clínica San Roque, Clínica Ntra. Sra. de la Paloma; Tenerife: H. Universitario Canarias (general, pediátrica, cardiología); Sta. Cruz de la Palma: H. Ntra. Sra. de las Nieves. **Cantabria:** H. Marqués de Valdecilla (cardiología, general, politraumatología, pediátrica, polivalente), H. Sierrallana (Torrelavega). **Castilla-La Mancha:** Albacete: H. General; Ciudad Real: H. Ntra. Sra. de Alarcos, H. Mancha-Centro (Alcázar de San Juan); Cuenca: H. Virgen de la Luz; Guadalajara: H. General; Toledo: H. Virgen de la Salud, H. Nacional de Parapléjicos, H. de la Misericordia, H. Ntra. Sra. del Prado. **Castilla y León:** Ávila: H. Ntra. Sra. de Sonsoles; Burgos: H. General Yagüe; Valladolid: H. Río Hortega, H. Clínico Universitario; Salamanca: H. Clínico Universitario (general, coronaria), H. Virgen de la Vega; Segovia: H. General; Soria: H. General; Zamora: H. Virgen de la Concha. **Cataluña:** Barcelona: H. del Mar, H. Clínic i Provincial, H. Sagrat Cor, H. de la Creu Roja, H. de la Sta. Creu i St. Pau (general, pediátrica), H. Vall D´Hebron (general, coronaria, traumatología, pediátrica), H. St. Joan de Déu (Esplugues de Llobregat), Fundació Sanitaria D´Igualada, H. Princeps D´Espanya (agudos 1-1, agudos 2-1, agudos 2-2, coronarias) (L´Hospitalet de Llobregat), Consorci H. de la Creu Roja (L´Hospitalet de Llobregat), H. Germans Trias i Pujol (Badalona), H. de Mataró, H. General de Manresa, Centre Hospitalari-Unitat Coronaria de Manresa, H. General de Vic, Corporació Parc Taulí (general, pediátrica) (Sabadell), H. de Terrassa, H. Mútua de Terrassa, H. General de Granollers, Fundació Puigvert-Iuna, H. de Barcelona, Centro Médico Delfos, H. General de Catalunya, Clínica Sagrada Familia, Clínica Ntra. Sra. del Remei, Clínica Quirón; Girona: H. Josep Trueta, Clínica Girona; Lleida: H. Arnau de Vilanova, H. Sta. Maria, Clínica de Lleida; Tarragona: H. Joan XXIII, H. de St. Pau i Sta. Tecla, H. St. Joan de Reus (Reus). **Ceuta:** H. Cruz Roja. **Comunidad Valenciana:** Alicante: H. St. Joan D´Alacant, H. Vega Baja (Orihuela), H. de Elda, H. Marina Baixa (Villajoyosa), H. Marina Alta (Denia), H. Virgen de los Lirios (Alcoy), H. de Elche, Clínica Vistahermosa, Sanatorio Perpetuo Socorro, Clínica Benidorm, H. San Jaime; Castellón: H. General (general, pediátrica); Valencia: H. La Fe (general, pediátrica), H. Dr. Peset, H. Arnau de Vilanova, H. Clínico Universitario (pediátrica), H. General Universitario (coronarias, general), H. Militar Vázquez Bernabeu, Instituto Valenciano de Oncología, H. de Sagunto, H. de Requena, H. Francesc de Borja (Gandía), H. Lluís Alcanyis (Xàtiva), H. de La Ribera (Alzira), Clínica Casa de Salud, Grupo H. Quirón. **Extremadura:** Badajoz: H. Infanta Cristina, H. de Mérida, H. Don Benito; Cáceres: H. San Pedro de Alcántara. **Galicia:** La Coruña: H. Juan Canalejo (coronaria, politraumatología, pediátrica), Complejo Arquitecto Marcide-Novoa Santos (El Ferrol), H. Naval del Ferrol, Complejo H. de Santiago (Santiago de Compostela), H. de Conxo (Santiago de Compostela); Lugo: Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Policlínica Lucense, H. Da Costa (Burela); Orense: Complejo Hospitalario Ourense, Clínica Sta. Teresa-Cosaga; Pontevedra: Complejo Hospitalario Pontevedra, H. Meixoeiro (Vigo), H. Xeral-Cies (general, pediátrica) (Vigo), Policlínica Vigo, Centro Médico Gallego. **La Rioja:** H. San Millán. **Madrid:** H. 12 Octubre (coronaria, traumatología, cirugía cardíaca), H. La Paz (quemados, polivalente, coronaria, pediátrica), H. San Carlos (críticos I y II), H. Gregorio Marañón (coronaria, quirúrgica, pediátrica), H. Ramón y Cajal (coronaria, neurocirugía, postoperatoria, médica, cardiovascular, pediátrica), H. Puerta de Hierro (coronarias, quirúrgicos), H. Central de la Cruz Roja, H. La Princesa, H. Niño Jesús, Fundación Jiménez-Díaz, H. Carlos III, H. Militar Central Gómez Ulla, H. Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares), H. de Móstoles, H. de Alcorcón, H. Severo Ochoa (Leganés), H. de Getafe, Instituto Cardiológico de Madrid, H. de Madrid, Clínica Sta. Elena, Clínica La Milagrosa, Clínica Ruber, Clínica La Luz. **Melilla:** H. de Melilla. **Murcia:** H. Virgen de la Arrixaca (general, pediátrica), H. Morales Meseguer, H. Sta. María del Rosell (Cartagena), H. Naval del Mediterráneo (Cartagena), H. Rafael Méndez (Lorca), Sanatorio Médico-Quirúrgico San Carlos, Clínica Virgen de la Vega. **Navarra:** H. de Navarra, H. Virgen del Camino, H. Reina Sofía (Tudela), H. García Orcoyen (Estella), Clínica Universitaria de Navarra, Clínica San Miguel. **País Vasco:** Álava: H. Santiago Apóstol, H. Txagorritxu; Guipúzcoa: H. Donostia (general, pediátrica), Policlínica Guipuzkoa, Centro Sanitario Virgen del Pilar; Vizcaya: H. de Basurto, H. de Cruces (pediátrica), H. de Galdakao.