



**Universitat de les  
Illes Balears**

**Título:** La información que aportan los informes de enfermería al alta en una unidad de cuidados intensivos de un paciente que ha pasado por una enfermedad crítica ¿es suficiente para garantizar la continuidad de cuidados?

**Nombre autor:** Raquel García Bautista

**DNI autor:** 43.109.188N

**Nombre tutor:** Cristina Moreno Mulet

**Memoria del Trabajo de Final de Grado**

**Estudios de Grado de Enfermería.**

**Palabras clave:** continuidad de cuidados, unidad de cuidados intensivos, enfermería de cuidados intensivos, alta del paciente y transferencia del paciente.

**UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES**

**Curso Académico: 2014-2015**

*En caso de no autorizar el acceso público al TFG, marque la siguiente casilla:*

## INDICE

Resumen	3
Introducción	3
Objetivos	4
Estrategia y resultados de la búsqueda bibliográfica	5
Resultados	8
Conclusión	17
Bibliografía	20
Anexos	23

## RESUMEN

Este trabajo pretende comprobar si, en las diversas unidades de cuidados intensivos (UCI), las enfermeras (hombres y mujeres que ejercen la profesión de enfermería) cumplimentan un informe de enfermería al alta (IEA) adecuadamente. Este informe, debería facilitar la comunicación entre las diversas enfermeras y garantizar al paciente la continuidad en sus cuidados.

Dos son los objetivos propuestos; el primero es analizar qué elementos o factores, tras el alta del paciente, pueden favorecer la discontinuidad del proceso asistencial, mientras que el segundo es averiguar lo que los profesionales de enfermería de planta necesitan conocer, cuando llega un paciente a su unidad, para poder planificar y proporcionar los cuidados necesarios y favorecer la continuidad de los mismos.

He realizado una búsqueda bibliográfica en la que he seleccionado 29 artículos acordes al área de mi estudio y los resultados me indican que no existe una estructura única para la elaboración de los IEA. Estos informes se centran únicamente en las necesidades físicas del paciente, no aportando una valoración completa del mismo, con lo que, sumado a una comunicación deficiente entre profesionales, dificultan la continuidad de los cuidados.

El escaso intercambio de información entre profesionales y la falta de planificación en el momento de la transición, dificulta poder proporcionar unos cuidados adecuados al paciente en planta.

La organización por turnos en las UCIs, la falta de contratación de personal especializado y la alta rotación de los profesionales de enfermería son algunos de los factores que generan que la labor, en estas unidades, se organice por tareas sin planificación y con escasa metodología enfermera, dificultando e impidiendo también, la continuidad en los cuidados.

**PALABRAS CLAVE:** continuidad de cuidados, cuidados intensivos/ críticos, enfermería de cuidados intensivos, alta del paciente y transferencia del paciente.

## INTRODUCCION

La ley General de Sanidad 14/1986 estableció dos niveles asistenciales que deben estar interconectados entre sí (Atención Primaria y Atención Especializada). El Informe de enfermería al alta (IEA) nace de la necesidad de comunicación entre los profesionales de enfermería de los diferentes niveles asistenciales (1) (2).

La comunicación entre profesionales ha supuesto un reto y el IEA se constituye como el instrumento fundamental de información y una herramienta necesaria para garantizar la continuidad asistencial (7) (9).

Con la intención de facilitar una atención integral a todos los pacientes, se han diseñado estrategias en los diversos hospitales para conseguir la implantación del IEA, con mayor o menor éxito según las distintas unidades (11) (12).

En la unidad de cuidados intensivos (UCI), el informe de enfermería al alta (IEA) es un instrumento que, habitualmente, se elabora en el momento en que el paciente se encuentra

apto para ser transferido a una planta de hospitalización aunque, todavía hoy siguen existiendo algunas UCIs que no lo realizan (9).

La planificación al alta, aun siendo parte integral del trabajo de enfermería y su responsabilidad, es obviada en muchas ocasiones y no es realizada atendiendo los principios generales del proceso de enfermería (7) (8).

La planificación debería comenzar en el mismo momento que el paciente ingresa en la UCI, sin embargo, en muchas ocasiones y por la condición de gravedad del mismo, se espera a su estabilización y, en la mayoría de casos, se realiza de forma repentina, cuando surge la necesidad de disponer de camas libres en la UCI debido a la presión asistencial existente, conduciendo a errores y a la falta de continuidad en los cuidados (4) (5).

Para la correcta elaboración de este informe, las enfermeras de UCI deben realizar buenos registros y recoger la información suficiente para que otro profesional de enfermería asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente. El IEA debe convertirse en un informe importante ya que establece el medio para una comunicación profesional efectiva (11).

Para conseguir implantar un buen IEA en las UCIs, es necesario formar a los profesionales en la utilización de un modelo propio que obligue a los enfermeros a incluir una valoración estandarizada completa e individualizada de las necesidades del paciente y su familia, lo cual aumentaría la información disponible del paciente y la posibilidad de alcanzar una continuidad en sus cuidados (12) (13).

El escaso tiempo que, por lo general, disponen las enfermeras de UCI, para dedicar a la elaboración de un IEA, debido a la gran presión asistencial a la que están sometidas, supone hoy en día, un hándicap importante. Las enfermeras deberían poder encajar dicha tarea sin perjuicio de las demás obligaciones (23) (26) (28).

### **Pregunta general**

- Analizar qué información se detalla en el alta de enfermería en la unidad de cuidados intensivos y si esta información es suficiente para asegurar la continuidad en los cuidados.

### **Objetivos**

- Determinar que consideran necesario los profesionales de enfermería de planta cuando reciben a un paciente crítico dado de alta para lograr que la continuidad en los cuidados no se interrumpa.
- Identificar qué elementos dificultan la continuidad de los cuidados tras el alta de enfermería en una unidad de cuidados intensivos.

## Estrategia de búsqueda bibliográfica

En primer lugar, concreté los descriptores para realizar la búsqueda bibliográfica con la aplicación DeCS (descriptores en ciencias de la salud) de la Biblioteca Virtual en Salud.

Descriptores	Palabras clave	Sinónimos	Traducción
<b>Raíz</b>	Continuidad de cuidados	Continuidad de la atención del paciente.	Continuity of patient care.
<b>Secundario 1</b>	Cuidados intensivos	Cuidados críticos.	Intensive care. Critical care.
<b>Secundario 2</b>	Enfermería de cuidados críticos		Critical Care Nursing.
<b>Marginal 2</b>	Alta del paciente Resumen del alta del paciente		Patient discharge. Patient discharge summaries.
<b>Marginal 3</b>	Trasferencia del paciente	Traslado de pacientes.	Patient transfer.

En relación a los descriptores elegí como raíz, la palabra clave, “**continuidad de cuidados**” porque es el objeto de estudio y es en esta área, en la que quiero basar mi trabajo de fin de grado.

La definición, aportada por el DeCS, para la “**continuidad de cuidados**” (anexo 1) hace referencia solo a la atención médica. Pero a la hora de introducirla en metabuscadores, en bases de datos específicas en ciencias de la salud y en revistas propias de enfermería, se han hallado multitud de artículos relacionados con la continuidad de cuidados de los profesionales de enfermería.

Se ha comprobado la definición en la biblioteca nacional de Estados Unidos (MeSH) para comparar el descriptor raíz y también, hace referencia a la atención médica proporcionada de forma continua desde el contacto inicial, siguiendo el paciente a través de todas las fases de la atención.

Los descriptores secundarios que utilicé son las palabras clave “**cuidados intensivos/ críticos y enfermería de cuidados críticos**”; porque quise especificar la búsqueda en este nivel de hospitalización y con la atención especializada de la enfermera de cuidados intensivos/críticos.

Por último, los descriptores marginales que utilicé fueron las palabras claves “**alta del paciente o resumen del alta del paciente**” porque quise puntualizar la continuidad de cuidados por parte del personal de enfermería de la unidad de cuidados críticos cuando el paciente recibe el alta de la unidad de cuidados intensivos.

Una vez realizada la búsqueda con estas palabras clave, vi conveniente utilizar otro descriptor marginal más, ya que en muchas ocasiones para el momento del alta del paciente crítico de la unidad de cuidados intensivos se utiliza el término “**traslado/ transferencia del paciente**”.

### Resultados de la búsqueda bibliográfica.

		Estrategia de búsqueda	Artículos	Seleccionados
1	CINHAL	Continuity of patient care AND intensive care OR critical care nursing AND patient discharge OR patient transfer.	45	5
2	PubMed	Continuity of patient care AND intensive critical care AND patient discharge AND nursing care	21	2
3	Science Direct	Continuity of patient care AND intensive care units AND patient discharge	158	13
4	Cuiden Plus	Continuidad de cuidados AND cuidados críticos	38	2
5	Enfermería clínica	Continuidad de cuidados	26	2
6	Enfermería intensiva	Continuidad cuidados AND cuidados intensivos	26	3
7	Calidad asistencial	Continuidad cuidados	137	1
8	Intensive care Medicine	Continuity of care	122	1

En el anexo 2 se especifica el título y el tipo de artículo incluido.

Las palabras claves que utilicé tanto podían estar contenidas en el texto, en el título o en el resumen del artículo.

Los límites generales para mi búsqueda fueron:

- Artículos publicados desde el año 2.000 hasta el año en curso.
- Artículos escritos en castellano e inglés.

Límites de exclusión:

Estos límites los utilicé dependiendo del número de artículos que encontré con las posibles combinaciones de mis palabras claves.

- Artículos que solo hacían referencia a unidades de cuidados intensivos de pacientes adultos (excluyendo pacientes neonatales, pediátricos o prematuros)
- Artículos que solo informasen de pacientes con un tipo de enfermedad específica (paciente coronario, traumático, con linfedema...etc.)

### Búsqueda en CINHAI

Para comenzar la búsqueda de artículos seleccioné como primera opción la base de datos CINHAI ya que tiene acceso prácticamente a todas las revistas sobre enfermería publicadas en inglés, a las publicaciones de la American Nurses' Association y la National League for Nursing.

Hallados 7.012 artículos con el descriptor raíz: **“continuidad de cuidados”** que al combinar con los descriptores secundarios: **“cuidados intensivos OR enfermería de cuidados críticos”** se redujeron a 271 artículos.

Debido a la cantidad de artículos opté por utilizar los marginales **“alta del paciente OR transferencia del paciente”** y quedaron 45 artículos.

Aplicué el límite de exclusión (pacientes adultos) y quedaron 18 artículos de los cuáles por su interés en mi área de investigación y una vez leídos consideré importantes incluir 5 artículos.

### Búsqueda en PubMed

Elegí esta base de datos también porque es de acceso libre.

Utilizando mi descriptor raíz de búsqueda **“continuidad de cuidados”** hallé 2.019 artículos que combinando con los descriptores secundarios y marginales **“cuidados intensivos y alta del paciente”** se redujeron a 34 artículos.

Aplicando los límites de exclusión se acotaron a 21 artículos de interés. Una vez leídos y revisados los resúmenes de cada artículo seleccioné 2 artículos importantes para mi objeto de estudio.

### Búsqueda en Science Direct

Elegí este metabuscador para realizar parte de la búsqueda de artículos de mi interés porque tiene acceso a revistas publicadas por Elsevier (líder en publicaciones en el sector de las ciencias de la salud)

Utilizando mi descriptor raíz de búsqueda **“continuidad de cuidados”** hallé 91.680 artículos que combinando con los descriptores secundarios y marginales **“cuidados intensivos y alta del paciente”** se redujeron a 4.345 artículos.

Aplicando los límites de exclusión se acotaron a 158 artículos de interés.

Al encontrar gran cantidad de artículos realicé un primer cribaje leyendo los resúmenes y considero tras esta primera lectura rápida leer con más profundidad 35 artículos de los cuales seleccioné al final 13 artículos.

### Búsqueda en Cuiden Plus

Quise incluir la búsqueda en esta base de datos en mi trabajo debido a que en ella se incluye casi toda la producción científica Iberoamericana sobre cuidados de salud.

Al introducir el descriptor raíz: “**continuidad de cuidados**” hallé 38 artículos de los cuáles decidí incluir dos artículos interesantes para mi estudio tras la lectura de los diferentes resúmenes de cada artículo.

### Búsqueda en revistas especializadas

He realizado esta búsqueda en revistas especializadas en enfermería y cuidados intensivos para evitar descartar artículos relevantes que no estuvieran incluidos en las bases de datos anteriores.

Enfermería clínica (Revista): Búsqueda de artículos utilizando el descriptor raíz: “**continuidad de cuidados**” y el descriptor secundario “**unidad de cuidados intensivos**”.

Se hallaron 26 artículos de los cuales seleccioné sólo 2 ya que algunos de ellos ya se seleccionaron con búsquedas anteriores.

Enfermería intensiva (Revista): De los 26 artículos que encontré utilizando el descriptor raíz: “**continuidad de cuidados**” y el descriptor secundario: “**cuidados intensivos**” seleccioné 3 artículos que hacían referencia a la continuidad de cuidados en España del paciente crítico.

Calidad asistencial (Revista) a través de Elsevier: De los 192 artículos que encontré con el descriptor raíz “**continuidad de cuidados**” seleccioné 1 artículo objeto de lectura para mi trabajo.

Intensive Care Medicine: De los resultados que encontré, tras utilizar como buscador “**continuidad de cuidados**”, creí conveniente, introducir en el trabajo un artículo basado en una revisión sistemática de reciente publicación.

## RESULTADOS

Los resultados se han estructurado en tres secciones.

### Información contenida en los IEA.

El principal propósito es analizar la información que se detalla en el IEA y si esta información es suficiente para asegurar la continuidad en los cuidados.

Para Egglan y Heinemman, la continuidad de cuidados es el grado en que la asistencia que necesita el paciente está coordinada eficazmente, sin obstáculos entre los diferentes profesionales y organizaciones y con relación al tiempo (1) (2).

Esta continuidad debe garantizar un proceso de transición sin ningún tipo de interrupción, no obstante, la transición a la unidad de hospitalización suele ser un procedimiento rutinario para



las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos (UCI). Este proceso requiere tiempo y, por lo general, en realidad, estas transiciones ocurren rápidamente, sin dar tiempo a una óptima preparación y adaptación por parte de las personas implicadas. La planificación óptima del proceso de transición del paciente tiene como objetivo asegurar la mínima interrupción posible y la continuidad en el cuidado (1).

Hoy en día no todos los pacientes son transferidos a planta ya que en muchos hospitales (según su estructura, recursos disponibles, etc.) disponen de unidades de cuidados intermedios. Independientemente del lugar donde el paciente vaya a ser transferido debe garantizarse la continuidad de cuidados (3).

Según una revisión de la evidencia disponible realizada por Vázquez, publicada en *Enfermería Intensiva* en el año 2013, este periodo es dinámico, continuo y de adaptación y no se le puede denominar solo como un simple traslado del paciente de una unidad a otra, por lo que, cuando un paciente es transferido de la UCI a planta, se debe haber planificado esa transición con anterioridad (1).

Sin embargo, existe un vacío en la literatura reciente a la planificación del alta en las UCIs y no existe consenso entre los profesionales de la UCI en relación a cuando debería comenzar el proceso de planificación (una vez que el paciente está estabilizado, cuando ingresa en la unidad, cuando se admite al paciente en el hospital o cuando surge la necesidad de admitir a otro paciente) (4) (5).

Varios artículos incluidos en este trabajo argumentan que, las enfermeras de cuidados intensivos dan una definición inexacta de la planificación al alta, y no respaldan la idea de que se deba realizar el proceso de planificación al alta en este entorno de cuidados (4) (5) (6) (7) (8).

Lyons cree que, existe una amplia variación en el uso de términos relevantes (transición, transferencia, traslado, planificación) entre los profesionales para nombrar o definir el momento en que el paciente es dado de alta de la UCI (6).

Numerosos autores, entre ellos Navarro, abogan por la utilización del informe de alta de enfermería como instrumento que posibilita la conexión entre los/as enfermeras de atención especializada y atención primaria para garantizar la continuidad de cuidados (CC). A su vez, la CC también es imprescindible entre los diversos servicios de un hospital, pero especialmente entre el equipo que recibe y va a cuidar a un paciente que ha estado críticamente enfermo en la UCI y el equipo que lo cuidó. Además una pieza fundamental en la garantía de la CC es la comunicación entre ambos equipos. Como vehículos de comunicación UCI-planta se dispone de 2 instrumentos: el informe de alta médica y el informe de alta de enfermería (IEA) (7) (9).

El IEA debe cumplir una doble misión (8):

- Recoger la información suficiente y actualizada para que otros profesionales de enfermería asuman sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente y, pueda servirles de ayuda a la hora de realizar su propia valoración.
- Transmitir esa información a los profesionales de la unidad de hospitalización adonde se deriva de forme clara y precisa, pues de otro modo se convierte en un registro inútil para la práctica clínica.

En otro artículo, también de Navarro, publicado en el año 2.005 quisieron averiguar mediante una encuesta que UCIs de España cumplimentaban el IEA, que información aportaban y aquellas que no utilizaban este registro como transmitían la información acerca del paciente (9).

Aunque son muchas las UCIs de nuestro país en las que se cumplimenta un IEA, este documento es un gran desconocido para la comunidad científica. Aquellas UCIs que no cumplimentan este registro, o bien acompañan al paciente a planta y explican brevemente la situación y necesidades del paciente, o llaman por teléfono a los profesionales de la unidad de destino del paciente (8) (9).

Aunque existen UCIs españolas que realizan este registro manualmente, muchas disponen de un soporte informatizado para su confección. Este soporte está creado la mayoría de veces por y para la propia unidad y no todos los profesionales tienen acceso a su visualización porque no está interconectado con los demás servicios/unidades (11).

El contenido de los IEA es variable y no sigue en todas las UCIs el mismo orden. En la mayoría de UCIs se utiliza, en primer lugar, un método de clasificación por sistemas que responde al modelo biomédico y, en segundo lugar, un método de clasificación por prioridades (registrando datos o situaciones que hayan tenido lugar según el orden de importancia, por el riesgo potencial de morbimortalidad que conllevan, etc.) Pocas son las unidades que utilizan algún sistema propio de enfermería, como puede ser el modelo de necesidades de Virginia Henderson o los patrones funcionales de M. Gordon (12) (13).

En todos los IEA queda registrado los datos de identificación del paciente, la enfermedad motivo de ingreso en la UCI y la identificación del profesional que cumplimentó el informe (11).

La información ofrecida en el momento anterior a la transferencia, aparte de las constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura) queda reflejada en la siguiente tabla:

Oxigenoterapia y traqueostomía	Necesidad de respiración
Perfusión intravenosa y tolerancia gástrica	Necesidad de nutrición e hidratación.
Escaras y/o heridas y drenajes	Necesidad de mantener la integridad de la piel
Nivel de conciencia	Necesidad de evitar riesgos
Temperatura	Necesidad de termorregulación
Diuresis	Necesidad de eliminación
Aspectos psicosociales y observaciones	Todas las demás necesidades:  (De comunicación, de vivir en función de las propias creencias, de moverse y mantener una postura adecuada, de vestirse y desvestirse, sueño/descanso, de trabajar y sentirse realizado, de participar en actividades recreativas y de aprender).

Aunque predomina la cumplimentación de anotaciones relacionadas con las necesidades de respiración, alimentación, eliminación y la necesidad de evitar peligros, estos registros no proporcionan una información completa que permita tener una visión adecuada y establecer los cuidados que pueda precisar el paciente. (Anexo3)

Orgiler, Navarro, Haro y Terol, en un intento de clasificar la información por necesidades o por patrones, observan en sus artículos que, habitualmente, los IEA indican si el paciente necesitará de suministro de oxígeno y su concentración pero no especifican las características de las secreciones y si el paciente va a necesitar de fisioterapia respiratoria (1) (6) (8) (10) (13) (14).

En relación a la necesidad de evitar riesgo, la mayoría de registros que se efectúan tienen que ver con el nivel de conciencia y si se precisan o no medidas de mantenimiento de seguridad. No se mencionan las vías invasivas que porta el paciente y su fecha de inserción.

Se suele informar del tipo de dieta que sigue el paciente pero no aporta información sobre la tolerancia a la misma.

Igualmente, gran cantidad de IEA hacen referencia a la diuresis y si el paciente porta sonda vesical pero no hay constancia del volumen antes de la transferencia.

Las anotaciones en referencia a los aspectos psicosociales son breves o a veces están ausentes. Cuando éstos existen, hacen referencia a si el paciente recibió o no visitas de sus familiares durante su estancia en la UCI. Muchos de los autores de los artículos seleccionados creen que

el personal de enfermería está más familiarizado con los signos y síntomas y que en parte, la valoración de aspectos psicosociales está sometida a la subjetividad del profesional (9) (12) (13) (15).

También predominan las anotaciones relacionadas con las intervenciones interdependientes o delegadas de órdenes médicas frente a las que contemplan intervenciones independientes o propias de enfermería. Todo ello es debido, según Perpiñá, a que el predominio de las complicaciones fisiopatológicas en el paciente de UCI hace que llevar a cabo un tratamiento médico, en ocasiones, puede ser más importante para la salud global del paciente que el tratamiento de los problemas de salud susceptibles de tratamiento enfermero (12).

Los diagnósticos de enfermería apenas se citan ya que según varios artículos las enfermeras encuentran dificultades para su utilización. En el anexo 4 se puede observar un informe típico diseñado siguiendo la valoración por sistemas para su cumplimentación.

Entre las recomendaciones que realiza Perpiñá, en su artículo para lograr registros de enfermería más organizados, completos y coherentes destacan (11):

- No repetir información incluida en la gráfica del paciente sino complementarla. Las gráficas aportan datos objetivos que precisan algún comentario para comprender por qué ocurren.
- Anotar la información de forma ordenada para aumentar la claridad del registro. Recomienda ordenarla por sistemas ya que es la forma más utilizada y la que prefieren los profesionales.
- Se debe ser conciso. El IEA debe ser útil y práctico.
- Los registros deben ser completos y no obviar lo relativo a cuidados.
- Documentar de forma clara cualquier conversación importante mantenida con el médico.
- Al omitir alguna medicación o algún cuidado planificado se debe explicar el motivo.
- Anotar pruebas pendientes y pruebas que hayan sido trascendentales para el diagnóstico y tratamiento.

A nivel internacional varios autores consideran que el plan de transferencia es pobre y, que el IEA no aporta la información suficiente para cubrir de manera integral todas las necesidades del paciente, aunque es considerado como un complemento útil y una vía para facilitar la comunicación (16) (17) (18) (19).

Los profesionales de UCI, además de la valoración física deberían proporcionar apoyo tanto de carácter práctico y emocional de manera individualizada a los pacientes y sus familiares, para que en el momento del alta, éstos estuvieran preparados y tuvieran conocimiento suficiente para afrontar la transición de manera exitosa y segura. La valoración de las necesidades psicológicas es vital ya que causan la mayoría de los problemas durante la recuperación y, están estrechamente vinculados con los síntomas físicos. La información que reciben los pacientes es a menudo insuficiente y poco clara, lo que contribuye, a la falta de

control de éstos en el proceso y preparación para el alta, generándoles sentimientos de inseguridad, incertidumbre, desesperanza, ansiedad “temor a la transferencia” (anexo 5) (18) (19) (20).

Además, en general, en las UCIs, a los familiares del paciente, no se les tienen en cuenta. Las familias desean tener más control y mayor participación en la toma de decisiones para que su allegado enfermo no tenga ninguna dificultad en adaptarse al nuevo entorno con menos seguridad, control y vigilancia (21).

Aunque la enfermera de UCI es la clave para la coordinación de los cuidados y, la responsable de una transición óptima, las perspectivas de todos profesionales implicados con el paciente se deben tener en cuenta para facilitar la adaptación de los pacientes y familiares a la nueva situación y a la continuidad de cuidados en planta (1).

En uno de los artículos seleccionados, siguiendo el consejo y los requisitos de la JCAHO de estandarizar el proceso de información de transferencia, el departamento de defensa de USA (2.006) propuso la utilización de una herramienta basada en una regla nemotécnica<sup>1</sup> “I pass the baton” (16).

<b>I</b>	Introduction	Introducción	Identificación de la enfermera que recopila la información para el proceso de transferencia del paciente.
<b>P</b>	Patient	Paciente	Identificativo del paciente.
<b>A</b>	Assessment	Valoración	Datos de evolución, motivo de ingreso, diagnóstico, registro de signos vitales de importancia
<b>S</b>	Situation	Situación	Estado actual del paciente, cambios recientes, respuesta al tratamiento.
<b>S</b>	Safety concerns	Preocupaciones Seguridad	Preocupaciones de seguridad incluyendo alergias, peligro de caídas, resultados de laboratorio.
<b>The</b>			
<b>B</b>	Background	Resumen	Antecedentes previos incluyendo: episodios previos, medicamentos, comorbilidades.
<b>A</b>	Actions	Acciones	Acciones a realizar para la gestión del paciente.
<b>T</b>	Timing	Tiempo	Detallar momento en que estas acciones se deben llevar a cabo.
<b>O</b>	Ownership	Propiedad	Identificación y aceptación de la persona que se responsabilizará de los cuidados que el paciente necesitará.
<b>N</b>	Next	Siguiente	Cambios previstos. ¿Qué puede ocurrir?

Tabla 1: Esquema regla nemotécnica “Yo paso el testigo: I pass the baton”

<sup>1</sup> Información ampliada en: [www.acorg.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/Communication-Strategies-for-Patient-Handoffs](http://www.acorg.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/Communication-Strategies-for-Patient-Handoffs)

Utilizando esta regla se puede organizar la información siguiendo una estructura eficaz. Cada una de las palabras que forman la regla identifica aspectos a tener en cuenta para realizar una transferencia del paciente efectiva; nombre de la enfermera que realiza el informe, identificación del paciente, signos vitales, síntomas, diagnóstico, estado actual, respuesta al tratamiento hasta el momento, posibles preocupaciones a tener en cuenta, seguridad del paciente, antecedentes, posibles comorbilidades, acciones llevadas a cabo y las que requieren de cuidados y el plan recomendado a seguir, etc.

Su utilización puede ayudar a la enfermera a organizar los pensamientos y a detallar con claridad información importante para que otros profesionales puedan brindar cuidados lógicos y oportunos.

### **Requerimientos enfermeras de planta.**

Uno de mis dos objetivos planteados, es identificar los requisitos necesarios que las enfermeras de planta consideran imprescindibles para una continuidad adecuada de los cuidados en el momento de recibir a un paciente dado de alta de la UCI.

De la selección de artículos efectuada, se deduce que las enfermeras de planta abogan por mantener una mejor comunicación con los profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos, pues frecuentemente hacen referencia a la existencia de un escaso intercambio de información en el momento de la transición del paciente a planta (9)(22).

Consideran que, sin una buena comunicación, no puede existir la colaboración/coordinación que las enfermeras de planta reclaman para satisfacer las necesidades del paciente y poder proporcionar los cuidados pertinentes. La comunicación, es el aspecto clave para proporcionar la continuidad de cuidados y un proceso de transición adecuado. Algunas enfermeras no se sienten suficientemente informadas para proporcionar un cuidado inmediato al paciente (6) (8) (23) (24).

Las enfermeras de planta piden más colaboración de la UCI para valorar, planificar, aplicar, coordinar, monitorizar y evaluar las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades del paciente ingresado, articulando los recursos disponibles y así poder proporcionar un cuidado próximo y respetuoso (7) (23).

Cuando se transfiere un paciente de UCI, no siempre, se dispone de un informe escrito al alta, a veces la información se proporciona únicamente de manera oral acompañando al paciente a planta o mediante una llamada telefónica a la enfermera de planta que se va a encargar de recibirlo (2) (7).

Generalmente, cuando se realiza el informe, se priorizan los síntomas físicos que persisten en el paciente, obviando, en muchas ocasiones, los psicológicos y no teniéndose en cuenta que, éstos podrían terminar agravando a los primeros, ya que existe reciprocidad entre ellos (4) (25).

En UCI, las enfermeras realizan unos cuidados básicos de forma rutinaria (mantenimiento de la integridad de la piel, estado de la boca, fisioterapia respiratoria, aspiración de secreciones, etc.) pero estos cuidados se infravaloran y no los registran en el IEA. Las referencias relacionadas con sueño/descanso, dolor (la mayoría de pacientes están en fase postoperatoria o presentan problemas cardíacos) resultan primordiales en el proceso de recuperación. Si bien éstas se pueden encontrar en los registros de evaluación de enfermería y sus gráficas, se deberían incluir en el informe de alta para que éste resultase más completo (7).

Muchas enfermeras de planta detectan en pacientes la aparición de ansiedad asociada al proceso de transición, lo que favorece que éstos manifiesten cierto grado de dependencia, sentimiento de abandono, inseguridad y vulnerabilidad. Subyace por tanto que los profesionales de UCI no realizan el proceso de planificación al alta de manera adecuada (21).

Enfermería de planta tiene poco tiempo para dedicar al paciente y trabaja siguiendo hábitos. Van adaptándose a las necesidades, son responsables de muchos pacientes y deben saber priorizar. Su labor sería más eficaz si el paciente estuviera mejor informado y supiera lo que le espera tras el cambio de unidad. Las enfermeras de UCI deben usar estrategias de apoyo para facilitar el alta e indagar en las necesidades de información transitorias de los pacientes y de esta manera educar y empoderar al paciente (22).

Tampoco se tiene en cuenta el informar convenientemente a la familia y resulta imprescindible y necesaria su participación en todo el proceso para el bienestar total del paciente. Una vez en planta, se ha detectado que los profesionales experimentan dificultades al tratar con los familiares de los pacientes, ya que éstos a menudo tienen problemas de adaptación al nuevo entorno (con menos personal, tecnología y apoyo del que tenían en UCI). Los familiares tienen escasa información de lo que va a ocurrir en planta y hasta llegan a pensar que se van a detener los cuidados. Es, por tanto, necesario que, aun considerando las necesidades de los familiares únicas e impredecibles, los profesionales de UCI informen mejor a los familiares (21).

En general, los pacientes de UCI que son trasladados a planta vienen con un informe impreciso de su condición, el traslado es a menudo rápido y desordenado y queda poco tiempo para la organización en planta, quitando además tiempo para la relación clínica e impidiendo también la correcta atención a otros pacientes (26).

Un informe de alta resumido, exhaustivo, conciso y completo (que no lleve más de 5 minutos su lectura), y un buen proceso de planificación al alta donde las necesidades/ expectativas de información de paciente y familia estuvieran reflejadas, facilitaría una transferencia exitosa y permitiría que la enfermera de planta pudiera responder satisfactoriamente a las cuestiones que se le planteasen además de ofrecer apoyo psicológico necesario para una pronta recuperación del paciente (Anexo 6) (14) (8).

Las autoras Cagnet y Häggström, en sus respectivas investigaciones realizadas en el Hospital Brisbane de Australia y en el departamento de ciencias de la salud de la Universidad de Mid en Suecia coinciden en identificar 2 mundos completamente distintos; el de la UCI donde el

mayor objetivo es salvar la vida del paciente y donde se priorizan ante todo las necesidades físicas, y el mundo de planta cuyo principal objetivo es la recuperación y rehabilitación del paciente para lograr que pueda volver a su hogar lo antes posible. Por lo general en planta, las enfermeras, creen necesario que la evaluación debería ser más completa y echan en falta que desde la UCI se aporten valoraciones relacionadas con las esferas social y psicológica. Todo ello, para poder empezar adecuadamente su labor y llevar a cabo unos cuidados continuados eficaces centrados en la persona. (Anexo 7) (8) (21) (27).

### **Elementos/ factores que impiden continuidad.**

Por otro lado, mi segundo objetivo, es determinar qué elementos favorecen la discontinuidad de los cuidados en el paciente crítico tras el alta de la unidad de cuidados intensivos. Uno de los elementos claves que inciden desfavorablemente en la continuidad de cuidados es la falta de comunicación entre profesionales, ocasionando deficiencias en la información que se transmite y, contribuyendo, en la práctica profesional, a dispensar unos cuidados no acordes a las necesidades del paciente (2) (9) (14) (15) (27).

En muchas ocasiones, cuando el paciente es transferido a planta, se producen situaciones de omisión por déficit de información que, inciden directamente en la continuidad del proceso asistencial. Se entiende por omisión, cuando no se produce o no se inicia una valoración, un diagnóstico, una planificación, una intervención o una evaluación de algunas de las necesidades del paciente (2) (15).

Esta omisión es debida a que los profesionales de enfermería que trabajan en las UCIs, tienen más en cuenta los problemas de colaboración obviando, en multitud de ocasiones, las respuestas humanas del paciente. Esta infravaloración, de las respuestas humanas, puede deberse a la falta de pericia de las enfermeras en su detección o en la dificultad para registrarlas (13)(14).

Otra variable, que influye directamente en la continuidad, está relacionada con un exceso de enfermeras tomando decisiones sobre los cuidados y la falta de personalización en la atención. Los factores que perjudican esta personalización residen en la propia organización de las unidades de cuidados intensivos (15)(28):

- La organización de turnos del personal de enfermería.
- La alta rotación en los puestos (lleva implícito que varias enfermeras atiendan a un mismo paciente en un corto periodo de tiempo)
- La escasa contratación de enfermeros especializados en el cuidado de estos pacientes.

Estos factores contribuyen a provocar que la labor asistencial de la enfermera se organice por tareas, sin planificación alguna y con escasa metodología. Los problemas (físicos) del paciente se resuelven, en la mayoría de los casos, por el conocimiento empírico adquirido o basándolos en la rutina habitual (23).



Una de las causas importantes, además, es que la disponibilidad de camas en la UCI es limitada (recursos) y, a menudo, los pacientes no son dados de alta en el momento oportuno debido a la presión por tener camas disponibles. La celeridad del alta hace que el proceso de transición y preparación del paciente no se realice (24).

Uno de los artículos indica que, la preparación de los pacientes y sus familiares para un nuevo nivel de atención, conlleva minimizar la tecnología que se ha estado utilizando. Esta celeridad debido a la presión asistencial y, la falta de reducción progresiva de dispositivos de monitorización, puede provocar ansiedad y estrés en el enfermo y su familia, ya que una vez en planta, la mayoría de estos dispositivos no estarán y, la cantidad de profesionales disponibles para la atención también se verá reducida (27).

La falta de la experiencia de algunos profesionales, también influye en la calidad y prestación de los cuidados que se brindan al paciente, ya que carecen de los conocimientos necesarios para tratar al enfermo o/y, puede que también, no facilite una comunicación efectiva entre los miembros del equipo, paciente y su familia (25) (28).

Esta falta de experiencia del personal, no se trabaja de manera conveniente y no existe un apoyo para entrenarlos adecuadamente y suplir sus carencias. Además, la falta de existencia de protocolos y la falta de utilización de modelos conceptuales enfermeros que orienten y dirijan la asistencia enfermera empeora la calidad de los cuidados e intensifica la discontinuidad o interrupción en estos (4) (25) (28).

La falta del valor de la planificación alta que, le otorgan las enfermeras y la dificultad que tienen para reconocer su papel en este proceso, es otro de los obstáculos para una planificación de cuidados efectivo (29).

Finalmente, la excesiva carga de trabajo a la que están sometidos los profesionales de enfermería en la UCI puede provocar frustración o una carga de estrés importante, ya que se sienten presionados a completar tareas, documentación y no disponen del tiempo suficiente para brindar apoyo al paciente y responder a sus preguntas o a las de su familia (28) (4).

## **CONCLUSION**

La pregunta que me planteé, en este trabajo, era conocer qué información aportaban los IEA de la UCI cuando un paciente era derivado a una unidad de hospitalización, y he podido comprobar que el objetivo final no es otro que el de facilitar la transición del paciente a planta.

En el IEA debería quedar reflejada la valoración realizada de todas las necesidades del paciente, pero, en realidad, las enfermeras de UCI solo tienen en cuenta, por lo general, las necesidades físicas del paciente, ya que están habituadas a trabajar siguiendo un modelo biomédico organizado por sistemas y aparatos y no bajo un modelo propio enfermero (V. Henderson, M. Gordon). Esto puede deberse a la utilización de un soporte informático de registros inadecuado (generalmente diseñado para la unidad sin posibilidad de ser visible en otras unidades), a la falta de pericia de los profesionales o a la poca costumbre y dificultad en

tener en cuenta las necesidades de carácter psicosocial o de la familia del paciente. Por lo tanto, un enfoque únicamente biomédico de la asistencia y la ausencia de un referente conceptual que proporcione una visión integral de la persona de estas unidades explica esta carencia asistencial.

Ni que decir tiene que en el IEA, no aparecen diagnósticos de enfermería formulados en formato PES (problema-etilogía-resultado) tal y como recomienda la NANDA. Ciertamente es que, anotaciones referentes a las intervenciones interdependientes o delegadas de ordenes médicas sí quedan reflejadas frente a las intervenciones independientes o propias de enfermería. En muchos artículos, en referencia a los pacientes críticos, se opina que el predominio de complicaciones fisiopatológicas produce que llevar a cabo un tratamiento médico, pueda ser más importante para la salud global que el tratamiento de los problemas susceptibles de tratamiento enfermero.

La variabilidad de los IEA, su formato tan abierto y la falta de una buena planificación al alta no garantizan un proceso de transición sin problemas. Estos problemas repercuten en la continuidad de cuidados y en el bienestar final del paciente.

Por otro lado, uno de los objetivos que me marqué, era averiguar qué les podría resultar imprescindible conocer, a las enfermeras de planta, cuando reciben a un paciente dado de alta de la UCI. Según constatan los artículos seleccionados, reclaman más comunicación debido al hecho de que los informes no aclaran con exactitud todas las necesidades del paciente ni los cuidados que requiere.

La inseguridad que muestran las enfermeras de planta cuando reciben a un paciente, debido a la falta de valoración y planificación por parte de las enfermeras de UCI, se podría contrarrestar sí, entre ellas, existiera una buena comunicación. Sin embargo, la mayoría de ellas no tienen la habilidad o la experiencia suficiente como para poder transmitir información verbal de forma clara y precisa. De todos modos, considero que la información aportada de forma verbal no es la más precisa pues siempre podría quedar a la interpretación de sus interlocutores.

Otro objetivo marcado era analizar qué elementos o factores podían dificultar la continuidad de cuidados de estos pacientes. Tras el análisis de estos artículos, he podido corroborar que informar de forma adecuada conlleva conocer también al paciente. El hecho de trabajar por turnos, la alta rotación de personal existente en estas unidades, la falta de formación específica, etc. contribuye negativamente en la planificación y en la elaboración de un exitoso IEA favoreciendo la discontinuidad de cuidados.

En muchos hospitales de Australia y Reino Unido, al igual que en España entre Atención Primaria y Especializada, han surgido recientemente un grupo de profesionales como pueden ser la enfermera de enlace, la enfermera gestora de casos o el servicio de enfermería CUI cuyo objetivo principal es gestionar todos los aspectos relacionados con la transición del paciente desde la UCI a planta. La misión de estas profesionales, es preparar a los pacientes y familias para una transferencia exitosa a planta, brindando apoyo, además de servir como soporte y ayuda entre los profesionales de enfermería de planta y UCI en su coordinación.

Desde mi punto de vista, estas figuras de profesionales se han creado, debido a la falta de control de las enfermeras en la UCI en la toma de decisiones relacionadas con el alta del

paciente. La transferencia y alta del paciente no deja de ser una decisión médica. Es de vital importancia que las enfermeras de UCI tenga un papel más importante en la toma de decisiones en el momento del alta del paciente, ellas son las responsables de valorar las necesidades de los pacientes que van a transferirse a planta y deberían ser capaces de negociar su alta, porque puede ser que, estos pacientes, requieran una gran cantidad de cuidados que no pueden ser brindados en otra unidad de hospitalización y que el médico que realiza el alta, posiblemente desconozca. Por lo que, es necesario cambiar actitudes en UCI y que el profesional enfermero acepte nuevos desafíos y responsabilidades con la ayuda y apoyo de este tipo de enfermeras (enlace, gestora).

También se han desarrollado protocolos a seguir para la emisión de informes al alta, vías clínicas para determinados tipos de pacientes (coronario, cardíacos, etc.) con éxito variable. Sin embargo, existe el peligro de no tener en cuenta la naturaleza individual del paciente y sus requisitos al alta.

El saber comunicarse para transmitir información efectiva utilizando un lenguaje estandarizado propio de enfermería es un problema internacional. Se requiere investigación para buscar estrategias y educar a los profesionales implicados para hacer frente a esta deficiencia.

Los profesionales de enfermería de la UCI deben asumir, en la práctica, un modelo de cuidados que contemple al paciente como un todo, y establezca unos métodos de toma de decisiones sobre la persona en sus aspectos no solos físicos sino, también psíquicos y sociales basados en juicios clínicos sobre respuestas humanas. En otras muchas unidades ya están trabajando bajo este modelo dando forma, ordenando los procesos y actividades para potenciar al máximo la coordinación de la continuidad asistencial.

Surge la imperiosa necesidad de reorientar la atención hacia la persona en la UCI, convertirla en el verdadero centro de atención. La elaboración de un buen informe escrito supone una gran carga de trabajo para los profesionales, escasos de tiempo, pero se puede aligerar mediante el desarrollo de buenas aplicaciones o programas informáticos que ayuden y faciliten su cumplimentación.

Se debe animar a los profesionales a que elaboren estos informes y que se publiquen más investigaciones sobre los mismos para adaptarlos al máximo a las necesidades de sus receptores.

Además, la utilidad de los informes, deberá valorarse por todos los profesionales implicados sin dejar de lado la opinión y participación de los pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- Vázquez Calatayud M, Portillo MC. El proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos al área de hospitalización: una revisión bibliográfica. *Enferm. Intensiva* [Internet]. SEEIUC; 2013; 24 (2): 72-88.  
Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.12.002>
- 2- Terol Fernández J. Continuidad de cuidados en el paciente crítico. 2001; 67-73.  
Recuperado a partir de:  
<http://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=sindrome+geriátrica&btnG=&lr=#4>
- 3- Martínez Estalella G. Cuidados intensivos: necesidad de cuidados intermedios. *Enfermería Intensiva Elsevier*; 2002; 13(3):113-24.  
Recuperado a partir de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239902780723>
- 4- Ludin SM, Arbon P, Parker S. Patients 'transition in the Intensive Care Units: Concept analysis. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013; 29(4):187-92.  
Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2013.02.001>
- 5- Watts RJ, Pierson J, Gardner. How do critical care nurses define the discharge planning process? *Intensive Crit Care Nurs*. 2005; 21(1):39-46.
- 6- Watts R, Pierson J, Gardner H. Critical care nurses 'beliefs about the discharge planning process: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2006; 43(3):269-79.
- 7- Navarro Arnedo JM, De Haro Marín S, Orgiler Uranga PE. Evaluación del informe de enfermería de alta de la unidad de cuidados intensivos como instrumento para garantizar la continuidad de la asistencia. *Enferm. Clínica* [Internet]. 2004; 14(2):61-9.  
Recuperado a partir de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862104738589>
- 8- Cagnet S, Coyer F. Discharge practices for the intensive care patient: A qualitative exploration in the general ward setting. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014; 30(5):292-300.  
Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.04.004>
- 9- 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* [Internet]. Elsevier; 2005; 16(2):62-72.  
Recuperado a partir de: [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399\(05\)73389-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399(05)73389-7)

- 10- McIntyre T, Taylor C, Eastwood GM, Jones D, Baldwin I, Bellomo R. A survey of ward nurses attitudes to the Intensive Care Nurse Consultant service in a teaching hospital. *Aust Crit Care*. 2012; 25(2):100-9.
- 11- Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, De Haro Marín S. Aurora 2003®: Gestor de informes de alta de enfermería de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet]. Elsevier; 2007; 18(2):78-89.  
Recuperado a partir de: [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399\(07\)75740-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399(07)75740-1)
- 12- Perpiñá Galván J. Análisis de los registros de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. *Enferm Clin*. 2005; 15(2):95-102.
- 13- 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. *Enferm Clin*. 2006; 16(4):190-7.
- 14- Miguel M Morales J, Terol J, Torres L, Molero M, Muñoz J, Sánchez B, et al. Validación de un instrumento enfermero para la evaluación de la continuidad de los cuidados a pacientes críticos. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2002; 17(3):160-5.  
Recuperado a partir de:  
[http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X02774976\files/200/Miguel Morales et al. - 2002 Validaci?n de un instrumento enfermero para la eva.pdf\files/203/S1134282X02774976.html](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X02774976\files/200/Miguel%20Morales%20et%20al.%20-%202002%20Validaci%20n%20de%20un%20instrumento%20enfermero%20para%20la%20eva.pdf\files/203/S1134282X02774976.html)
- 15- Miguel Jm M, Torres L, Terol J, Mancera F, Alguacil S, Carballeda E, et al. Continuidad en la prestación de cuidados en unidades de Cuidados Críticos de Atención Especializada. 2004;4:59-70
- 16- Tulloch A., Brent M. BB. Admission and discharge practices: High Dependency Unit audit outcome. *Contemp Nurse*. 2007; 24(1):15-24.
- 17- V Sluisveld N, Hesselink G, van der Hoeven JG, Westert G, Wollersheim H, Zegers M. Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive Care Med* [Internet]. 2015; 589-604.  
Recuperado a partir de: <http://link.springer.com/10.1007/s00134-015-3666-8>
- 18- Bench BSD, Day T, Griffiths P. Involving users in the development of effective critical care discharge information: A focus group study. 2011; 20(6):443-52.
- 19- Williams TA, Leslie G, Finn J, Brearley L, Asthifa M, Hay B, et al. Clinical effectiveness of a critical care nursing outreach service in facilitating discharge from the intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2010;19(5):63-73

- 20- Bench SD, Heelas K, White C, Griffiths P. Providing critical care patients with a personalised discharge summary: A questionnaire survey and retrospective analysis exploring feasibility and effectiveness. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014; 30(2):69-76.  
Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2013.08.007>
- 21- Bench S, Day T. The user experience of critical care discharge: A meta-synthesis of qualitative research. *Int J Nurs Stud* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010; 47(4):487-99. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.013>
- 22- Häggström M, Asplund K, Kristiansen L. How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care? A grounded theory of nursing. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2012; 28(4):224-33.  
Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2012.01.00>
- 23- James S, Quirke S, McBride-Henry K. Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care. *Nurs Crit Care*. 2013; 18(6):297-306
- 24- Nosbusch JM, Weiss ME, Bobay KL. An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *J Clin Nurs*. 2011; 20(5-6):754-74.
- 25- Watts R, Gardner H, Pierson J. Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. *Intensive Crit Care Nurs*. 2005; 21(5):302-13
- 26- Williams T a., Leslie GD, Brearley L, Leen T, O&apos;Brien K. Discharge delay, room for improvement? *Aust Crit Care* [Internet]. Australian College of Critical Care Nurses Ltd; 2010; 23(3):141-9.  
Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2010.02.003>
- 27- Häggström M, Asplund K, Kristiansen L. To reduce technology prior discharge from intensive care - Important but difficult? A grounded theory. *Scand J Caring Sci*. 2013; 27(3):506-15.
- 28- Elliott M, Worrall-Carter L, Page K. Factors contributing to adverse events after ICU discharge: A survey of liaison nurses. *Aust Crit Care* [Internet]. Australian College of Critical Care Nurses Ltd; 2013; 26(2):76-80.  
Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2012.07.005>
- 29- Chaboyer W, Foster M, Kendall E, James H. ICU nurses' perceptions of discharge planning: A preliminary study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2002; 18(2):90-5.

## ANEXOS

### Anexo 1. Definición de los descriptores utilizados.

#### **Raíz\_**

DeSC: Continuidad de la atención al paciente → cuidados continuos prestados al paciente, por el médico que lo acompaña desde el contacto inicial durante todas las etapas de su enfermedad.

MeSH: Continuity of patient care → Health care provided on a continuing basis from the initial contact, following the patient through all phases of medical care.

#### **Secundario 1**

Cuidados intensivos → Cuidados avanzados y altamente especializados que se prestan a pacientes clínicos o quirúrgicos cuyas condiciones y riesgos para su vida requieren atención integral y monitoreo constante. Generalmente son administrados en unidades de una instalación de cuidados de salud especialmente equipadas.

Cuidados críticos → Tratamiento de salud proporcionado a pacientes en estado crítico de enfermedad.

#### **Secundario 2**

Enfermedad crítica → Una enfermedad o estado en el cual la muerte es posible o inminente.

#### **Marginal 1**

Enfermería de cuidados críticos → Una de las especialidades de enfermería que se ocupa específicamente de la atención de pacientes que están gravemente enfermos.

#### **Marginal 2**

Alta del paciente → Proceso administrativo de salida del paciente, de un hospital u otro centro de salud.

Resumen alta del paciente → Resúmenes que sirven como documentos primarios que comunican un plan de atención de salud del paciente al equipo de atención post-hospitalario.

#### **Marginal 3**

Transferencia de pacientes → Transferencia de pacientes inter-instalaciones o intrahospitalaria. Habitualmente la transferencia intrahospitalaria es para obtener un tipo de cuidado específico, y la transferencia inter-instalaciones habitualmente es por razones económicas y por el tipo de cuidados que se prestan.

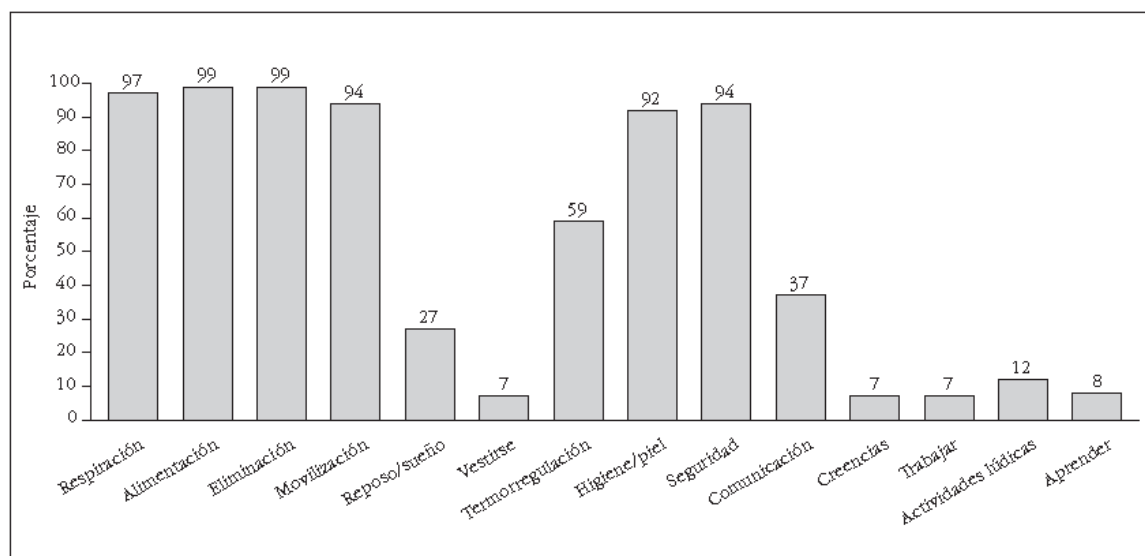
## Anexo 2

1	CINHAL	Admission and discharge practices: High dependency unit audit outcome.	Auditoria retrospectiva
2		An integrated review of the literature on challenges confronting the acute staff nurse in discharge planning	Revision sistemática
3		How do critical care nurses define the discharge planning process?	Estudio descriptivo
4		Staff perception of patient discharge from ICU to ward-bases care.	Estudio descriptivo
5		To reduce technology prior discharge from intensive care – important but difficult? A grounded theory	Estudio observacional tras entrevistas
1	PubMed	Clinical effectiveness of a critical care nursing outreach service in facilitating discharge from the intensive care unit.	Estudio control de casos
2		Involving users in the development of effective critical care discharge information: a focus group study.	Estudio cualitativo
1	Science direct	A survey of ward nurses attitudes to the Intensive Care Nurse Consultant service in a teaching hospital	Estudio descriptivo tras cuestionario
2		Critical care nurses' beliefs about the discharge Planning process: a questionnaire survey	Estudio exploratorio descriptivo
3		Discharge delay, room for improvement	Estudio análisis comparativo
4		Discharge practices for the intensive care patient: A qualitative exploration in the general ward setting	Estudio análisis comparativo tras entrevistas semiestructuras
5		Evaluación del informe de enfermería de alta de la unidad de cuidados intensivos como instrumento para garantizar la continuidad de la asistencia	Estudio descriptivo
6		Factors contributing to adverse events after ICU discharge: A survey of liaison	Cuestionario validado
7		Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices	Estudio exploratorio descriptivo
8		How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care? A grounded theory of nursing	Grupo de entrevistas analizadas
9		ICU nurses 'perceptions of discharge planning: a preliminary study	Estudio análisis comparativo



10		Informes de alta de enfermería de cuidados intensivos en España: situación actual y análisis	Estudio descriptivo
11		Patients 'transition in the Intensive Care Units: Concept analysis	Revisión
12		Providing critical care patient with personalized discharge summary: A questionnaire survey and retrospective analysis exploring feasibility and effectiveness	Análisis retrospectivo
13		The user experience of critical care discharge: A meta-synthesis of qualitative research	Meta análisis cualitativo
21	Cuiden Plus	Continuidad en la prestación de cuidados en unidades de cuidados críticos de atención especializada	Estudio multicéntrico retrospectivo
22		Continuidad de cuidados en el paciente crítico	Artículo descriptivo
23	Enfermería clínica	Análisis de los registros de enfermería del Hospital General de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación	Estudio analítico comparativo
24		Nuevo informe de alta de enfermería de cuidados intensivos: grado de satisfacción de los colectivos implicados	Estudio analítico comparativo.
25	Enfermería Intensiva	Aurora 2003: gestor de informes de alta de enfermería de cuidados intensivos	Estudio analítico tras encuestas
26		Cuidados intensivos: Necesidad de cuidados intermedios	Reseñas históricas
27		El proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos al área de hospitalización: una revisión bibliográfica.	Revisión
28	Calidad Asistencial	Validación de un instrumento enfermero para la evaluación de la continuidad de los cuidados a pacientes críticos.	Estudio descriptivo retrospectivo.
29	Intensive care medicine	Improving clinical handover between intensive care unit and general Ward professionals at intensive care unit discharge.	Revisión sistemática.

### Anexo 3



Clasificación de la información aportada por las enfermeras de UCI en los informes según las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Grafico que forma parte del artículo de Navarro Arnedo JM, et al.” Informes de alta de enfermería en cuidados intensivos en España: situación actual y análisis”(9).

Anexo 4

HOJA DE ENFERMERÍA  
"TRASLADO DEL PACIENTE"

DESDE .....  
A .....

NOMBRE DEL PACIENTE: .....

MOTIVO DEL INGRESO: .....

FECHA DEL INGRESO: ..... HISTORIA N.º: .....

CONSTANTES ACTUALES:      Presión arterial ..... / .....      Presión venosa central .....  
   Frecuencia cardíaca .....      Ritmo .....

   Temperatura .....

DIURESIS:                              Controlada/incontrolada  
   Foley n.º ..... Desde ..... / ..... / .....  
   Volumen ..... ml      Antes del traslado: vaciado / no vaciado

NIVEL DE CONCIENCIA:  
Alerta / orientado / somnoliento / confuso / inquieto / adormilado  
Medidas de seguridad: .....

OXIGENOTERAPIA:              Si/ no              cánula / mascarilla / intubación endotraqueal  
   FiO<sub>2</sub> ..... % .....

PERFUSIÓN INTRAVENOSA:      Si/ no  
   Via central:      Tipo ..... Desde ..... / ..... / .....      Flebitis si/ no  
   Via periférica:      Tipo ..... Desde ..... / ..... / .....      Flebitis si/ no  
   Ritmo de la perfusión: .....      Medicación añadida: .....

TOLERANCIA GÁSTRICA:  
.....  
.....  
.....

*(Continúa en la página siguiente)*

DRENAJES:	Ninguno / nasogástrico / gastroscopia / ureteral / tubo en J / yeyunostomía nefrosocopia / torácico:		
TRAQUEOSTOMÍA:	Sí/ no	Tipo de cánula .....	Última cura .... / .... / .....
ESCARAS y/o HERIDAS:	Sí/ no		
Características	.....		
Última cura	.....	Tratamiento:	.....
<b>PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO PENDIENTES DE RECOGER:</b>			
.....			
.....			
.....			
<b>ASPECTOS PSICOSOCIALES (visitas, prácticas religiosas, ocio, etc.):</b>			
.....			
.....			
.....			
<b>OBSERVACIONES (especificar infecciones- medidas de aislamiento, aspiración de secreciones...):</b>			
.....			
.....			
.....			
Cumplimentado por: .....			
En caso de duda, llámame por el teléfono interior nº .....			
Recibido por: .....			
Fecha .... / .... / .... Hora: .....			

Ejemplo de informe de alta de enfermería que utiliza un enfoque biomédico para clasificar la información recogida.

Pertenece al artículo de Navarro Arnedo JM, et al. referenciado en la bibliografía “Evaluación del informe de alta en la unidad de cuidados intensivos como instrumento para garantizar la continuidad de la asistencia.”(7)

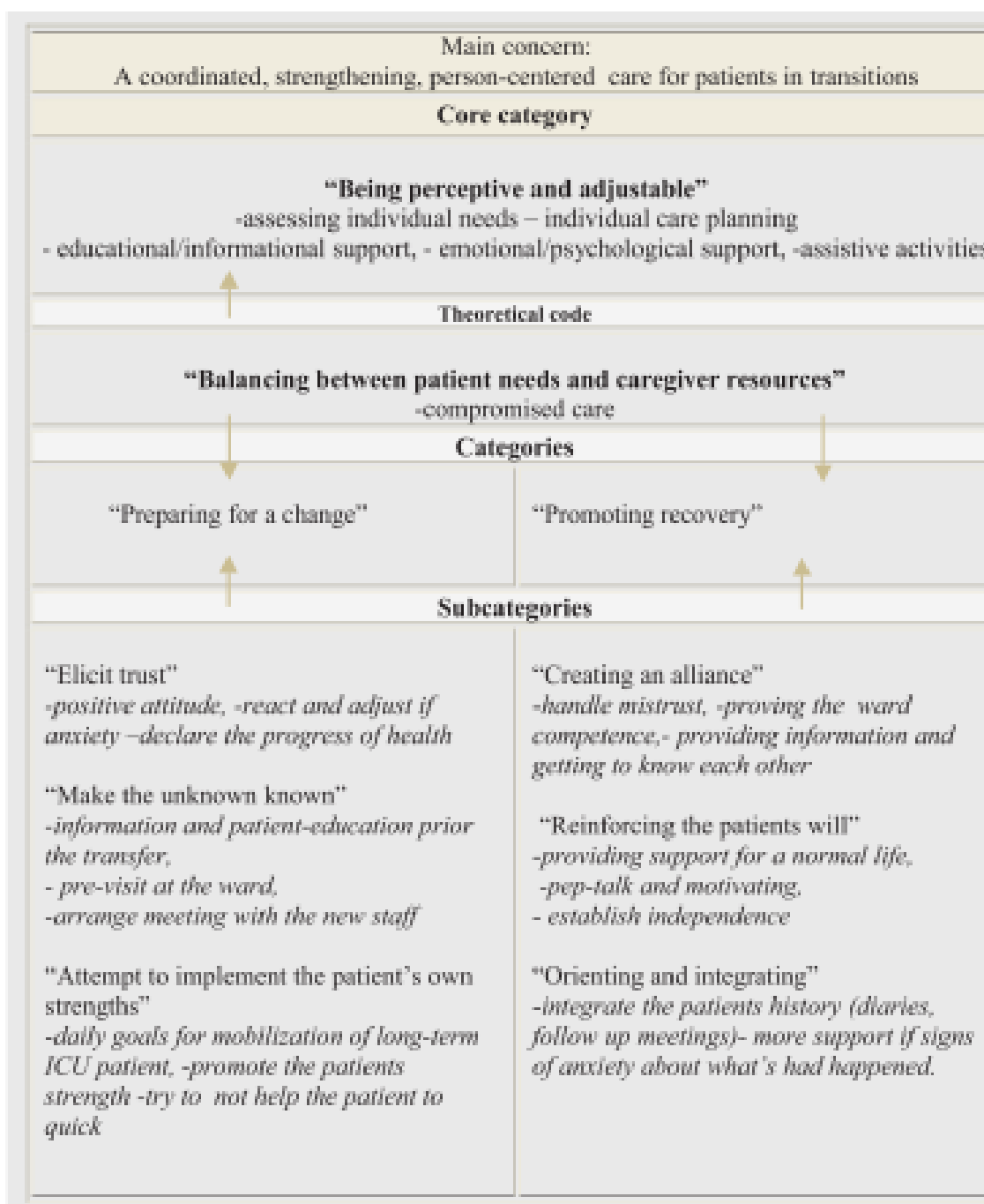
## Anexo 5

Themes	Physical symptoms	Psychological symptoms	Making progress	The need to know	Safety and security	The needs and importance of relatives
Categories	Fatigue Memory loss Weakness Insomnia Dreams Eating problems	Anxiety Depression Worry Concern Fear Stress	Power and control Vulnerability Helplessness Unimportance Dependence	Uncertainty Not knowing Hope Hopelessness Information needs Communication	Loss of security Ability to cope Confidence Relationships	Relationships Communication Anxiety Comfort Contribution to care
Studies						
Green (1996)	✓	✓	✓		✓	
Hall-Smith et al. (1997)	✓	✓			✓	✓
Leith (1999)		✓	✓	✓	✓	✓
Odell (2000)	✓	✓	✓	✓	✓	
Streater et al. (2001)		✓	✓	✓	✓	✓
McKinney and Deeny (2002)	✓	✓	✓	✓	✓	
Chaboyer et al. (2005)		✓	✓		✓	✓
Strahan and Brown (2005)	✓	✓	✓	✓	✓	
Pattison et al. (2007)	✓	✓	✓	✓	✓	
Field et al. (2008)	✓	✓	✓	✓	✓	

Necesidades y síntomas psicológicos no evaluados en el IEA.

Extraído del artículo de Bench S, et al. “The user experience of critical discharge: A meta-synthesis of qualitative research” (21)

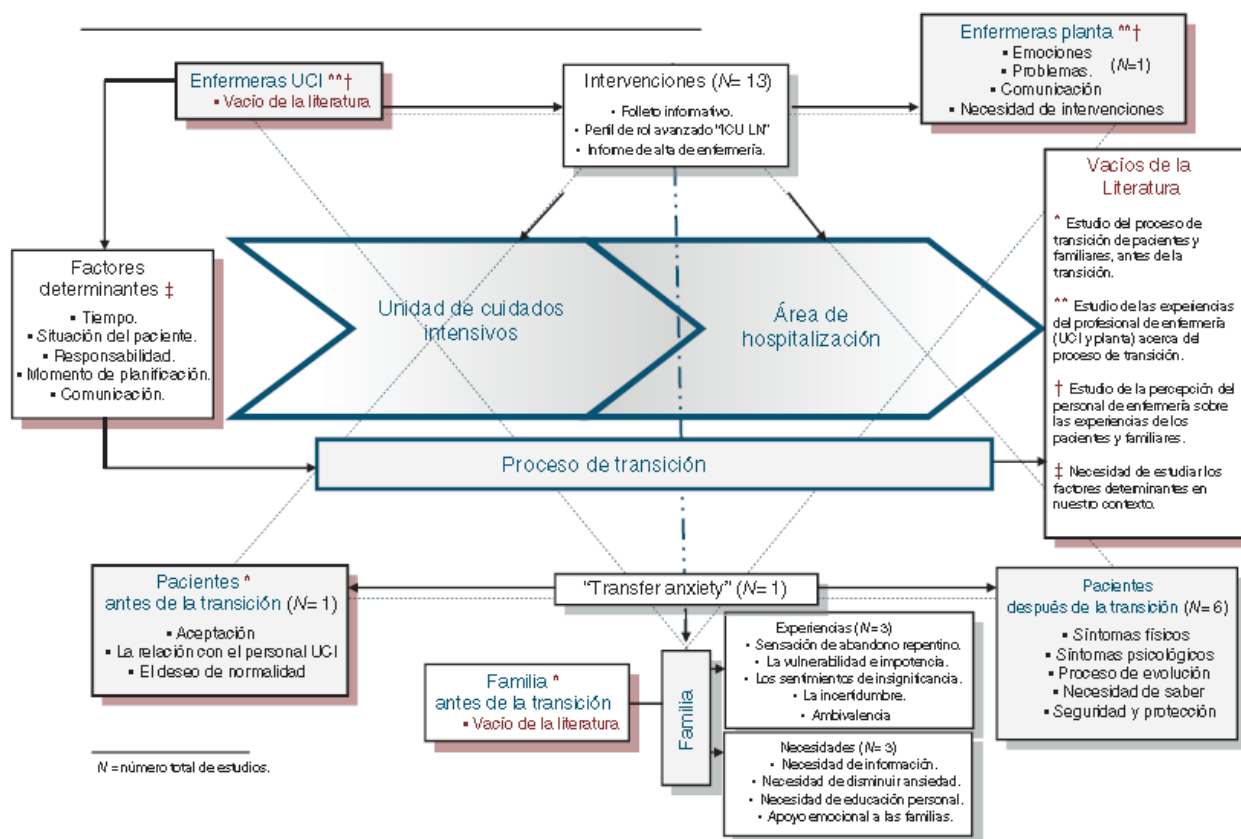
## Anexo 6



Resumen de los hallazgos encontrados para facilitar la transición del paciente de UCI a una planta. Debe haber equilibrio entre las necesidades del paciente y los recursos disponibles.

Extraído del artículo de Häggström M, et al “ How can nurse facilitate patient’s transitions from intensive care? A grounded theory of nursing” (22).

## Anexo 7



Representación gráfica de los hallazgos y vacíos identificados que impiden la continuidad de cuidados en el momento de transición cuando un paciente crítico va a ser dado de alta de una unidad de cuidados intensivos.

Extraído del artículo de Vazquez Calatayud M., et al " El proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos al área de hospitalización: una revisión bibliográfica" (1)