



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Informe final de investigación previo a la obtención del título de licenciada en Enfermería

TRABAJO DE TITULACIÓN

Informe de enfermería en la continuidad del cuidado

Autora:

Choca Paguay Gladys Susana

Tutora:

MSC. María Belén Caibe Abril

Riobamba – Ecuador

2020

CERTIFICADO DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería con el tema “Informe de Enfermería y la continuidad de cuidados”, ha sido elaborado por la señorita Gladys Susana Choca Paguay, con cédula de ciudadanía 060525572-8, asesorado permanentemente por la MsC. María Belén Caibe Abril en calidad de tutora, por consiguiente manifiesto que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo lo que puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente:



Lcda. María Belén Caibe Abril MsC.

TUTORA

CI: 0604029397

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Mediante el presente, los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación “Informe de Enfermería y la continuidad de cuidados”, elaborado por Gladys Susana Choca Paguay, asesorado por la MsC. María Belén Caibe Abril en calidad de tutora, una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, para lo cual remite la presente para uso y constancia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:

Riobamba, 17 de noviembre del 2020

MsC: Verónica Cecilia Quishpi Lucero

Presidente del tribunal

Firma

MsC. Jimena Alexandra Morales Guaraca

Miembro del Tribunal

Firma

MsC. Rivera Herrera Elsa Graciela

Miembro del Tribunal

Firma

MsC. María Belén Caibe Abril

Tutora

Firma

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo Gladys Susana Choca Pagua, presento el trabajo de investigación INFORME DE ENFERMERÍA Y LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS, previo a la obtención del título de Licenciada en enfermería, respetando el proceso de investigación, los derechos intelectuales de autores en los textos y publicaciones analizadas, conforme las citas y fuentes bibliográficas que se detallan en las referencias bibliográficas de este documento, los fundamentos científicos y resultados alcanzados son de responsabilidad única de la autora.

En la ciudad de Riobamba, a los 10 días del mes de noviembre del 2020



Gladys Susana Choca Paguay

CI: 0605255728

AGRADECIMIENTO

Mi más efusivo agradecimiento al dador de la vida, por haberme permitido llegar hasta este momento y ser mi soporte, mi fortaleza y mi fe para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A la Universidad Nacional de Chimborazo, por brindarme la oportunidad de continuar con mis estudios y poder formarme como profesional. También, al Hospital Pablo Arturo Suarez, por permitirme consolidar y desarrollar habilidades y destrezas durante mis prácticas pre-profesionales del año del Internado, en especial a la MsC. Sandra Aguilera, quien fue un pilar fundamental en este año, con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de las prácticas pre-profesionales.

A mi tutora MsC. María Belén Caibe Abril, por su dedicación, paciencia y apoyo durante el desarrollo de este proyecto, a todos mis docentes de la universidad, por confiar en mí y quienes compartieron sus conocimientos durante mi formación académica.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mis padres, quienes han sido un pilar fundamental en mi vida y durante mi formación académica, por su apoyo, generosidad y soporte incondicional a lo largo de este caminar. A mis hermanos Marvin y Lenin, por ser el impulso que necesitaba para poder continuar de pie en esta etapa de formación y poder culminar con éxito mi carrera profesional.

INDICE

INDICE	
CERTIFICADO DEL TUTOR	ii
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL	iii
DERECHOS DE AUTORÍA	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
INDICE	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
Capítulo I. INTRODUCCIÓN	1
Capítulo II. METODOLOGÍA	13
Capitulo III. DESARROLLO	14
CONCLUSIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXO 1	28
ANEXO 2	29

RESUMEN

Este trabajo de investigación tiene como objetivo describir la utilidad de los informes de enfermería y su contribución a la continuidad del cuidado del paciente, mediante un estudio descriptivo y transversal durante el periodo agosto 2019-septiembre 2020, para lo cual se realizó una búsqueda exhaustiva de documentos bibliográficos con contenido científico en salud en ámbitos nacionales e internacionales, artículos científicos, tesis doctorales y manuscritos publicados en páginas indexadas como; Scielo, Redalyc, Dialnet, Medigraphic Dspace y exploración en sitios webs oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), seleccionando información de alto impacto. Se dedujo que el informe de enfermería es un documento de comunicación escrita que facilita la interacción entre los niveles asistenciales de salud y permite la continuidad de cuidados, utilizando metodología enfermera, convirtiéndose en una herramienta que recoge información acerca del estado de salud y las intervenciones realizadas al usuario, permitiendo la elaboración de planes de cuidados que constituyen la base del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Palabras claves: Informe de enfermería, continuidad de cuidados, niveles de atención

ABSTRACT

This research work aims to describe the usefulness of nursing reports and their contribution to patient care continuity through a descriptive and cross-sectional study during the period August 2019-September 2020. For this reason, an exhaustive search of bibliographic documents with scientific content in health in national and international areas, scientific articles, doctoral theses and manuscripts published in pages indexed as; Scielo, Redalyc, Dialnet, Medigraphic Dspace and exploration in official websites of the World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO) and Ministry of Public Health of Ecuador (MSP), selecting high impact information. It was deduced that the nursing report is a written communication document that facilitates interaction among health care levels. It allows continuity of care, using the nursing methodology, becoming a tool that collects information about the state of health and the interventions carried out to the user, allowing the development of care plans that constitute the Nursing Care Process (PAE).

Keywords: Nursing report, continuity of care, levels of care

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Lorena Solís', is written over a horizontal line.

Reviewed by: Solís, Lorena

LANGUAGE CENTERTEACHER

Capítulo I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, clasifico los establecimientos de salud por niveles de atención de acuerdo a su capacidad resolutive. Para orientar este estudio partiremos del concepto de "Continuidad del cuidado" o "seguimiento", es el proceso que debe proporcionarse antes y después de confirmar un diagnóstico, especialmente en paciente con patologías crónicas o terminales que van a requerir continuidad en la atención cuando son dados de alta del hospital, este proceso se debe realizar a través de la "Coordinación y cooperación" entre los servicios asistenciales de salud del área especializada y atención primaria. ⁽³⁵⁾

En nuestro país se puede observar una creciente cantidad de casos con enfermedades crónicas y terminales, la mayoría de los pacientes presentan pluripatologías por complicaciones asociadas las mismas, que van a requerir de cuidados específicos de los dos niveles asistenciales; este acrecentamiento se debe al aumento de la longevidad de la población, es por eso, que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) en el año 1978, en la conferencia de Alma-Ata, con el slogan "Salud para todos en el año 2000", surge el Atención Primaria de Salud, creada para proporcionar atención de enfermería en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las alteraciones y enfermedades dirigidas a toda la población. ⁽³¹⁻³⁵⁾

De ahí que, la Atención Primaria en Salud es continuada y permanente que van desde el nacimiento hasta la muerte de la persona, se encarga de desarrollar acciones y actividades en las diferentes etapas de la vida y espacios donde este se desenvuelve, en el ambiente familiar, laboral, domicilio, comunidad etc. y proporciona atención de consulta, urgencias y seguimiento hospitalario. Además, cada año se crean programas, protocolos de atención y actuación para orientar las actividades, siendo enfermería quien interviene activamente en casi todos los programas, mediante la atención directa, desarrollando actividades de promoción y prevención de la salud, en pacientes que tienen limitada autonomía atiente mediante visitas domiciliarias y da seguimiento junto con el personal médico a los casos que lo requieren. ⁽²⁵⁻³¹⁾

Sin embargo, la comunicación entre la Atención Especializada y Atención Primaria de salud, durante décadas ha tenido varios tropiezos que han generado una marcada discontinuidad de

cuidados en los pacientes, lo que incide en mayor porcentaje de reingresos debido a varias causas. Para mejorar y garantizar la continuidad de cuidados de los niveles de atención es necesario la implementación y control de un sistema de comunicación efectivo, que permitan mejorar la coordinación, cooperación, organización, funcionamiento bidireccional de los establecimientos de salud, es ahí donde ingresan los informes de continuidad de cuidados de enfermería.

Es así que, los informes de enfermería, nacen de la necesidad de establecer un vínculo de comunicación continuo entre el personal y los niveles asistenciales de Salud; Atención Primaria y Atención Especializada. Uno de los objetivos de este informe es garantizar la seguridad y calidad en el desarrollo de los cuidados, ser el soporte documental de la labor asistencial del profesional de enfermería, contiene información resumida y estructurada para el paciente, familiares y el personal asistencial. ⁽¹⁾

Por ello, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), la continuidad de la asistencia es el elemento esencial en la calidad de prestación de los servicios de salud proporcionados y deben estar coordinados entre los profesionales, instituciones de salud y en relación al tiempo, para potenciar al máximo la coordinación y cooperación entre niveles. ⁽³⁾

De ahí que, el modelo conceptual de la continuidad de cuidados, abarca diferentes líneas estratégicas de intervención para conseguir los objetivos propuestos: en primera instancia la transmisión de la información sobre las necesidades de salud del paciente entre los profesionales que participarán en la prestación de cuidados detallados en el informe de continuidad de cuidados, otro punto importante es la trasmisión de confianza y seguridad a los pacientes, mediante la planificación y desarrollo de planes de cuidado que garanticen la transmisión de información sobre el estado de salud del paciente y por último garantizar el seguimiento y control por parte de la enfermera del primer nivel de atención, con la planificación de visitas domiciliarias una vez que el paciente ha sido dado de alta tras su estancia hospitalaria. ⁽³⁾

Es así que, la continuidad de cuidados enfermeros suple las necesidades de los usuarios, especialmente en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad y que requieren intervención enfermera en la asistencia sanitaria, sin desintegrar los diferentes ámbitos asistenciales; por

consiguiente, implica trabajar en equipo de manera cooperativa integrando los tres elementos esenciales: personas, entornos e información. La persona es el elemento del cual se obtiene la información referente al cuidado en todos sus aspectos: asistenciales, sociales y de recursos, el entorno es considerado el lugar físico en el que se brinda la atención o alguna intervención relacionada con ella como: los hospitales, servicios, unidades, secciones, áreas, centros, e incluso los domicilios de los pacientes. ⁽³⁾

Para el autor Ramírez Girón en el 2016, la continuidad de cuidados enfermeros satisface las necesidades de los usuarios, especialmente de los grupos en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad que requieren seguimiento y continuidad de tratamiento al ser dados de alta, por consiguiente, implica trabajar en equipo de manera cooperativa integrando los tres elementos esenciales (personas, información y entornos). La persona constituye el paciente y los cuidadores; la información es referente al cuidado proporcionado en todos sus aspectos: asistenciales, sociales y de recursos; el entorno es considerado el lugar físico donde se proporciona atención o se realiza intervenciones en beneficio de la salud del paciente, estos pueden ser: los hospitales, servicios, unidades, secciones, áreas, centros, e incluso los domicilios de los pacientes. ⁽³⁾

Y finalmente el cuidado; elemento proporcionado por profesionales en enfermería con conocimientos científicos, que hayan adquirido habilidades que ayudan a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud con la condición de que la asistencia del paciente sea eficaz es necesario ejecutar intervenciones de continuidad de cuidados de tipo informacional, de relación y de gestión. La continuidad de cuidados de tipo informacional se refiere a la transmisión de información acerca de la situación de salud, la continuidad de cuidados relacional se define como la interacción que existe entre el paciente con el profesional de enfermería y la continuidad de cuidados de gestión es la provisión coordinada, la cual, dirige a los usuarios a los servicios de salud. ⁽³⁾

Por ello, el soporte documental a la continuidad de los cuidados son los informes de enfermería, pues son de vital importancia en las actividades que desempeña la enfermera, debido a que estos reúnen información resumida y estructurada acerca de las circunstancias en las que se ha desarrollado el cuidado. ⁽¹⁾ Ante esto, El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) en el año 2007 determinó que la labor de la enfermería se desarrolla con

responsabilidad y determinación ético legal, este accionar se verá documentado en las Notas de Evolución de la historia clínica (formulario 005), en este documento se registra las actividades del proceso de atención de enfermería (PAE), cuyo objetivo es reflejar metódicamente cómo evoluciona la enfermedad del paciente, actividades durante el ingreso, la estancia hospitalaria y egreso, haciendo actualizaciones continuas sobre la evolución de la salud del paciente y no solo en aparición de complicaciones. ⁽⁵⁾

Por otro lado, el autor Stalin Chacón en el año 2019, manifiesta que la historia de los reportes de enfermería aparecen por primera vez en los escritos creados por Florence Nightingale, la enfermera pionera de la profesión, quien realizó los primeros registros enfermeros sobre las condiciones de salud- enfermedad de los soldados en la guerra de Crimea en el año 1859, escribiendo su libro llamado “Notas sobre Enfermería”, estos documentos proporcionaron información fundamental para la atención del paciente y generó evidencia enfermera en los avances epidemiológicos y en el adecuado manejo de la información. ⁽⁴⁾

Esta la descripción de las actividades del informe de enfermería se realiza mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), donde se describe la implementación del cuidado tanto de personas, familias y grupos o comunidades. Este proceso es continuo y consta de 5 etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Implementación y Evaluación, estas están íntimamente relacionan entre sí de manera directa y organizada, proporcionando atención humanizada e integral de los cuidados enfermeros. ⁽⁶⁾

Para Ofelia Ortiz en su obra el Registro de Enfermería como parte del cuidado, destaca que el conocimiento enfermero y su nivel de formación académica permite ejecutar su trabajar de forma independiente mediante la priorización de necesidades del paciente. Mientras que los elementos teóricos y estructurales proporcionan elementos para la elaboración de los registros de enfermería utilizando el proceso de atención de enfermería garantizando la continuidad del cuidado. ⁽⁷⁾ Para proporcionar calidad en los cuidados de enfermería se requiere de un registro organizado que respalde el trabajo de enfermería y que guíe la atención sin generar errores por falta de información. ⁽⁸⁾

Mientras que Ruiz y colaboradores 2017; manifiestan que los informes de enfermería son el resultado de las intervenciones ejecutadas por el profesional, cuyo fin es integrar en un documento la información referente a los cuidados proporcionados al paciente, el tiempo

dedicado a la atención directa y el cuidado integral que se brinda en las diferentes áreas de la persona; sociales, físicas, emocionales y espirituales. ⁽⁸⁾

En Ecuador, el Consejo Nacional de Salud en la comisión de reforma de la historia clínica en la guía de expediente único para la historia clínica, propone un modelo a seguir para la redacción de los informes de enfermería, establecido con las siglas SOAP (subjetivo, objetivo, análisis y plan) para el registro en las notas de evolución ⁽⁵⁾. Por consiguiente, en el año 2019 Potter y Perry en su libro Fundamentos de Enfermería afirman que en algunos centros se añade la sigla I de intervención y la E de evaluación, formando el modelo SOAPIE, que en la actualidad es el más utilizado al realizar los registros de enfermería. ⁽⁹⁾

A pesar de ello, no se brinda la importancia suficiente en el cumplimiento de lo establecido, asociando factores limitantes como la falta de tiempo e interés, sobrecarga de trabajo asistencial y desconocimiento del lenguaje adecuado para realizar registros de calidad. Para proporcionar calidad en los cuidados de enfermería se requiere de un registro organizado que respalde el trabajo de enfermería y que guíe la atención sin generar errores por falta de información. ⁽⁹⁾

En la obra Utilidad percibida del informe de continuidad de cuidados de enfermería del año 2019 de María García Et al menciona que el Informe de Continuidad de Cuidados es un documento de comunicación redactado de manera escrita en el que los profesionales de enfermería hospitalaria, de forma autónoma y utilizando metodología enfermera, recogen información acerca del estado de salud del usuario, lo que conlleva a la elaboración de planes de cuidados que se inician durante el proceso de hospitalización. Este plan de cuidados es la base del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). ⁽¹¹⁾

Mientras que, Adelina González Torre. Enfermera, es su investigación manifiesta que el informe de continuidad de cuidados es un documento en el que se recoge la información necesaria al momento del egreso del paciente para la planificación de cuidados en el ámbito extrahospitalario, acorde con el estado de salud y las necesidades del paciente, persona cuidadora y la familia. El objetivo de este informe es el de servir de soporte documental para la continuidad de cuidados en aquellas personas que habiendo sido dadas de alta en los centros de atención hospitalaria (AH) precisan de cuidados por parte de la familia y/o profesionales de atención primaria (AP). ⁽²⁾

Por tanto, los informes de continuidad pretenden informar los problemas de salud o necesidades que no han podido ser solucionados en su totalidad en el hospital y requieren un seguimiento periódico del estado de salud por parte del personal de los niveles de atención primaria; este documento contiene información dirigida tanto para el paciente y familia sobre los cuidados y actividades realizadas durante su admisión, en el proceso de hospitalización, así como las recomendaciones que debe saber el paciente cuando es dado de alta, mientras que para el personal de enfermería esta información sirve de guía e intercambio de información y documentación referente los cuidados implementados al paciente acorde al avance, especialización y ejecución total de acciones que permitan insertar a la persona a la sociedad y conservar su salud. ⁽¹¹⁾

Ahora bien, los informes elaborados por el personal de enfermería son de vital importancia en las actividades que desempeñan, pretenden informar los problemas de salud o necesidades que no han podido ser solucionados en su totalidad en el hospital y requieren un seguimiento periódico por parte del personal de los niveles de atención primaria, este documento contiene información dirigida tanto para el paciente y familia sobre los cuidados y actividades realizadas durante su admisión, el proceso de hospitalización, así como las recomendaciones que debe saber y seguir el paciente cuando es dado de alta, mientras que para el personal de enfermería esta información sirve de guía e intercambio de información y documentación referente los cuidados implementados al paciente acorde al avance, especialización y ejecución total de acciones que permitan insertar a la persona a la sociedad y conservar su salud. ⁽¹⁻¹¹⁾

Por otro lado, Conforme al decreto 1093/2010, se aprueba el conjunto de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud para garantizar el registro y transmisión adecuada de información, en este informe se menciona que debe existir un modelo de comunicación entre los profesionales, mediante el uso del informe de continuidad de cuidado y gracias al uso de sistemas de lenguaje estandarizados para identificar intervenciones y problemas en los diferentes ámbitos de atención. ⁽¹²⁾

Otros requisitos clave para brindar continuidad de cuidados de forma eficiente es procurar proporcionar respuestas ante cada necesidad de cuidado que presente el paciente, establecer una comunicación rápida, eficaz y segura entre los profesionales que intervienen en el

cuidado, generar un ambiente de confianza para así interactuar de manera clara, hacer un reconocimiento de todos los agentes sociales (cuidador, familia) y sanitarios que den respuesta al paciente y por último diseñar, implantar y evaluar los procedimientos para la continuidad de cuidados (terapias, suministro de material sanitario, terapias nutricionales, traslados, gestión de citas, etc.⁽¹¹⁾

De ahí que, la correcta redacción del informe de cuidados de enfermería, de acuerdo al marco normativo actual, debe reunir los siguientes requisitos básicos: fecha de valoración de enfermería, el nombre, firma y sello de la enfermera responsable, nombre y dirección del nivel asistencial, datos del paciente (nombres y apellidos, fecha de nacimiento, sexo, número de historia clínica). Además, se redactarán las causas que generan la actuación enfermera, actividades de enseñanza al paciente o su cuidador, donde se incluya información adecuada de aspectos básicos adaptados a las necesidades básicas del estado de salud enfermedad de la persona, por ejemplo: tratamiento de heridas y úlceras, cuidado y mantenimiento de sondas y todos los procedimientos que requiera tanto en domicilio como en consulta.

De ahí que, la ciencia de enfermería continua su avance y desarrollo, para la cual ya consta con diagnósticos clasificados y estructurados los cuales se encuentran codificados según la Taxonomía NANDA, NIC Y NOC que están clasificados por dominios. De acuerdo a esta clasificación NADA describe los diagnósticos enfermeros resueltos, los NOC son los resultados de enfermería y NIC es el plan de cuidados e intervenciones de enfermería.⁽¹¹⁾

Por consiguiente, el informe de continuidad de enfermería (ICE) es una herramienta que permite dar seguimiento de la condición de salud del paciente al egreso del hospital, considerando que el problema de salud no finaliza en el momento en que la persona es dada de alta, es una etapa más del proceso de atención al paciente en el que intervienen diferentes niveles asistenciales.⁽⁴⁾

Sin embargo, el Informe de Cuidados de Enfermería, siempre ha sido un reto para los diferentes servicios de salud, tanto en la atención primaria de salud como en el nivel especializado, esto se debe a varios aspectos que van desde incurrir con faltas como la omisión, la duplicidad, la contradicción de actividades de cuidado con el paciente, debido a situaciones del entorno y vías de comunicación discordes entre niveles de atención.⁽¹³⁾

De modo que, un elemento fundamental para el éxito en la continuidad de cuidados es la comunicación y la trasmisión de información veraz del informe del alta de enfermería (IAE). En la elaboración de este registro la enfermera desarrolla la autonomía profesional, fomentando un reconocimiento socio-profesional de la misma, encaminado a la comunicación y coordinación. Además, recoge y transmite información actual que será suficiente para que otros profesionales asuman sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente a la hora de realizar su propia valoración. ⁽¹³⁾

Cuando el usuario obtiene el alta hospitalaria, pero mantiene la necesidad de cuidados de enfermería en el domicilio, se genera la necesidad de planificación del alta, este proceso exige trabajo mutuo entre los diferentes equipos de salud. Por tanto, la meta de planificar el alta de enfermería será garantizar la continuidad de asistencia, previendo los servicios de salud necesarios para conseguir el objetivo que es la recuperación de la salud. ⁽¹⁴⁾

Sin embargo, el informe de enfermería no solo va dirigido al paciente, también al personal de salud comunitario, por lo que se debe tener en cuenta que dicha información será leída tanto por los profesionales de salud como por el paciente y la familia. ⁽¹²⁾ El plan de alta le permite a la familia o cuidar conocer el estado de salud con el que egresa y paciente, por lo que la comunicación enfermero paciente y/o familia debe ser clara y concisa para que logren una correcta aplicación del plan de alta. ⁽¹⁵⁾

Por consiguiente, Carpenito refiere que los informes de enfermería serán entregados al paciente junto con el resto de la información clínica, este documento debe ser trasladada por el paciente o su cuidador al centro de salud más cercano, con el fin de mantener la comunicación entre niveles asistenciales. Desde el momento del alta, la enfermera de Atención Primaria en salud, asume la gestión de los cuidados del paciente, sus cuidadores y/o familia, ofertando una atención integral, continuada y coordinada con el resto de profesionales implicados en el cuidado. Este proceso debe ser bidireccional, cuando el paciente necesite de un nuevo ingreso, la enfermera de Atención Primaria realizará el informe de continuidad de cuidados para la comunicación de la situación del paciente a las enfermeras del hospital. ⁽¹⁵⁾

Es por ello que, la planificación del alta y la cooperación entre los profesionales facilita el seguimiento de los pacientes. Las intervenciones que contribuyen a garantizar una transición

segura del hospital son: la planificación del alta, la conciliación medicamentosa, la educación sanitaria, la programación de las visitas de seguimiento, la comunicación con los profesionales de atención primaria y comunitaria y los informes de alta que se entregan en el hospital debe ser escrita y verbal siempre teniendo en cuenta que el paciente y/o familia haya entendido en su totalidad todas las indicaciones dadas. ⁽¹⁵⁾

En concordancia Cardozo, describe que, la combinación de toda la información del alta hospitalaria es la derivación de una buena comunicación que debe haber entre los diferentes equipos de salud y los niveles de atención. En este informe el personal de enfermería describe recomendaciones y orientaciones de acuerdo a las necesidades y en función a su diagnóstico del paciente y para garantizar el cumplimiento es recomendable enviar por escrito para que las indicaciones y recomendaciones se lleven a la práctica en su domicilio y sirvan como guía en la continuidad del cuidado, así se evitará omisión o errores del cuidado. ⁽¹⁶⁾

Se detallan también, actividades a realizar en relación al manejo de la medicación, información necesaria sobre las indicaciones; cómo y cuándo se deben de administrar (vía correcta y hora correcta), la duración del tratamiento, almacenamiento de manera adecuada (Luz, temperatura y humedad, entre otros) además de los signos de alarma que debe tener en cuenta y donde debe acudir en caso de una emergencia. ⁽¹⁶⁾

Por otro lado, en los resultados de la investigación de Lina Pinzón propone que la información requerida por la persona enferma debe responder adecuadamente a las necesidades generadas por su enfermedad, para que se prevengan recaídas, complicaciones o aparición de nuevas enfermedades, facilitando la práctica del autocuidado que derive hacia una vida sana y plena, en especial en los grupos o población en los que se identifican mayores problemas de cuidados tras su alta hospitalaria, considerados como grupos vulnerables. ⁽¹⁵⁾

Sin embargo, existen problemas que con frecuencia impiden brindar una continuidad de cuidados de manera eficaz, entre ellos incluye la terminología médica o específica utilizada por el personal de salud, que ocasiona un problema a la hora de comprender la información detallada en los informes redactados y en varias ocasiones el personal no pudo resolver o entender la estructura correcta, causando duplicidad, errores u omisión en el cuidado. ⁽¹⁷⁾

En la actualidad este informe no es bien estructurado, no posee bases ni directrices que permitan orientar el desarrollo de estos informes de enfermería en nuestro medio, lo que explica la elevada cifra de incumplimiento en el seguimiento o continuidad del cuidado, adjuntando a este la escasa importancia y la utilidad percibida por las enfermeras. ⁽¹⁴⁾

Para Sánchez y Duarte, el eje principal en la continuidad de los cuidados de enfermería es la información, por consecuente, cuando hay una adecuada relación entre niveles se logra un consumo adecuado de recursos y disminución en el gasto sanitario. Para la Organización Mundial de la Salud, la continuidad de cuidados de enfermería es el elemento clave de calidad de la asistencia sanitaria, como estrategia para disminuir los costes sanitarios, al mantener una adecuada coordinación se logra el uso adecuado de recursos en salud, con lo cual se consigue disminuir o frenar la costosa duplicidad, pruebas diagnósticas innecesarias, tratamientos e las intervenciones redundantes en el paciente, evitando conflictos y obteniendo mejores resultados. Para el logro de este objetivo se utilizan como herramientas de comunicación a los informes de continuidad de cuidados, informes de alta del paciente, historia clínica, entre otros. ⁽¹⁰⁾

Otra de las causas de discontinuidad de los cuidados es omisión de los tratamientos debido a la interrupción por desconocimiento de las acciones de cuidado anteriormente realizadas o cambios inesperados y no justificados en una de las etapas en el proceso de atención de enfermería; valoración, diagnóstico planificación o intervención y evaluación. ⁽¹⁸⁾

Es por esto que, desde nuestra condición como estudiantes de pregrado y futuras profesionales de enfermería, observamos que en las instituciones de salud donde hacemos nuestras prácticas, cuando el paciente es dado de alta únicamente se entrega la información médica, dejando como algo secundario la información de enfermera. Sin embargo, como entes que cumplimos actividades propias e independientes "CUIDADOS ENFERMEROS", es necesario planear acciones para propiciar la continuidad de los mismos, mediante la transmisión de información al paciente, familia y a las enfermeras/os que se harán responsables tras el alta hospitalaria. Por tanto, una herramienta fundamental que contribuye a este propósito son los INFORMES DE ENFERMERÍA, donde se describen los DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS y PLANES DE CUIDADOS ejecutados que a pesar de están estandarizados, se adaptan a cada situación de la prestación de cuidados de enfermería. ⁽³⁵⁾

El presente trabajo de investigación tiene como propósito determinar la contribución de los informes de enfermería en la continuidad del cuidado, puesto que la calidad y continuidad de los cuidados brindados depende en gran parte de los informes elaborados por el personal de enfermería; emitidos de manera verbal durante el cambio de turno o plasmados por escrito en la historia clínica, que describen todas las acciones realizadas durante la jornada. El reto ha sido perseguir y alcanzar la continuidad de cuidados (CC) del paciente, siendo necesario un instrumento o herramienta que garantice la comunicación del personal; en este sentido, la adecuada estructura y entrega del informe de enfermería es necesario para lograr mayor satisfacción, calidad y seguridad en la atención. ⁽¹⁾

Por todo lo expuesto, justifica el desarrollo de la revisión bibliográfica y su importancia radica en que la comunicación bidireccional entre niveles es necesaria para propiciar una atención continua y compartida, para esto se sugiere que los profesionales de enfermería participen conjunta y activamente en la estructuración, capacitación y formulación de los informes de continuidad de cuidados de enfermería. En varios estudios se muestra que estos informes no cumplen con las expectativas del personal de salud, debido a que la calidad en la redacción es baja, poco precisa e incompleta, en ocasiones solo se lo realiza como un trámite administrativo, y no se utiliza como herramienta útil para informar.

Lo antes mencionado, permite realizar la siguiente pregunta ¿En la actualidad, la redacción de los informes de enfermería permite dar continuidad del cuidado al paciente dado de alta? Numerosos estudios acotan que los gestores responsables del cuidado del paciente son las enfermeras, ellas pasan la mayor parte de tiempo con el paciente, conocen a profundidad las necesidades y problemas de salud, este conocimiento contribuye a obtener criterios objetivables para priorizar la atención que se requiere. Por tanto, disponer de información clara, precisa, con un lenguaje común en los dos niveles asistenciales de salud es la clave de la calidad asistencial, un esquema estandarizado y unificado mejorará la gestión de servicios, la relación y comunicación entre niveles.

Además, permitirá identificar las dificultades y falencias que surgen al momento redactar los informes, para lo cual identificaremos las características propias del informe al momento de su elaboración, analizando la importancia que se le da al momento de desarrollarlo, he

interpretado la aplicabilidad de los mismos al momento de darle el alta al paciente, con la finalidad de proponer recomendaciones para la realización de los informes de enfermería y la continuidad de cuidados por ciclos de vida.

Capítulo II. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo, se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de conocer la utilidad de los informes de enfermería y su contribución en la continuidad de cuidados en los niveles asistenciales de salud, para lo cual, se realizó un análisis crítico mediante una estrategia de búsqueda de documentos bibliográficos, artículos y manuscritos publicados en base de datos actualizados como: Google Académico, Biblioteca virtual en salud, ELSEVIER, entre otros. Esta búsqueda permitió escoger información científica de impacto en salud a nivel regional y otros países, publicadas en páginas indexadas de: PUBMED, DSPACE SCIELO, SCOPUS, DIALNET, MEDIGRAPHIC DSPACE y visitas en sitios webs oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Un método para facilitar la búsqueda de la información fue la utilización de estrategias y operadores de búsqueda booleana, seleccionado 60 artículos relacionados a la temática: Informe de enfermería y continuidad de cuidados, SOAPIE de informe de enfermería, Proceso de Atención de Enfermería y continuidad de cuidados, informes de enfermería en la Taxonomía NANDA NIC Y NOC, componentes de los informes de enfermería, también, se utilizó palabras claves en inglés como: nursing report and continuity of care.

Al concluir la búsqueda se seleccionaron 60 documentos que abordaban con la temática en estudio; informe de enfermería y continuidad de cuidados, mientras que para el criterio de inclusión de tomaron en cuenta publicaciones en el periodo 2015- 2020, tomando en cuenta documentos publicados en inglés y español, disponibles en el formato de textos completos y acceso libre a los investigadores.

En la selección de la muestra se escogió 35 publicaciones: 8 de ellas se encontraron en Scielo, 10 en Elsevier, 3 en el repositorio de las universidades Técnica del Norte de Ibarra, 4 documentos de Scopus, 5 publicaciones en PubMed, 3 en Google académico, 2 archivos (libros y documentos oficiales) que sirvieron como fuente primaria de información y se relacionaban con la temática en estudio, una vez delimitada los criterios de inclusión se excluyeron los artículos donde estaban disponibles resúmenes, artículos que no disponían de acceso gratuito y que presentan duplicidad de contenido.

Capítulo III. DESARROLLO

Para Paula Arminio en el 2018, unos de los objetivos de los cuidados planificados se relacionan con la implicación del personal de enfermería en la realización del informe enfermero, su utilización es parte fundamental en el proceso de recuperación del paciente. Con este informe se pretende que el paciente y la familia, contribuyan en el cuidado y sigan recomendaciones pactadas por la enfermera durante su estancia hospitalaria sea valorado por enfermeras de Atención Especializada, de Atención Primaria o de ambas. Por lo que resulta necesario consensuar la información, unificar los criterios y establecer medidas que puedan ser cumplidas de manera adecuada para que la información que transmitan tenga valor asistencial y facilite la continuidad de cuidados. ⁽¹⁸⁻²⁰⁾

En similitud la autora Sonia Sánchez, define que el informe de enfermería es un documento escrito en el que se reflejan todos los cuidados que el paciente debe conocer para conseguir una total reincorporación a la vida, así como, los datos que necesitan otros profesionales para dar una continuidad a los cuidados recibidos en el hospital. Permiten garantizar la continuidad y calidad en la atención de los pacientes, facilitar la comunicación entre los profesionales y entre niveles de atención en salud especializada y primaria, que puede servir para desarrollar investigaciones, enriquecer la docencia y la formación de los profesionales. ⁽²⁰⁻²¹⁾

Mientras que Eva Tizón en el 2019, destacan como parte fundamental del trabajo diario de los enfermeros los registros en la hoja de evolución de la historia clínica, siendo el soporte documental ético legal que recoge la actividad enfermera durante la jornada de trabajo, los cambios evolutivos del paciente, la toma de decisiones relacionadas con sus necesidades y aseguran la continuidad de los cuidados. ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

Para la estandarización de los informes de enfermería, el Sistema Nacional de Salud, determina el Informe de Cuidados de Enfermería (ICE), como respuesta a la necesidad de comunicación entre los enfermeros/as de los niveles asistenciales. para complementar la estructura de las anotaciones de enfermería. En el 2016 Nuñez Adela, manifiestan que, las anotaciones de enfermería con la metodología de tipo SOAPIE, son la mejor evidencia del trabajo realizado por las enfermeras durante su jornada laboral, mediante la aplicación del método científico característico de la profesión, que le permiten actuar de forma autónoma,

a través de la herramienta del proceso enfermero constituido por las cinco etapas; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de resultados. ⁽¹⁰⁻²²⁻³⁵⁾

Por ende, al ser un documento legal y de auditoría de enfermería, debe ser detallado mediante la implementación de un formato estandarizado, como la taxonomía NANDA, que contiene la valoración, diagnóstico, relacionándolos con las intervenciones NIC y los resultados NOC, para ello se requiere que la enfermera se involucre y participe de manera activa y voluntaria en proceso de estandarización de la estructura, formato y normas de registro de las anotaciones de enfermería. En concordancia la autora Melisa Chacón en el año 2019, y Núñez, establece al SOAPIE como un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades, así como las intervenciones, observaciones y evaluación. Está orientado al problema y describe las cinco etapas del proceso enfermero para el logro de los objetivos planificados. ⁽²²⁻²³⁾

Consecuentemente, las siglas SOAPIE, en la actualidad se emplean en el registro de enfermería y hace referencia a las variaciones comunes del formato creado hace diez años, dando el origen y conceptualización para la realización de los registros médicos orientados a los problemas (RMPO), conocido ahora en Estados Unidos como “ROP” registros orientados a los problemas. Para ello se necesita la evidencia científica del Proceso Enfermero, mediante el uso del Lenguaje normalizado (NANDA, NIC Y NOC). ⁽²²⁻²³⁾

En correspondencia Milagros Bravo, señala que en la actualidad esta metodología está siendo reconocido como indicador hospitalario de calidad de la atención sanitaria, este modelo uniforme puede mejorar la calidad de las actividades realizadas, la comunicación interniveles y asegurar que el lenguaje sea unificado en todo el Sistema de Salud. En este sistema se orienta al problema, paralelo al proceso de atención de enfermería; incluye la recolección de datos subjetivos del paciente, la identificación de sus respuestas, el desarrollo del plan de cuidados y su ejecución y la evaluación de los objetivos, con lo cual se garantiza una atención holística e individualiza para el paciente. ⁽²³⁻²⁴⁾

En discrepancia Cantabria, sintetizó que tanto las enfermeras de atención primaria como de atención hospitalaria estiman que los informes de enfermería son poco útiles para comunicarse entre ambos niveles asistenciales, esto se debe a que en ciertas ocasiones los informes contienen información escasa, poco legible y contienen terminología especializada

o con siglas que no están estandarizadas, muchos de ellos no llegan a las unidades asistenciales, lo cual produce omisión de los cuidados, errores en la traducción de la información, sobre todo discontinuidad y complicaciones del cuadro de salud-enfermedad del paciente. A esto, Valencia en el año 2019, corrobora y señala que las enfermeras de atención primaria creen que la información suministrada al cuidador debe ser fundamentalmente realizada en un 100% por el personal médico. ⁽¹¹⁾

En divergencia el autor Cantabria, en el protocolo de la Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de la Salud, menciona los beneficios del informe de continuidad de cuidados enfermero, entre ellos se destacan; la reducción de los días de hospitalización, la reinserción del paciente a su hogar, una mejor organización de los recursos socio-sanitarios, el apoyo en los cuidados domiciliarios por parte de las personas de atención primaria y la disminución de la ansiedad mediante la comunicación entre el usuario, la familia y los profesionales de salud. ⁽²⁶⁾

Por otra parte, el sistema sanitario busca mejorar la calidad y el uso eficiente de los recursos, reconociendo como condición indispensable la coordinación entre niveles asistenciales, de tal forma que la atención se organice de manera efectiva, como un proceso integral, con garantías de continuidad en la atención prestada a cada individuo. En la atención primaria, la continuidad de los cuidados de enfermería influirá en la mejora de la atención domiciliaria, disminuyendo las consultas urgentes, facilitando la captación en los programas de salud, contribuyendo también a disponer de criterios para priorizar la atención, prever en la necesidad de recursos de soporte a la atención domiciliaria. ⁽²⁵⁻²⁶⁾

En similitud, MJ Calvo Mayordomo, quien enfatiza una serie de propuestas para disminuir las complicaciones en la continuidad de cuidados dentro del área hospitalaria y la atención primaria, es así, que en el orden que corresponde, señala mejorar la comunicación en el proceso de alta hospitalaria, promover una monitorización estrecha al paciente, ejercer una participación activa con los familiares. Mientras que en la atención primaria, han evidenciado un resultado positivo mediante las visitas domiciliarias y el apoyo telefónico proactivo, mejorando los resultados clínicos y reducción de síntomas en personas con enfermedades crónicas y paciente de grupos vulnerables como; paciente con depresión, enfermedad cardíaca, diabetes, asma y los ancianos frágiles, enfermos paliativos, entre otros, logrando

reducir el uso de los servicios sanitarios, disminuyendo las hospitalizaciones y las estancias hospitalarias prolongadas. ⁽²⁵⁻²⁶⁾

Para Gabriela Méndez, en concordancia, manifiesta que la estrategia en la continuidad de los cuidados son las visitas domiciliarias realizadas por el profesional de enfermería, donde analizara cuales son las necesidades y problemas reales, para posteriormente priorizar los cuidados y planificar las intervenciones de enfermería, con el propósito de brindar ayuda en el tratamiento domiciliario, generalmente se realiza en pacientes que presenten discapacidad o enfermedad crónica u otras patologías que le impidan moverse hasta un centro de salud. ⁽³²⁾

En la investigación sobre el Acercamiento Multidisciplinar a la salud en el 2017, señala que uno de los problemas frecuentes en la continuidad de los cuidados en el paciente ocurre en el momento del alta (finalización del proceso hospitalario), porque es el inicio de una nueva etapa para el paciente y sus familiares, pues deben enfrentarse a nuevas situaciones en las que pueden aparecer situaciones de mayor estrés e incertidumbre por el desconocimiento y complejidad del proceso, tras largos días de estancia en el hospital. ⁽¹²⁻¹⁴⁻²⁷⁾

Del mismo modo, otro factor es la falta de comunicación por parte de los centros hospitalarios hacia el personal de Atención primaria, cuando el paciente es dado de alta, únicamente se entrega el informe médico en la hoja de referencia o contrareferencia, donde se registra diagnóstico y tratamiento, sin cubrir las necesidades de cuidado, lo que conlleva a la discontinuidad de la atención, especialmente en paciente crónico y en situación de fragilidad, dependencia o problemas que le impiden desplazarse al centro de salud, por tanto deben ser cubiertos en el domicilio. ⁽²⁷⁻³⁵⁻³⁴⁾

De ahí que, enfermería es una profesión independiente y autónoma que oferta servicios especializados "CUIDADOS ENFERMEROS", es preciso planear acciones que permitan dar continuidad de cuidados para que posteriormente sean registradas de forma estructurada, específica y clara para el paciente, familia y el personal enfermero/a quienes asumirán la responsabilidad de responder y garantizar la Continuidad de los Cuidados Enfermeros. ⁽²⁷⁻²⁸⁻³⁵⁾

En analogía a la investigación de la autora Montserrat Pérez Martí en el 2017, señala que en el informe de continuidad de cuidados son la herramienta fundamental que servirán de guía

para el cumplimiento de las indicaciones y recomendaciones necesarias para el cuidado de la persona. Calvo Mayordomo y colaboradores concuerdan con la falta de comunicación sobre el estado de salud del paciente cuando es dado de alta, origina duplicidad de intervenciones, errores por desconocimientos especialmente en la toma de medicamentos, insatisfacción del paciente y la familia, riesgo de agravamiento de la enfermedad y, en consecuencia, un reingreso hospitalario que podría evitarse con la coordinación y cooperación en el Sistema de Salud. ⁽²⁴⁻²⁸⁾

En correlación, Gisele Knop Aued en su estudio realizado en España, menciona tres estrategias para la continuidad de cuidados y como actoras principales identifica a las enfermeras de enlace, donde la primera es la identificación del paciente que necesita asistencia después del alta hospitalaria, para permitir observar la evolución del estado de salud e identificar necesidades o problemas cuando esté en su hogar. La segunda estrategia es la planificación del alta hospitalaria, proceso que debe iniciarse dentro de las primeras 24 horas con el fin de identificar problemas e implementar acciones correctivas de promoción prevención, enseñanza, sistemas de apoyo dirigida al paciente y familia.

Y, por último, la transferencia de la información y responsabilidades entre el personal y servicios sanitarios, mediante la aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia a las unidades asistenciales, en los pacientes con necesidad de cuidados complejos el intercambio de información ocurre de 24 a 48 horas antes del alta hospitalaria y para pacientes con necesidad de cuidados menos complejos el mismo día del alta hospitalaria. ⁽²⁹⁻³⁵⁾

En similitud, el autor Matías Correa, en su obra establece tres estrategias de intervención para lograr la continuidad del cuidado, centradas en las personas, en la gestión-coordinación y en la información. La primera menciona dos parámetros esenciales; el cuidado integrado centrado en la persona y la personalización de la atención, referente a la relación existente de enfermera-paciente y la implementación de modelos en la atención primaria dirigidos a la familia. ⁽³⁰⁾

La segunda estrategia de gestión-coordinación interacción de personal interniveles que se encargan de la gestión de casos y procesos asistenciales para lo cual se deben implementar centros de coordinación telefónicos. Mientras que el tercer referente a la información

mediante la creación de informes de continuidad de cuidados en la historia clínica única del paciente (digital o física) y el seguimiento telefónico. ⁽³⁰⁾

En analogía para Tizón Bauzo en Octubre del 2019, describe la nueva estrategia de gestión para el seguimiento de pacientes hospitalarios, con el programa CONECTA 72, cuyo objetivo es asegurar el seguimiento de cuidados al alta en las primeras 72 horas mediante una consulta telefónica del enfermero/a de atención primaria, también busca mejorar la calidad asistencial, aumentar la confianza entre los pacientes con los profesionales y agilizar los cuidados tras el alta, teniendo como principal conductor el informe de Cuidados de Enfermería (ICE) realizado en el hospital. ⁽¹⁰⁾

De ahí que, las normas o características para la elaboración del informe de enfermería, precisa, que la hoja de evolución debe ser llenada con objetividad, sin prejuicios u opiniones personales, no utilizar lenguajes negativos o inapropiados que afecten la integridad de la persona, recomienda anotar objetivamente el comportamiento observado en el paciente y de forma subjetiva lo que paciente o familia manifiesta y hacerlo entre comillas. Otra característica es la precisión y exactitud de las actividades y hallazgos que describan características esenciales como; el tipo, forma, tamaño y aspectos relevantes, además, debe constar la fecha y hora de la elaboración en conjunto con la firma legible de la enfermera responsable, anotar todas las actividades realizadas, un registro incompleto podría indicar cuidados deficientes o no realizados. ⁽³¹⁾

La legibilidad y claridad, se refiere a la buena caligrafía y ortografía de quien redacta los informes, se debe utilizar abreviaturas estandarizadas, no utilizar correctores, ni realizar manchones o borrones, si se comete un error se debe colocar una línea y anotar al lado "error" con la firma de la enfermería responsable. Una de las recomendaciones más frecuentes es no dejar espacios en blanco ni escribir entre líneas, en la firma debe constar el nombre y apellido completo o bien los dos nombres y los dos apellidos legibles. Finalmente, en los informes no se debe registrar las conductas inapropiadas del paciente, la escasez del personal o tratara de explicar errores con expresiones como; "accidentalmente lo realice", es de vital importancia la realización de un buen registro de enfermería, este puede ser una defensa ante cualquier problema legal en el que el personal esté ligado. ⁽³¹⁾

CONCLUSIONES

Según la investigación realizada, los informes de enfermería son herramientas que facilitan la comunicación, permiten el intercambio de información y la transferencia de responsabilidades asistenciales entre profesionales con el fin de dar continuidad de cuidados al paciente en el área hospitalaria, en su contenido se describe las actividades diarias a través del proceso enfermero, utilizando en la actualidad el método SOAPIE que integra conocimientos basados en la taxonomía NANDA, NIC Y NOC, desarrollados en base a los diagnósticos enfermeros agrupados en 13 dominios, apoyados en los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, sirven para la formación, investigación y capacitación de los profesionales.

En las notas de enfermería cuando el paciente es dado de alta del área hospitalaria, no permite evidenciar aspectos que contribuyan a la continuidad en el cuidado del paciente en la atención primaria, debido a que este reporte no se utiliza como nexo de comunicación, ni enlace entre los niveles de atención primaria y especializada, puesto que, este informe se mantiene en la historia clínica del paciente, la única información que se traslada cuando el caso lo amerita, es la hoja de referencia y contra referencia que contiene información del diagnóstico médico y el tratamiento, por tanto, no se cubren las necesidades de cuidado continuado que es propio de las enfermeras.

Finalmente, en este estudio realizado, conocemos que en la actualidad la continuidad de los cuidados, son aspectos valorados en la calidad de atención y satisfacción del paciente y para el logro de este objetivo se utilizan los informes de enfermería. Por ello, es necesario proyectar acciones para garantizar la continuidad de los cuidados enfermeros, a través de la implementación de una herramienta fundamental que se denominaría: “informes de enfermería al alta hospitalaria”, donde se integrarían los diagnósticos enfermeros, planes de cuidados, acciones realizadas y necesidades insatisfechas, cuidados no realizados y si el paciente es referido del primer nivel de atención, los cuidados proporcionados, con el fin de preparación y coordinar cuidados antes y después del alta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yanez-Corral, A.M. Y Zarate-Grajales, R.A. Diseño De Un Instrumento Para Evaluar El Proceso De Enlace De Turno De Enfermería. *Enferm. univ* [online]. 2016, vol.13, n.2 [citado 2020-09-10], pp.99-106. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200099&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2395-8421. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.002>.
2. Marco Referencial de la Continuidad de Cuidados del Servicio Madrileño. [Internet]. 2014 enero. [Citado 2020 Junio 1]. Disponible en [disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMarco+C](http://www.portal-salud.gob.es/portal-salud/contenidos/continuidad-cuidados-enfermeros) ontinuidad+Cuidados+Enfermeros.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site %3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=13528521313 98&ssbinary=true
3. Ramírez-Girón N., Cortés-Barragán B., Galicia-Aguilar R.M. Continuidad Del Cuidado: Adulto Mayor Con Diabetes Tipo 2 Y Su Cuidador. *Enferm. Univ.* [revista en la Internet]. 2016 Mar [citado 2020 mayo 25]; 13(1): 61-68. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000100061&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.002>.
4. Stalin Fabián Chacón Quilca. Calidad De Los Reportes De Enfermería Basados En El Método SOAPIE En El Hospital Alberto Correa Cornejo. Yaruqui, 2018. [Internet]. 2019 oct. [Citado 2020 junio 25]; 10-14. Disponible en: [http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9830/2/06%20ENF%201105%20 TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf](http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9830/2/06%20ENF%201105%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf)
5. Ministerio de Salud Pública. Expediente único para la Historia Clínica. [Internet]. 2007 oct. [Citado 2020 marzo 26]; 13-17. Disponible en: <http://www.conasa.gob.ec/biblioteca/Otros/bt15%20->

%20Expediente%20% C3% BAnico%20para%20la%20Historia%20Cl% C3% ADnic
a.pdf

6. Guadarrama- Ortega, Delgado Sánchez, Martínez Piedralo, López Povez. Integración Del Proceso Enfermero En La Historia Clínica Electrónica De Un Hospital Universitario. [Internet]. Abril del 2017. [Citado 3 Junio 2020]: Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-zzasistencial-256-pdf-S1134282X17300210>
7. Ortiz Carrillo Ofelia, Chávez María del Socorro. El Registro De Enfermería Como Parte Del Cuidado. Rev. Fac. [revista en la Internet].2016 jun. [citado 2020 mayo 25]; 8 (2): 1-5. Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/928/717>.
8. Elena Ruíz Gómez, Verónica Domínguez Orozco, Jorge Alfonso Pérez Castro, Margarita Acevedo Peña. La Eficacia De La Nota De Enfermería En El Expediente Clínico. Rev. Con Amed [revista en la Internet]. 2017 May [citado 2020 junio 25]; 22(2): 83-84. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con172e.pdf>
9. Elena Ruíz Góme, Verónica Domínguez Orozco, Jorge Alfonso Pérez Castro, Margarita Acevedo Peña. La Eficacia De La Nota De Enfermería En El Expediente Clínico. Rev. Conamed [revista en la Internet]. 2017 mayo [citado 2020 junio 25]; 22(2): 83-84. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con172e.pdf>
10. Tizón-Bouza Eva, Pesado-Cartelle José-Ángel, Pérez-Felpete Noemí. Informe de cuidados de enfermería, programa conecta72 y la enfermera gestora de casos: estudio de opinión médica. Ene. [Internet]. 2019 [citado 2020 mayo 26]; 13(2): 1327. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200007&lng=es. Epub 21-Oct-2019.

11. García- Ríos María, Canga -Pérez Raquel, García -Bango Alejandra, Fernández - Fernández Beatriz, Manjón- García Pablo, Ferrero -Fernández Isabel Elena. Utilidad percibida del informe de continuidad de cuidados de enfermería. Rev SEAPA. [revista en la Internet].2019 nov. [citado 2020 mayo 25]; 7 (4): 35-46. Disponible en: https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/12408/1/5_Continuidad%20V7-N4.pdf
12. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Informe De Continuidad De Cuidados Al Alta Hospitalaria De Enfermería. Enf [Internet]. 2015 jul [citado 2020 mayo 25]; 1:6-17. Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/GESTION%20DE%20CUIDADOS/PROCESO%20DE%20ATENCIÓN%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20HOSPITALIZACIÓN/ICCAH/DOCUMENTOS%20DE%20APOYO/alta%20hospitalaria%20junio%202008.pdf
13. Cruzado- Alvarez C, Bru-Torreblanca A, González- Peral R, Aida-Otero S. Valoración Del Informe De Continuidad De Cuidados Por Enfermeras De Atención Primaria. Enf card. [Internet]. 2018 May [citado 2020 mayo 25]; 45(3): 21-25. Disponible en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/4503.pdf>
14. Amado Canillas Javier. Informe De Enfermería Al Alta o Informe De Continuidad De Cuidados: Cuestión De Palabras. [Internet] diciembre 2014. [citado 2020 mayo 26]. Disponible en: www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/74802810-3A2E-414B-BED2-4EADD3321290/a45fda69-9138-480e-a701-dd87c2cc4d36/a45fda69-9138-480e-a701-dd87c2cc4d36.pdf
15. Eloísa Tixtha López. El Plan De Alta De Enfermería Y Su Impacto En La Disminución De Reingresos Hospitalarios. [Internet] diciembre 2014. [citado 2020

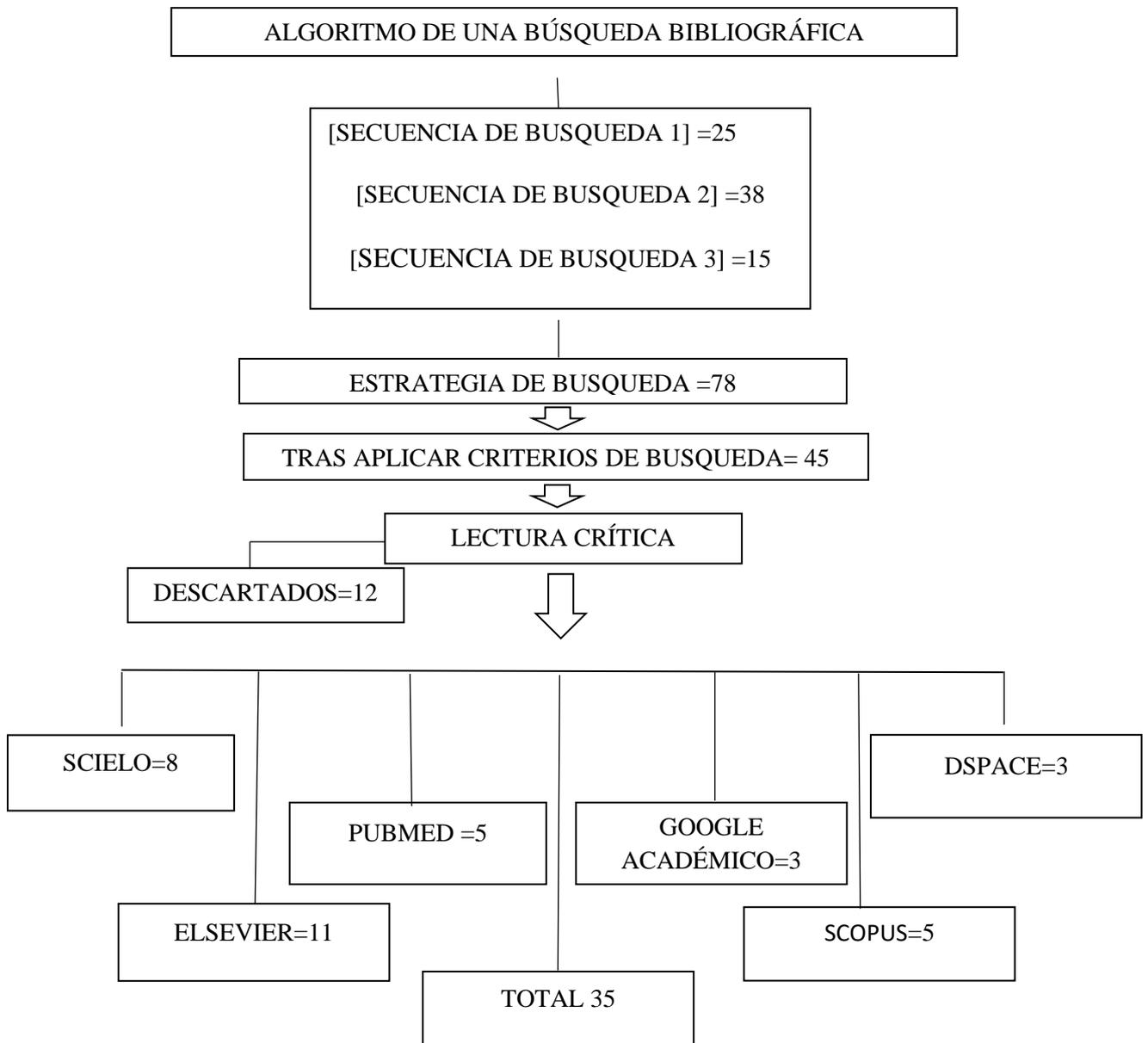
- mayo 26]. Disponible en: <https://www.medigraphi7c.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>
16. Nereida Saraí Almendarez. Cuadros Intervención Educativa De Enfermería Para El Manejo De La Medicación Al Alta Hospitalaria En El Adulto Mayor. [Internet] septiembre 2017. [citado 2020 mayo 29]. Disponible en: https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4505/INFORME%20DE%20TESIS%20SARAI%20ALMENDAREZ%20SEPTIEMBRE%202017.%20C_.pdf?sequence=1
17. Amado Canillas Javier, Durán Guisado María Jesús. ¿Informe De Enfermería Al Alta Ó Informe De Continuidad De Cuidados: ¿Cuestión De Palabras? Ene. [Internet].2019. [citado 2020 mayo 26]; 1-3. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/74802810-3A2E-414B-BED2-4EADD3321290/a45fda69-9138-480e-a701-dd87c2cc4d36/a45fda69-9138-480e-a701-dd87c2cc4d36.pdf>
18. Marilú Budinicha. Planificación del alta. [Internet] septiembre 2019. [citado 2020 junio 30]. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S0716864019301129%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S0716864019301129%20(2).pdf)
19. Ruiz Ortiz Myrian Guadalupe, Guamantica Guamán Sandra Paulina. "Factores Determinantes De La Calidad De Los Informes De Enfermería En La Unidad De Terapia Intensiva Del Hospital Quito No 1. Primer Trimestre Del Año 2015". Dspace. [Internet]. 2015 jul [Citado 2020 Mayo 25]; 1:1-97.Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4995/1/T-UCE-0006-169.pdf>
20. Paula Arminio Jiménez. Valoración De La Eficacia del Informe De Enfermería al Alta En La Continuidad De Cuidados. [Internet]. febrero 2018. [Citado 20 julio 2020]; Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Paula%20Arminio.pdf>

21. Sonia Sánchez Aragón. Percepción del Informe de Continuidad de Cuidados al Alta Quirúrgica En Enfermería. [Internet]. mayo 2018. [Citado 18 julio 2020]; Disponible:
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1362/832>
22. Núñez Odar Adela Rosanna, Rodríguez Cruz Lisseth Dolores. Incorporando Las Anotaciones De Enfermería Tipo SOAPIE En El Servicio De Pediatría. [Internet] diciembre 2018. [Citado 17 agosto 2020]; Disponible:
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/181-Texto%20del%20art%C3%ADculo-877-1-10-20190620%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/181-Texto%20del%20art%C3%ADculo-877-1-10-20190620%20(2).pdf)
23. Chacón Guerra Melisa Gabriela. Factores Relacionados con la Calidad de los Reportes de Enfermería. [Internet] diciembre 2018. [Citado 17 agosto 2020]; Disponible:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9055/1/06%20ENF%201011%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>
24. Bravo Apaza Aramis Milagros. Nivel de Conocimiento Sobre Modelo SOAPIE Y Calidad De Las Anotaciones De Enfermería. [Internet] noviembre 2018. [Citado 20 Agosto 2020]; Disponible:
<http://bibliotecas.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5138/ENbrapamo.pdf?sequence=1&isAllowed=>
25. MJ Calvo Mayordomo, JA Infantes Rodríguez. La Enfermera de AP Como Garante de la Continuidad de Cuidados: Intervención Proactiva Tras El Alta Hospitalaria. [Internet] noviembre 2015. [Citado 21 agosto 2020]; Disponible:
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/9-36-1-PB%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/9-36-1-PB%20(5).pdf)
26. Protocolo del Servicio De Continuidad de Cuidados de Enfermería Entre Ámbitos Asistenciales. [Internet] noviembre 2015. [Citado 28 agosto 2020]; Disponible:
https://www.agefec.org/Almacen/protocolos%20y%20programas/Protocolo_SCCE.pdf

27. María Paz Fernández Robles, Olga García García. Cuidados Domiciliarios Tras el Alta Hospitalaria Del Paciente. [Internet] enero 2017. [Citado 29 agosto 2020]; Disponible: https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_2.pdf#page=347
28. Montserrat Pérez Mart. Percepción de los Enfermeros Sobre el Informe de Cuidados de Enfermería al Alta En Un Hospital Comarcal. [Internet] febrero 2017. [Citado] 30 agosto 2020]; Disponible: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1023/749>
29. Gisele Knop Aued. Actividades de las enfermeras de enlace en el alta hospitalaria: una estrategia para la continuidad del cuidado. [Internet] agosto 2019. [Citado] 31 agosto 2020]; Disponible: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>
30. Matías Correa Casad. El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. [Internet] julio 2014. [Citado] 31 agosto 2020]; Disponible: http://www.aecs.es/5_2_4.pdf
31. Menéndez Barrezueta Gabriela Lisst. Efectividad De Las Visitas Domiciliarias Como Herramienta En Las Actividades Comunitarias. [Internet] abril 2017. [Citado] 10 septiembre 2020]; Disponible: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1333/1/MEN%C3%89NDEZ%20BARREZUETA%20GABRIELA%20LISSET.pdf>
32. Patricia Urgiles, Janeth Barrera. Norma para la Elaboración de la Evolución de Enfermería Aplicando el Sistema Basado en Problemas SOAPIE en el Hospitalización del HE-1. [Internet] septiembre 2018. [Citado] 10 septiembre 2020]; Disponible: <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/5307/1/AC-MAESTR%C3%8DAS-ESPE-033293.pdf>
33. Caridad Dios-Guerra, Juan Manuel Carmona-Torres. La Visita Programada del Profesional en Enfermería a las Personas Mayores En Su Domicilio. [Internet] mayo

2015. [Citado] 10 septiembre 2020]; Disponible:
https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es_0104-1169-rlae-23-03-00535.pdf
34. Enfermera Comunitaria De Enlace En. [Internet] mayo 2015. [Citado] 10 septiembre 2020]; Disponible: https://enfermeriaendesarrollo.es/wp-content/uploads/2015/10/images_documentos_premios_15_autocuidado_AU-1516.pdf
35. Dasi María José, Rojo Elías. Continuidad de los cuidados de enfermería: necesidad de coordinación entre niveles.
<https://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170094095095424170>

ANEXO 1. Algoritmo de búsqueda



ANEXO 2. Triangulación

TEMAS DE ARTÍCULOS RELACIONADOS/ AUTOR/AÑO	ASPECTOS RELEVANTES DE LOS ARTÍCULOS DE INFORME DE ENFERMERÍA Y LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS	SIMILITUDES ENTRE ARTÍCULOS Y AUTORES	DISCREPANCIAS ENTRE ARTÍCULOS Y AUTORES	CRITERIO PERSONAL
<p>Valoración de la eficacia del informe de enfermería al alta en la continuidad de cuidados /Paula Arminio/2017.⁽²⁰⁾</p>	<p>En el apartado de esta investigación, revela que, para el desarrollo de las acciones diarias están descritos en los informes de cuidados de enfermería y se utilizan como herramienta para llevar a cabo la continuidad de cuidados en la Atención Primaria en salud cuando el paciente es dado de alta.</p> <p>Señala además que el trabajo de la enfermera se realiza mediante el método científico y en la actualidad se utiliza la Taxonomía NANDA que está organizada en base a diagnósticos enfermeros agrupados en 13 dominios, apoyados en los patrones</p>	<p>En esta revisión bibliográfica menciona que los registros de enfermería son documentos específicos que forman parte de la historia clínica del paciente, en este se describen cronológicamente la situación y evolución del estado de salud, intervenciones de promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación tanto para el paciente, familia y comunidad. Sin embargo, Tizón discrepa y menciona que existe un</p>	<p>Al respecto de los informes de enfermería el Ministerio de Salud en el año 2001, establece en los establecimientos de salud del país deben aplicar la metodología del SOAPIE, con el fin de sistematizar los reportes en la historia clínica, aplicando el método científico en el proceso de cuidado.</p>	<p>La herramienta fundamental para orientar la continuidad del cuidado del paciente cuando es dado de alta es el informe de enfermería, describe la metodología utilizada por las enfermeras en la aplicación de actividades de cuidado, lo que hace a la profesión autónoma en la toma de decisiones en cuanto a las intervenciones con el paciente.</p>

	<p>funcionales de salud de Marjory Gordon.</p> <p>Juana María Hernández Cones, señala que el uso de la metodología NANDA, NIC Y NOC, estandarizo los cuidados enfermeros, otorgado la posibilidad de priorizar las actividades proporcionada autonomía de la profesión y considera que la enfermería es una ciencia del cuidado. Gracias a esta afirmación se crea el instrumento utilizado por el personal, denominado Proceso Enfermero que integra cinco fases que se relacionan entre sí y permiten resolver el problema de salud del paciente y a su vez permitió estandarizar la redacción de los registros de enfermería.</p>	<p>desconocimiento importante de cómo y cuándo realizar dicho informe es realizado.</p>		
<p>Incorporando las anotaciones de enfermería tipo SOAPIE a través de la metodología participativa / Lic. Adele Rosanna Núñez Odar /2016 ⁽²²⁾</p>	<p>El registro de enfermería es un instrumento que permite valorar varios aspectos relacionados con el trabajo diario de la enfermera, define la eficacia del cuidado en los aspectos técnico-científico, humano, ético y el nivel de responsabilidad del profesional.</p>	<p>En concordancia los autores, Torrecilla, Nuñez, Rodríguez y Nuñez menciona que, los registros de enfermería deben ser redactados de forma clara y veraz</p>	<p>En discrepancia con otros artículos en el contenido de este trabajo, menciona que, en los informes de enfermería se debe registrar datos subjetivos que refiere el paciente</p>	<p>El conocimiento de estrategias y herramientas para la redacción de los informes de enfermería es fundamental en el proceso de cuidado brindado por la enfermera, este servirá como fuente de</p>

	<p>Su adecuada redacción permite ejecutar continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente.</p>	<p>aplicando los conocimientos teóricos aprendidos durante la formación académica. En el ámbito de laboral son un instrumento de comunicación e intercambio de información del estado evolutivo del paciente y frecuentemente sirve de respaldo ético-legal del trabajo de la enfermera.</p>	<p>para emitir un juicio crítico y elaborar un diagnóstico de enfermería, con lo cual se procede a la planificación de intervenciones y la evaluación de los cuidados brindados.</p>	<p>conocimiento y referente para investigaciones y aplicación en otros servicios asistenciales.</p>
<p>Normas para la elaboración de la Evolución de enfermería aplicado al sistema basado en problemas SOAPIE en Hospitalización del HE-1. /Patricia Úrgiles, Janeth Barrera/ 2018. ⁽³²⁾</p>	<p>El registro de enfermería constituye parte de la historia clínica del paciente, en el que se detalla cronológicamente la evolución del paciente y las actividades realizadas por el personal de enfermería. Existen tres tipos de anotaciones de enfermería: las notas narrativas que detallan un informe de lo sucedido en el turno, no tiene etapas determinadas, pero se redactan novedades y eventos relevantes suscitados en el turno; la metodología del SOAPIE mediante la taxonomía</p>	<p>En similitud a otros artículos, los reportes de enfermería deben ser realizados en las hojas de evolución de enfermería, deben ser escritos de forma clara, objetiva, sin prejuicios de las actuaciones ocurridas o juicios de valor que sean personales, se debe evitar tener una actitud negativa, comentarios despectivos, insultos, acusaciones o la descripción de</p>	<p>A diferencia de otras investigaciones en este artículo, las autoras, indican en los informes de enfermería se pueden usar abreviaturas en la redacción, sin embargo, si estas no son de uso común, serán inútiles para poder descifrarlas y son causa de los errores más comunes de omisión, duplicidad o error en los cuidados</p>	<p>A pesar que se realiza los informes de enfermería, aún existen dificultades a la hora de realizar estas anotaciones manuales por ello se hace necesario señalar propuestas tangibles que permitan aprovechar el tiempo para el cuidado directo del paciente.</p>

	<p>NANDA. Por último, el reporte de focus (DAR), que permite organizar y complementar la información con los datos objetivos y subjetivos que se obtienen del paciente, con lo cual se planifica cuidados para evaluar la eficacia de los cuidados mediante la observación de resultados.</p>	<p>discusiones que afecten la integridad del paciente.</p>	<p>por haber dudas en la interpretación del informe.</p>	
<p>“Nivel de conocimiento sobre modelo SOAPIE y calidad de las anotaciones de enfermería-/Bravo Apaza Aramiz Milagros O./2018. (24)</p>	<p>Método sistemático que refleja la aplicación del proceso de atención, mediante el análisis de las necesidades de Virgínea Henderson, los diagnósticos NANDA, las intervenciones NIC y las evaluaciones NOC, incluye la recolección de datos subjetivos del paciente, la identificación de respuestas, el desarrollo del plan de cuidados y su ejecución y la evaluación de los objetivos.</p>	<p>Al igual que la investigación de Patricia Úrgiles, la autora de Bravo, menciona que, el modelo SOAPIE, tiene cinco siglas o acrónimos que significan: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planificación, Intervención y Evaluación, lo cual permite establecer las necesidades en forma cíclica y ordenada, dando una apreciación real del estado de salud del paciente en el momento, permitiendo tomar</p>		<p>Este modelo permite estandarizar los cuidados enfermeros, al ser utilizado en las unidades de salud permite la uniformidad y estandarización en los registros de la evolución de los cuidados proporcionados la paciente y el control en la continuidad de los cuidados.</p>

		decisiones en el actuar de enfermería y el tratamiento de forma oportuna.		
Percepción del Informe de Continuidad de Cuidados al alta quirúrgica en Enfermería. / Sonia Sánchez Aragón /2018. ⁽²¹⁾	Sonia Sánchez Aragón, señala que el éxito de la continuidad de cuidado depende de la comunicación efectiva entre los profesionales de los niveles de atención especializada y atención primaria, integrando al paciente y la familia, esta estrategia permite el flujo de información para proporcionar una atención continuada e integral al paciente.			El informe de continuidad de cuidado facilita la comunicación entre los profesionales de salud de distintos niveles asistenciales, proporciona información relevante sobre el plan de cuidados, actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
Informe de cuidados de enfermería, programa conecta72 y la enfermera gestora de casos / Eva Tinzón/2019 ⁽¹⁰⁾	Los informes de continuidad de cuidados de enfermería son el soporte documenta del trabajo diario de las enfermeras, recoge la información de las actividades realizadas con el paciente, los cambios y evolución del estado de salud, se detallan las decisiones tomadas en beneficio del paciente.	Sánchez y Tizón señalan que una estrategia de la continuidad de cuidados, es la transferencia de información y de responsabilidades entre enfermeros y niveles asistenciales.	Es este artículo revela que a pesar que los informes de continuidad de cuidados son parte de la historia clínica del paciente y sirve como instrumento de para la continuidad de los cuidados, existe un desconocimiento sobre	Las anotaciones de los cuidados de enfermería son parte fundamental de la practica enfermera, esto garantiza el cumplimiento del trabajo realizado mediante la aplicación de conocimiento científico y sirve como sustento ético legal de la profesión.

			cuándo se realiza y su contenido que debe desarrollarse.	
El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. /Matías Correa Casado/ 2014. ⁽³⁰⁾	Los informes de continuidad de cuidados establecen tres estrategias de intervención para lograr la continuidad del cuidado: estrategias centradas en las personas, estrategias centradas en la gestión-coordinación y estrategias centradas en la información.	Correa Matías, Calvo y Rodríguez en similitud añaden que una atención de calidad debe ser personalizada y debe haber determinado número de pacientes para cada enfermera, con el fin de obtener mejores resultados y disminuir la estancia del paciente hospitalizado, esto permite realizar actividades de gestión que son parte del proceso enfermero, he aquí la redacción de los informes de enfermería.	A diferencia de otros artículos Correa, menciona que la continuidad de los cuidados en una medida de seguridad del paciente, se logra mediante la comunicación entre el personal de atención especializada y atención primaria a través de los informes de enfermería.	La continuidad de cuidados efectiva se realiza mediante la coordinación entre los dos niveles asistenciales a través de la información o documentación que el paciente presente en el primer nivel de atención.
Acercamiento multidisciplinar a la salud- Cuidados domiciliarios tras el alta hospitalaria del paciente/ María Paz, Fernández Robles/ 2017. ⁽²⁷⁾	Menciona que los problemas más frecuentes en la continuidad de los cuidados ocurren al momento del alta (finalización del proceso hospitalario), porque es el inicio de una nueva etapa en la que el paciente y familiares se	Montserrat Pérez y María PAZ aseveran que la falta de comunicación por parte de los centros hospitalarios hacia el personal de Atención primaria conlleva a la discontinuidad del	En esta investigación traduce que el informe de enfermería debe incluir una pequeña valoración del ingreso, así como los diagnósticos de enfermería no	El informe de continuidad de cuidados es fundamental en los grupos vulnerables, en especial en personas que requieren cuidados especializados, pacientes con dependencia parcial o

	<p>enfrentan a situaciones de mayor estrés e incertidumbre por el desconocimiento y complejidad del proceso.</p>	<p>cuidado y genera ansiedad por desconocimiento en el paciente y la familia. Los registros escritos de enfermería son pruebas de la constancia de las acciones que reflejan el ejercicio profesional de enfermería, en la elaboración se infunden lineamientos humanos, éticos, morales y el conocimiento científico aplicado en la práctica.</p>	<p>resueltos que precisan de supervisión y seguimiento para la continuidad de cuidados por parte de Atención Primaria.</p>	<p>total, pacientes con cirugías previas, con el propósito de proporcionar información para garantizar la recuperación del paciente, evitar reingresos hospitalarios y para el personal de atención primaria en salud dar continuidad de cuidado y planificar actividades como visitas domiciliarias, seguimiento del tratamiento y control de la salud de la persona.</p>
--	--	--	--	--

