



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN – CALIDAD

La continuidad de cuidados de los pacientes intervenidos de fractura de cadera

Continuity of care in patients after hip fracture surgery

*Calero Romero, M^a del Rocío

*Enfermera Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva. E-mail: rocio_calero@hotmail.com

Palabras clave: Atención primaria; Atención especializada; cuidados; fractura de cadera.

Keywords: primary health care; specialized health care; care; hip fracture

RESUMEN

Objetivo: Valorar si al paciente intervenido de fractura de cadera se le realiza continuidad de cuidados; conocer cómo influyen otra/s variables.

Diseño: Estudio cuantitativo.

Población: personas ingresadas en la planta de traumatología del Hospital General Juan Ramón Jiménez (Huelva) que han sido intervenidas de fractura de cadera, 48 pacientes.

Técnica de recogida de datos: observación directa, entrevistas y encuestas telefónicas.

Análisis de los datos: se utilizó el programa SPSS.

Variables: Edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico e instrucción, centro de salud, personalización de los cuidados, programas de crónicos y "Continuidad de Cuidados", medida por: demanda, comunicación y valoraciones.

Resultados: Con lo que respecta a la variable *Demanda*, el 41,46% ni demandan los cuidados ni son avisados por los profesionales ya que no llegó el informe de Continuidad de Cuidados; además en el 9,76% el informe ha llegado tarde, y el 29,27% de los pacientes han demandado los cuidados con el alta médica. Sólo el 19,51 % de los pacientes son avisados por los profesionales tras recibir correctamente el informe. Con respecto a la *Comunicación y Valoración*: En el 70% de los pacientes existe comunicación entre los profesionales y tienen valoración de enfermería. Existen relaciones entre la continuidad de cuidados y los programas de crónicos ($p=0,004$).

Conclusiones: No existe continuidad de cuidados debido a la deficiente intercomunicación entre los niveles asistenciales. Podemos establecer relaciones entre la variable dependiente y el programa de crónicos.

ABSTRACT

Objective: To assess whether a patient after a hip fracture surgery follows a continuity of care or not; to know how other factors affect.

Design: This is a quantitative study

Population: Hospitalized people in the orthopaedic floor at the General Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva) who have undergone hip fracture surgery, 48 patients.

Data recording technique: Direct observation, interviews and telephone surveys.

Analysis of the data: A SPSS program was used.

Variables: Age, sex, marital status, socioeconomic level, educational level, hospital, care personalization, chronic programmes and "Continuity of care", it was measured by: demand, communication and valuation.

Results: Regarding the *demand* factor, the 41, 46% of the patients neither demand the care nor are warned by the professionals as far as the Continuity of Care report did not arrive; moreover, in the 9, 76% of the studied cases, the report arrived late and the 29, 27% of the patients required the care after having been discharged. Only the 19, 51% of the patients are warned by the professionals after having received the report correctly. With regard to the *Communication and Valuation*: Communication among the professionals exists in the 70% of the patients and they have nursery valuation. There is a connection between the continuity of care and the chronic programs ($p=0,004$)

Conclusions: A continuity of care does not exist due to the inadequate intercommunication among the welfare level. We can establish connections between the dependent variable and the chronic program.

INTRODUCCIÓN

El informe de enfermería al alta es fundamental para garantizar la continuidad de cuidados y un instrumento excelente para realizar educación sanitaria y aminorar la ansiedad del paciente¹.

En nuestro estudio tratamos de analizar si el colectivo enfermero utiliza registros para plasmar los cuidados de enfermería en los pacientes intervenidos de fractura de cadera en el Hospital General Juan Ramón Jiménez de Huelva y si cuando el paciente es dado de alta se le hace entrega de un informe de continuidad de cuidados a Atención Primaria (AP) para dar una continuidad a los cuidados recibidos en el hospital.

La Ley General de Sanidad² (L.G.S.) 1986 tiene como finalidad regular todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución. Esta ley hace alusión en varios de esos artículos a nuestro tema de estudio:

- Art.10.11: los usuarios tienen derecho" a que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una Institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de alta".

- Art.18.16: recoge la necesidad de control y mejora de la calidad de la existencia sanitaria en todos sus niveles.

Desde que la ley estableciera dos niveles asistenciales interconectados entre sí: Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), la continuidad de cuidados interniveles ha sido un reto para los diferentes niveles de salud con resultados discretos por el momento.

En los últimos años los sistemas sanitarios han sufrido un proceso de transformación. Las instituciones han emprendido un camino innovador: entre las tendencias actuales está la transformación de los entornos habituales de atención, con mayor protagonismo de la AP, convirtiendo los hospitales en centros de corta estancia³.

La planificación del alta, el proceso de prever y planificar las necesidades del paciente al salir del hospital, se está convirtiendo en una parte crucial de la atención integral a la salud.

La aparición del enfermero de enlace, nace como respuesta por parte del Servicio Andaluz de Salud (SAS) al Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas⁴ puesto en marcha por la Junta de Andalucía y tiene como objeto centrar todo el sistema sanitario público en los ciudadanos, en sus necesidades y expectativas, aportando un valor añadido al servicio ofrecido, mejorando la calidad percibida, y generando, por tanto, satisfacción entre los usuarios.

Los esfuerzos de las enfermeras hospitalarias de enlace se centran, en un primer momento, en los denominados pacientes diana o frágiles, es decir, aquellos que precisan de una mayor atención y cuidados. Mediante el uso de la metodología de enfermería, la incorporación de los pacientes diana se centra en personas con deterioro de la movilidad física, deterioro de la integridad cutánea, déficit de autocuidados, manejo inefectivo del régimen terapéutico, deterioro de la adaptación, conocimientos deficientes, incumplimiento del tratamiento, afrontamiento familiar incapacitante, afrontamiento familiar comprometido o cansancio en el desempeño del rol de cuidador, entre otros.

El siguiente paso es la coordinación de los profesionales que intervienen en otros niveles asistenciales, asegurando así una continuidad de cuidados real, independientemente del sitio dentro del sistema sanitario público donde se realicen los cuidados o la atención de la persona.

La revisión de la bibliografía más reciente muestra información sobre la continuidad de cuidados en cuanto a su necesidad, a la elaboración del informe del alta, a la importancia de su implantación, pero no muestra si realmente se cumple o no esa continuidad de cuidados.

En la revisión bibliográfica realizada no se ha localizado ningún estudio sobre el análisis de la comunicación de los informes de continuidad de cuidados interniveles de pacientes intervenidos de fracturas de caderas^{1, 3,5-11}.

MATERIAL Y METODOS

El abordaje de este estudio se realizó siguiendo una metodología cuantitativa, cuyo objetivo fue: Valorar si al paciente intervenido de fractura de cadera ingresado en la planta de Traumatología del Hospital General Juan Ramón Jiménez se le realiza continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria en los distintos Centros de Salud de la capital y además conocer como influyen otra/s variables en ese proceso de continuidad de cuidados.

La población de estudio son todas aquellas personas ingresadas en la planta de Traumatología del Hospital General Juan Ramón Jiménez de Huelva que han sido intervenidas de fractura de cadera durante los años 2005 y 2006, pertenecientes a las distintos Centros de Salud de Huelva capital, todos con informes de alta de enfermería. Nos encontramos con una población de 48 pacientes totales intervenidos en este periodo. La población de estudio se ha identificado mediante la hoja de informes de continuidad de

cuidados del despacho del supervisor de Traumatología del Hospital General Juan Ramón Jiménez, confirmados con las historias clínicas hospitalarias.

Las variables de estudio fueron las siguientes:

Variables Independientes: Edad: expresada en años, desde la fecha de nacimiento hasta la recogida de los datos; Sexo: Mujer, Varón; Estado civil: Soltero/a, Casado/a, Divorciado/a, Viudo/a; Nivel Socio-económico: (5.400-13.999 euros / anuales), (14.000-17.999 euros/anuales), (≥18000 euros/ anuales); Nivel de Instrucción: Muy bajo (analfabeto), Bajo (leer y escribir), Medio (estudios primarios y/o secundarios), Alto (estudios superiores); Personalización: es la asignación a cada usuario/ familia de una enfermera responsable de sus cuidados, Si está incluido en otros programas: si el paciente está incluido en otros programas en el Centro o no, y Centro de Salud: Centro al que pertenece el paciente; incluidos todos los centros de la ZBS de Huelva capital.

Variables Dependientes: “Continuidad de Cuidados”, para evaluar la misma utilizaremos las siguientes subvariables: Informe de alta de enfermería del Hospital. (100% de los pacientes), Llegada del informe al Centro de Salud correspondiente: Si los pacientes son atendidos en el centro de salud porque los profesionales hayan recibido el informe de continuidad del Hospital y ellos avisan a los pacientes, o si es éste el que acude al centro con el alta médica, Valoración enfermera: si el paciente tiene una valoración de enfermería, Diagnóstico de enfermería y Plan de Cuidados si éste lo requiere, Comunicación entre los profesionales (tanto intra nivel como inter nivel): si el paciente ha necesitado recursos y /o intervenciones que hayan requerido la participación de mas de un profesional y han trabajado en equipo. Estas dos últimas variables están relacionadas entre sí ya que hemos considerado que al existir valoración de enfermería, la enfermera de enlace se ha puesto en contacto con el resto de profesionales que han participado en los cuidados, entre ellos la enfermera de referencia del paciente.

Entendemos por Continuidad de Cuidados: desde que el informe es enviado del hospital hasta que es recibido en el centro de salud, así como todas las actuaciones imprescindibles por parte de los distintos profesionales, que deben intervenir para que el paciente pueda recuperar o mejorar su estado de salud.

Las técnicas que hemos utilizado para la recogida de datos son las siguientes: observación directa mediante los programas informáticos Diraya y BDU, entrevista a los distintos profesionales (Enfermero/a Adjunto/a, Asociado/a clínico/a, Enfermero/a de Enlace, Enfermeros/as de Referencia y Trabajador Social) y por último encuestas telefónicas a los pacientes a través de preguntas cerradas.

CUESTIONARIO:

1. *¿Qué edad tiene usted?*
2. *Sexo*
3. *¿Cuál es su estado civil actual?*
4. *¿Cómo es su nivel socio-económico actualmente?*
5. *¿Cuál es su nivel de instrucción?*
6. *¿Ha recibido usted la atención de diferentes profesionales?*
7. *¿Conoce usted a su enfermera de referencia?*
8. *¿Ha sido usted atendido/a tras la intervención por un sólo profesional de enfermería?*

9. *Tras su intervención, ¿recibió en AP la atención necesaria por aviso directo de los profesionales o tuvo que demandar usted los cuidados?*
10. *¿Está incluido usted en otros programas en su Centro de Salud?*
11. *¿Cuál es su Centro de Salud de referencia?*
12. *¿Conoce usted a la enfermera de enlace de su Centro de salud?*
13. *¿Acudió a su domicilio para valorar si usted necesitaba algún dispositivo de ayuda?*
14. *En caso afirmativo, ¿qué tipo de dispositivo o ayuda recibió usted?*
15. *¿Siente usted que ha recibido una adecuada atención por parte de los profesionales tanto a nivel hospitalario como a nivel de su Centro de Salud?*

Una vez localizado los datos nos dirigimos a cada Centro de Salud para la recogida de información de los pacientes seleccionados y ésta se obtuvo de la siguiente manera: Centro de Salud "El Torrejón": Entrevista personal al Adjunto de Enfermería, Trabajadora Social y programa informático "Diraya"; Centro de Salud "La Orden": Entrevista personal a la Asociada Clínica, Entrevista telefónica a la Enfermera de Enlace, utilización del programa informático "Diraya" y "BDU"; Centro de Salud "Los Rosales": Entrevista personal Asociada Clínica, Entrevista personal al Enfermero de Enlace y por último realizamos otra Entrevista personal a otro enfermero de dicho Centro, Utilización del programa informático "Diraya" y "BDU"; Centro de Salud "El Molino": Entrevista personal a la Enfermera de Enlace y utilización del programa informático "Diraya" y "BDU"; Centro de Salud "Huelva-Centro": Entrevista personal al Adjunto de Enfermería y a la Enfermera de Enlace, Entrevistas telefónicas a diversos pacientes y por último utilización de programas informáticos "Diraya" y "BDU"; Centro de Salud "La Perlita": Entrevista personal a la Adjunta de Enfermería y enfermera de enlace, Entrevista por escrito a diversos enfermeros del Centro, Entrevista telefónica a diversos pacientes y por último utilización de programas informáticos "Diraya" y "BDU".

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS-PC. Los datos cualitativos se expresaron en frecuencias (%) y los datos cuantitativos en media \pm desviación estándar. Para la comparación de medias de las variables cuantitativas se ha utilizado el test de la t (para dos medias) y el ANOVA, (para más de dos medias) y para el contraste entre variables cualitativas la prueba de ji cuadrado. En todos los casos se comprobaron las condiciones de aplicación.

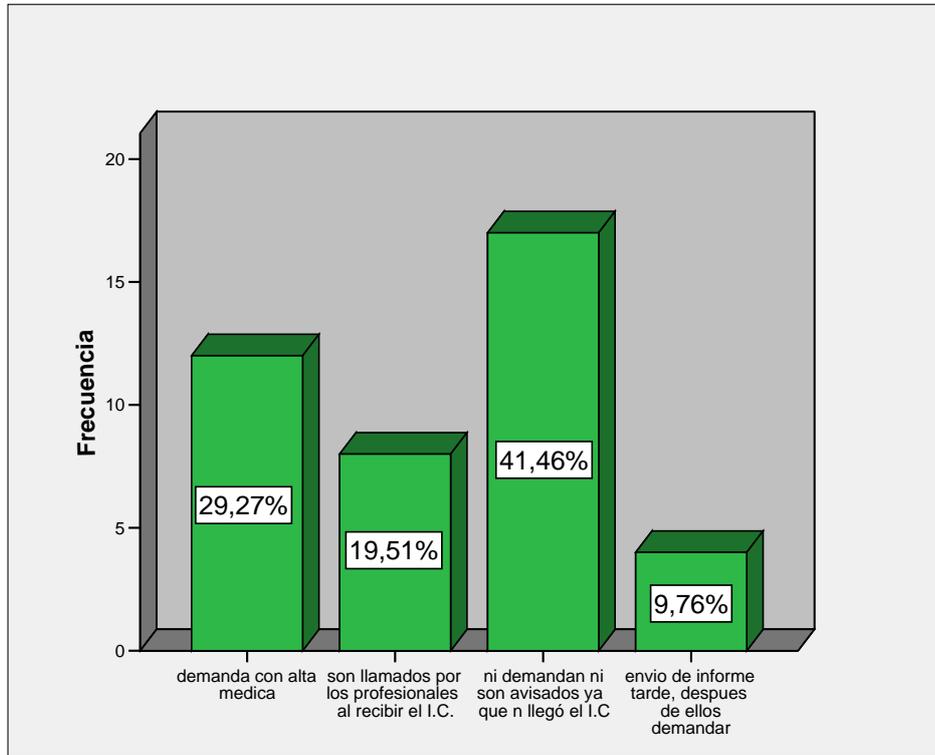
RESULTADOS

Se recogieron datos de un total de 48 personas intervenidas de fractura de cadera. Del total de las 48 no se ha podido obtener información de 17 pacientes. Los 7 pertenecientes al C.S Adoratrices fueron retirados del estudio por problemas en la recogida de datos y los 10 sujetos restantes no se localizaron en ningún Centro de Salud. La distribución Pacientes/ Centro de Salud es la siguiente:

- C.S Rosales: 5 pacientes.
- C.S Huelva-Centro: 6 pacientes.
- C.S Torrejón: 3 pacientes.
- C.S Molino: 4 pacientes.
- C.S Perlita: 10 pacientes.
- C.S La Orden: 3 pacientes.
- C.S Adoratrices: 7 pacientes.
- 10 pacientes no adscritos a ningún Centro de Salud.

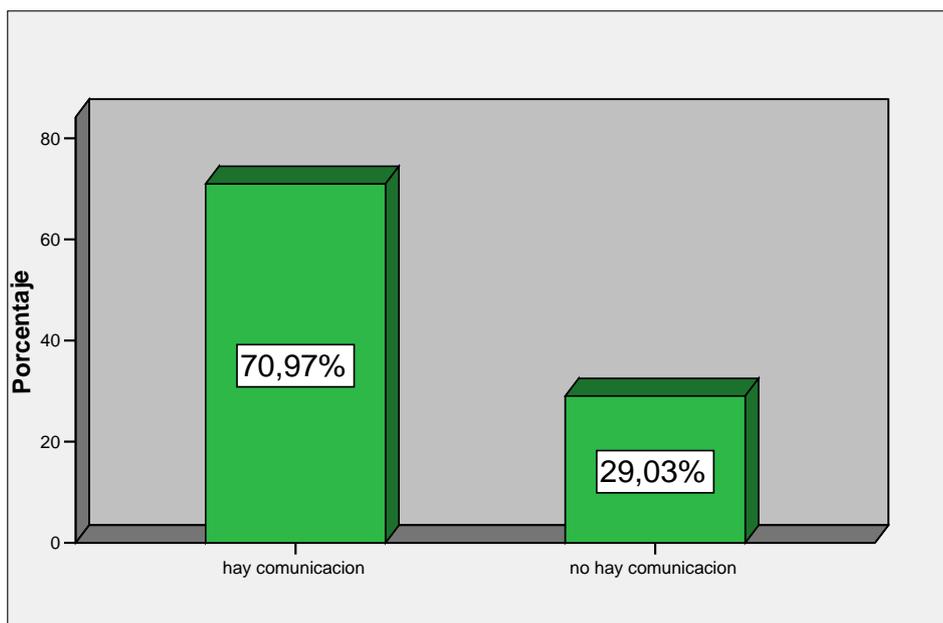
Como muestra el siguiente gráfico un 29,27% de los pacientes demandan los cuidados con alta médica. Un 19,51% son avisados por los profesionales al recibir el informe de continuidad de cuidados. El 41,46% ni demandan los cuidados ni son avisados por los profesionales, ya que no llegó el informe de continuidad de cuidados y, finalmente, en un 9,76% los pacientes han demandado los cuidados antes de que el informe se haya recibido en el Centro.

Demandan los cuidados o son avisados tra recibir el centro de salud el informe de continuidad



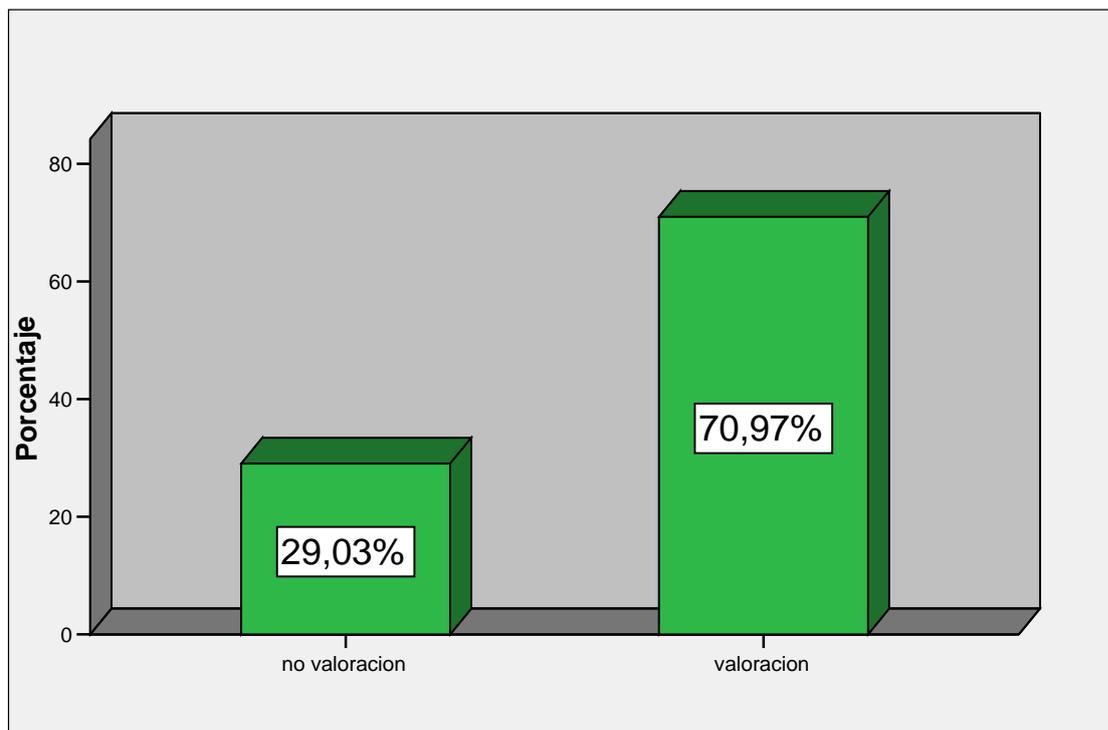
En lo que respecta a la comunicación entre los profesionales, en un 71% de los pacientes existe comunicación.

Comunicacion entre los distintos profesionales



Finalmente, el siguiente gráfico muestra que a un 71% de los pacientes se le ha realizado valoración de enfermería, con diagnóstico y plan de cuidados.

Valoración enfermera: Dde y plan de cuidados



En el análisis de los datos hemos relacionado la variable dependiente (Demanda de los pacientes o aviso por parte del profesional, Comunicación entre los profesionales y Valoración enfermera) con el resto de variables (independientes), y hemos obtenido los siguientes resultados:

Variable sexo:

1. Demandan o no los cuidados:

El 66,7% de los pacientes, que *demandan los cuidados con alta médica*, y el 87,5% que *son llamadas por los profesionales* al recibir los informes de continuidad de cuidados, son mujeres.

El 85,7% de los pacientes, que *ni demandan ni son avisados*, debido a que no hay envío de informe de continuidad y el 50% que *han demandado los cuidados, y posteriormente se ha recibido el informe*, son mujeres.

2. Existe o no comunicación entre los profesionales:

El 72,7% de los pacientes en los que *existe comunicación* entre los profesionales, son mujeres.

Un 77,8% de los pacientes, en los que *no existe comunicación* entre los profesionales, son mujeres.

3. Existe o no valoración de enfermería(Diagnóstico y plan de cuidados)

EL 77,8% de los pacientes, que *no tienen valoración enfermera*, son mujeres.

Un 72, 7% de los pacientes que *si tienen valoración enfermera*, son mujeres.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables dependientes (comunicación y valoración) y el sexo ($p= 1,000$).

Estado civil:

1. Demandan o no los cuidados:

De los pacientes que demandan los cuidados con alta médica, el 75% están casados. Los que son llamados por los profesionales al recibir el informe de continuidad de cuidados un 62,5% son viudos. De los pacientes que ni demandan ni son avisados, ya que no hay envío de informe de continuidad un 57,1% están casados y un 28,6% son viudos. El resto de resultados se muestra en la siguiente tabla.

TABLA 1: Relación de la demanda de los cuidados y el estado civil.

ESTADO CIVIL	SOLTERO/A	CASADO/A	VIUDO/A
Demanda por parte del paciente o familiar con alta médica	8,3%	75,0%	16,7%
Son llamados por los profesionales al recibir el informe de continuidad	,0%	37,5%	62,5%
Ni demandan ni son avisados ya que no hay envío de informe de continuidad	14,3	57,1%	28,6%
Envío de informe tarde después de ellos demandar	,0%	25%	75%

2. Existe o no comunicación entre los profesionales:

De los pacientes en los que sí existe comunicación entre los profesionales, el 54,5% están casados y el 40,9 % de los pacientes son viudos, los demás porcentajes se muestran en la siguiente tabla:

TABLA 2: Relación de la comunicación entre los profesionales y el estado civil.

ESTADO CIVIL	SOLTERO/A	CASADO/A	VIUDO/A
Hay comunicación	4,5%	54,5%	40,9
No hay comunicación	11,1%	55,6%	33,3%

3. Existe o no valoración de enfermería(Diagnóstico y plan de cuidados):

De los pacientes que sí tienen valoración de enfermería, el 54,5% están casados y el 40,9% son viudos, el resto de porcentajes se muestran en la siguiente tabla.

TABLA 3: Relación de la valoración de enfermería y el estado civil.

ESTADO CIVIL	SOLTERO/A	CASADO/A	VIUDO/A
Hay valoración	4,5%	54,5%	40,9
No hay valoración	11,1%	55,6%	33,3%

Nivel socioeconómico:1. Demandan o no los cuidados:

De los pacientes que han demandado los cuidados con alta médica un 50% tienen un nivel socio-económico de 14.000-17.999 euros/ anuales.

De los pacientes que ni demandan ni son avisados ya que no existe envío de informe de continuidad, un 42,9% tienen un nivel socio-económico de 5.400-13.999 euros/anuales, otro 42,9% lo tienen de 14.000-17.999 euros/ anuales, el resto de porcentajes se muestran en la siguiente tabla:

TABLA 4: Relación entre demanda y nivel socioeconómico.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	5.400-13.999	14.000-17.999	≥18.000
Demanda por parte del paciente o familiar con alta médica	25%	50%	25%
Son llamados por los profesionales al recibir el informe de continuidad	37,5%	50%	12,5%
Ni demandan ni son avisados ya que no hay envío de informe de continuidad	42,9%	42,9%	14,3%

Envío de informe tarde después de ellos demandar	75%	25%	0%
--	-----	-----	----

2. Existe o no comunicación entre los profesionales:

De los pacientes en los que sí existe comunicación entre los profesionales un 40,9% tienen un nivel socio-económico de 5400-13.999 euros/ anuales, el 45,5%, en la siguiente tabla se muestra el resto de resultados:

TABLA 5: relación entre comunicación entre los profesionales y nivel socioeconómico.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	5400-13999	14.000-17.999	≥18.000
Hay comunicación	40,9%	45,5%	13,6%
No hay comunicación	33,3%	44,4%	22,2%

3. Existe o no valoración de enfermería(Diagnóstico y plan de cuidados):

En los pacientes que sí tienen valoración de enfermería el 40,9% tienen un nivel socio-económico bajo, el 45,5% medio. El resto se muestra en la siguiente tabla:

TABLA 6: relación entre valoración de enfermería y nivel socioeconómico

NIVEL SOCIOECONÓMICO	5400-13.999	14.000-17.999	≥18.000
Hay valoración	40,9%	45,5%	13,6%
No hay valoración	33,3%	44,4%	22,2%

Nivel de instrucción:

1. Demandan o no los cuidados:

De los pacientes que son llamados por los profesionales al recibir el informe de continuidad de cuidados, un 50% tienen un nivel de instrucción medio. De los pacientes que ni demandan ni son avisados, ya que no existe envío de informe de continuidad de cuidados, un 57,1% tiene un nivel de instrucción bajo. A continuación se muestra en la siguiente tabla el resto de resultados:

TABLA 7: Relación entre demanda y nivel de instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	MUY BAJO	BAJO	MEDIO	ALTO
Demanda por parte del paciente o familiar con alta médica	8,3%	50%	25%	16,7%
Son llamados por los profesionales al recibir el informe de continuidad de cuidados	25%	12,5%	50%	12,5%
Ni demandan ni son avisados ya que no hay envío de informe de continuidad	0%	57,1%	28,6%	14,3%
Envío de informe tarde después de ellos demandar	25%	75%	0%	0%

1. Existe o no comunicación entre los profesionales

De los pacientes en los que sí existe comunicación entre los profesionales el 45,5% tienen un nivel de instrucción bajo y un 9,1% tiene un nivel alto. El resto se muestra en la siguiente tabla:

TABLA 8: Relación entre comunicación y nivel de instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	MUY BAJO	BAJO	MEDIO	ALTO
Hay comunicación	18,2%	45,5%	27,3%	9,1%

No hay comunicación	0%	44,4%	33,3%	22,2%
---------------------	----	-------	-------	-------

2. Existe o no valoración de enfermería(Diagnóstico y plan de cuidados):

De los pacientes en los que sí existe valoración de enfermería el 45,5% tienen un nivel de instrucción bajo y un 9,1% tiene un nivel alto. El resto se muestra en la siguiente tabla:

TABLA 9: Relación de la valoración de enfermería y el nivel de instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	MUY BAJO	BAJO	MEDIO	ALTO
Hay valoración	18,2%	45,5%	27,3%	9,1%
No hay valoración	0%	44,4%	33,3%	22,2%

Centro de salud:

1. Demandan o no los cuidados:

De los pacientes que son llamados por los profesionales al recibir el informe de continuidad de cuidados el 37,5% pertenecen al centro de salud la Perlita. En el 75% de estos se envía el informe tarde. El resto de resultados se muestra a continuación en la siguiente tabla:

TABLA 10: relación entre la demanda y el centro de salud.

CENTRO DE SALUD	ROSALES	HUELVA-CENTRO	TORREJÓN	PERLITA	MOLINO	ORDEN
Demanda por parte del paciente o familiar con alta médica	25%	16,7%	16,7%	25%	8,3%	8,3%
Son llamados por los profesionales al recibir el informe de continuidad de cuidados	0%	25%	12,5%	37,5%	12,5%	15,5%
Ni demandan ni son avisados ya que no hay envío de informe de continuidad	28,6%	28,6%	0%	14,3%	14,3%	14,3%
Envío de informe tarde .	0%	0%	0%	75%	25%	0%

2.Existe o no comunicación entre los profesionales

De los pacientes en los que sí existe comunicación entre los profesionales el 40,9% pertenecen a La Perlita. El resto se muestra en la siguiente tabla:

TABLA 11: Relación entre la comunicación y el centro de salud.

CENTRO DE SALUD	ROSALES	HUELVA-CENTRO	TORREJÓN	MOLINO	PERLITA	ORDEN
Hay comunicación	13,6%	13,6%	13,6%	13,6%	40,9%	4,5%
No hay comunicación	22,2%	33,3%	0%	11,1%	11,1%	22,2%

3. Existe o no valoración de enfermería(Diagnóstico y plan de cuidados):

De los pacientes en los que sí existe valoración de enfermería, el 40,9% pertenecen a La Perlita. El resto se muestra en la siguiente tabla:

TABLA 12: relación entre la valoración de enfermería y el centro de salud.

CENTRO DE SALUD	ROSALES	HUELVA-CENTRO	TORREJÓN	MOLINO	PERLITA	ORDEN
Hay valoración	13,6%	13,6%	13,6%	13,6%	40,9%	4,5%
No valoración	22,2%	33,3%	0%	11,1%	11,1%	22,2%

Programa de crónicos:

1. Demandan o no los cuidados:

De los pacientes que han demandado los cuidados con alta médica, el 16,7% no está incluido en programas de crónicos del Centro de Salud, frente a un 83,3% que sí lo está. De los pacientes que son llamados por los profesionales al recibir el informe de continuidad de cuidados un 12,5% no está incluido en programas de crónicos, y un 87,5% sí lo está.

Los pacientes que ni demandan ni son avisados, ya que no existe envío de informe de continuidad de cuidados, el 42,9% no está incluido en programas de crónicos, frente a un 57,1% que sí lo está.

El 100% de los pacientes que demandan los cuidados y posteriormente se recibe el informe de continuidad, están incluidos en programas de crónicos.

2. Existe o no comunicación entre los profesionales

De los pacientes en los que sí existe comunicación entre los profesionales un 4,5% no está incluido en programas de crónicos y el 95,5% sí lo está. Los pacientes en los que no existe comunicación entre los profesionales el 55,6% no está incluido y el 44,4% sí lo está.

3. Existe o no valoración de enfermería(Diagnóstico y plan de cuidados):

De los pacientes que no tienen valoración de enfermería el 55,6% no está incluido en programas de crónicos frente a un 44,5% que sí lo están. Los pacientes que sí tienen valoración de enfermería el 4,5% no están incluidos en programas de crónicos y el 95,5% de estos pacientes sí lo están.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables dependientes (comunicación y valoración) y programa de crónicos. ($p = 0,004$).

Personalización:

1. Demandan o no los cuidados:

De los pacientes que han demandado los cuidados con alta médica el 66,7% es atendido por un solo enfermero, de los que son llamados por los profesionales al recibir el informe de continuidad de cuidados un 66,5% son atendidos por un solo enfermero también. La siguiente tabla muestra el resto de resultados.

TABLA 13: Relación entre la demanda y la personalización.

PERSONALIZACIÓN	0 ENFERMERO	UN ENFERMERO	MAS DE UN ENFERMERO
Demanda por parte del paciente o familiar con alta médica	0	66,7%	33,3%
Son llamados por los profesionales al recibir el informe de continuidad	0%	62,5%	37,5%
Ni demandan ni son avisados ya que no hay envío de informe de	100%	0%	0%

continuidad			
Envío de informe tarde después de ellos demandar	0%	100%	0%

2. Existe o no comunicación entre los profesionales:

De los pacientes en los que sí existe comunicación entre los profesionales el 72,7% es atendido por un único enfermero.

TABLA 14: Relación entre comunicación y personalización.

PERSONALIZACIÓN	0 ENFERMERO	UN ENFERMERO	MAS DE UN ENFERMERO
Hay comunicación	0%	72,7%	27,3%
No hay comunicación	77,8%	11,1%	11,1%

3. Existe o no valoración de enfermería(Diagnóstico y plan de cuidados):

De los pacientes que sí tienen valoración de enfermería el 72,7% es atendido por un único enfermero.

TABLA 15: Relación entre valoración de enfermería y personalización

PERSONALIZACIÓN	0 ENFERMERO	UN ENFERMERO	MAS DE UN ENFERMERO
Hay valoración	0%	72,7%	27,3%
No hay valoración	77,8%	11,1%	11,1%

Edad:

La edad media de los pacientes fue de 73,35 (DT 15,187) años.

1. Demandan o no los cuidados

La edad media de los pacientes que demandan los cuidados con alta médica es de 71,42 (D.T 13,406). Los pacientes que son avisados por los profesionales al recibir el informe de continuidad de cuidados tienen una edad media de 79,50 años (D.T 19,647).

Los pacientes que ni demandan ni son avisados ya que no hay envío de informe de continuidad, tienen una edad media de 65 años (D.T 13,051); finalmente, cuando se produce el envío del informe tarde, después de los pacientes demandar la atención, éstos presentan una edad media de 81,50 años (D.T 6,245).

No existen diferencias estadísticamente significativas entre la variable dependiente (demanda) y la edad. ($p= 0,139$).

2. Existe o no comunicación entre los profesionales

La edad media de los pacientes en los que sí hay comunicación entre los profesionales es de 76,55 (D.T = $\pm 14,128$), por otro lado, la edad media de los pacientes en los que no hay comunicación entre los profesionales es de 65,56 (D.T = $\pm 15,637$).

No existen diferencias estadísticamente significativas entre la variable dependiente (comunicación) y la edad. ($p= 0,107$).

3. Existe o no valoración de enfermería(Diagnóstico y plan de cuidados)

Los pacientes que no tienen valoración de enfermería tienen una edad media de 65,56 (D.T = $\pm 15,637$), por otro lado, los pacientes que tienen valoración presentan una edad media de 76,55(D.T = $\pm 14,128$).

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la variable dependiente (valoración) y la edad ($p= 0,066$).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las variables dependientes y las variables independientes: sexo, estado civil, nivel de instrucción, nivel socio-económico, centros de salud y personalización.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio están referidos a determinar si existe continuidad de cuidados en los pacientes que han sido intervenidos de fractura de cadera y además estudiar si hay algún factor que influya en esa continuidad.

La revisión de la bibliografía más reciente no muestra ningún estudio sobre los informes de continuidad de cuidados interniveles (AP y AE) de pacientes intervenidos de fracturas de caderas.

Durante la realización del estudio, nos encontramos con una serie de *limitaciones* que nos ha interferido en el análisis estadístico de los resultados:

En un primer momento tuvimos difícil acceso para la localización de la población de estudio, ya que fue recogida de los informes de continuidad de cuidados de la planta de Traumatología del Hospital General Juan Ramón Jiménez, los cuales no presentaban una

letra legible así como los números; además no todos los datos estaban incluidos, por todo ello los informes eran difíciles de descifrar. Otra de las limitaciones con la que nos encontramos fue la dificultad para obtener información sobre dichos pacientes, ya que no todos los profesionales registran todos los datos en el programa Diraya, base de datos de los centros de salud, por último las numerosas visitas a determinados centros, lo que supuso una demora en el análisis estadístico de los datos.

El tener que eliminar de nuestro estudio el Centro de Salud de Las Adoratrices, debido a los inconvenientes mostrados por los profesionales a la hora de recoger los datos ha dificultado bastante el análisis estadístico puesto que el tamaño de la muestra se redujo.

Si valoramos la continuidad de cuidados con respecto a la **demanda** observamos que existe un elevado porcentaje de personas que tienen que demandar los cuidados con el alta médica, ya sea porque en el Centro no se recibe el informe de continuidad o porque éste se haya recibido tarde. Además, sólo un pequeño porcentaje es avisado por los profesionales de enfermería para recibir los cuidados, así como un gran número de pacientes no reciben cuidados porque ni demandan la atención, ni han sido avisados por los profesionales de enfermería.

Sin embargo, detectamos un elevado porcentaje en pacientes que tienen realizada **valoración enfermera** y existe **comunicación entre los distintos profesionales**, coincidiendo dichos porcentajes en ambas variables. Por todo ello, por lo que respecta al *primer objetivo de nuestro estudio*, podríamos decir según la definición tomada de continuidad y basándonos sólo en la frecuencia de la misma que no existe continuidad de cuidados debido a la deficiente intercomunicación (informe de continuidad) entre los niveles asistenciales (AE y AE).

No podemos establecer relación entre el **sexo** y las variables dependientes debido al tamaño de la muestra.

Existe una relación entre el **estado civil** y las variables dependientes. La mayoría de los pacientes están casados o son viudos. Los casados al tener mayor apoyo social y familiar demandan los cuidados con la alta médica, sin embargo, los viudos han sido avisados del Centro de Salud ya que se ha recibido el informe; por lo que es indicativo de que estén más controlados y mejor captados por el centro de salud. Por otra parte, en cuanto a la comunicación y valoración de enfermería no nos sorprende que exista mayor comunicación en casados, a pesar de ello, son en los viudos y solteros donde debería de existir mayor comunicación, ya que disponen de menor apoyo social.

Al analizar la relación entre el **nivel socioeconómico** y la demanda de cuidados, son los pacientes de nivel socioeconómico medio los que más demandan los cuidados con alta médica. Es muy importante mencionar el elevado porcentaje de pacientes que ni demandan los cuidados, pero que tampoco son avisados por los profesionales, debido a que no existe coordinación entre el Hospital y centro de salud, ya que no hay envío de informe.

Aquellos pacientes que tienen un nivel socioeconómico alto, la gran mayoría, no demandan los cuidados con alta médica, ni tampoco son atendidos por los profesionales, al no recibir el informe de continuidad, además no había constancia en el Centro de que éstos pacientes habían sido intervenidos de fracturas de caderas. Podemos argumentar que tras la entrevista telefónica con ellos, nos comentaron que recurrieron a seguros privados para recibir los cuidados, o bien familiares y conocidos eran médicos, enfermeros o rehabilitadores.

De la muestra destaca que al ser la mayoría de los pacientes personas de avanzada edad, tienen un **nivel de instrucción** bajo y, por tanto, al relacionar las variables dependientes se observa que el porcentaje de éstos prevalece en la mayoría de los casos. Sin embargo nos parece alarmante que un porcentaje tan elevado de estos pacientes como es 57,1 % ni demanden los cuidados ni tampoco sean avisados por los profesionales del Centro de Salud, por otro lado son los pacientes con nivel de instrucción medio en su mayoría, los que son llamados por los profesionales al recibir el informe de continuidad.

El número de pacientes es distinto en cada uno de los **Centros de Salud**. En el centro de Salud de La Perlita, existe una mayor proporción de pacientes. En el Torrejón y en La Orden, es donde existe por el contrario, una menor proporción.

Cabe destacar que en La Perlita prevalece el porcentaje con respecto a los demás Centros de que los pacientes son llamados por los profesionales al recibir el informe y que además en muchos de los casos se recibe el informe pero tarde. Además es importante mencionar que ningún paciente perteneciente al centro de salud de los Rosales es avisado por los profesionales tras recibir el informe.

Finalmente, en el Torrejón, es importante reflejar que dicho centro tiene captados a todos sus pacientes con fractura de cadera, y además existe tanto comunicación como valoración.

Existe una importante relación entre las variables dependientes y los **programas de crónicos**, ya que los porcentajes reflejan que los pacientes que están incluidos en programas de crónicos tienen constancia en el Centro de que dicho paciente ha sido intervenido de fractura de cadera, y por tanto existe comunicación entre los distintos profesionales que han intervenido en el proceso y valoración enfermera.

Tras haberse implantado paulatinamente la **Personalización** en todos los Centros de Salud de Huelva capital, la mayoría de los pacientes han recibido los cuidados por un sólo profesional de enfermería, podemos resaltar que en los pacientes que han sido atendidos por un sólo enfermero existe mayor comunicación entre los profesionales y valoración de enfermería.

Para finalizar, la relación entre la variable **Edad** y las dependientes, se observa que no es estadísticamente significativa pero esto puede deberse al tamaño de la muestra como ha sucedido en otros casos, pero sí podemos describir que existe relación entre la edad de los pacientes y la continuidad de los cuidados, ya que son los pacientes de mayor edad los que están mejor captados, siendo estos avisados por los profesionales y además existiendo a su vez, mayor comunicación entre los profesionales y valoración de enfermería.

Por todo ello, por lo que respecta al *segundo objetivo del estudio*, podríamos concluir diciendo que existen relaciones estadísticamente significativas entre las variable dependiente y los programas de crónicos, por tanto, los pacientes que están incluidos en algún programa están mejor controlados y atendidos que aquellos que no lo están.

Para finalizar cabe mencionar que a pesar de no encontrar relación significativa entre las variables dependientes y la edad, podríamos hallarla si aumentamos el tamaño de la muestra. Podemos decir que a mayor edad, mejor captados y mayor continuidad de los cuidados ya que éstos pacientes probablemente estén incluidos en programas de crónicos. y por tanto más controlados por los profesionales de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Madero, Inmaculada; Marín Campaña, Ana M^a; Ipaneque Sánchez- Toscazo, Inmaculada. Continuidad en los cuidados. Informe de enfermería al alta en urgencias traumatológicas. Ciberrevista. 2004 Abr. 21 revisión, artículo.
2. Ley General de Sanidad.1986
3. Ballesteros García, M; Jiménez Navascues, Lourdes y Ruiz Gómez, MC. Revisión bibliográfica del informe de valoración al alta de enfermería. Gerokomos. 2004 Dic.15 (4): 209-216. Revisión, artículo.
4. Boja núm. 52. Real Decreto 137/2002, de 30 Abril, de Apoyo a las Familias.
5. González Lluva, Concepción; Olmo Cañas, Pilar; Rodríguez Pajares, Almudena; Martínez Vélez, Fco Javier y Pérez Martínez, T. Necesidad de continuidad de cuidados de enfermería en alta en la unidad de hospitalización de urología. Enfuro. 2001 Jul-Sep. 79: 31-34. Experiencias y trabajos de campo.
6. Carrascosa García, María Isabel y Bellido Vallejo, José Carlos. Documento de continuidad de cuidados del proceso de diabetes. Inquietudes. 2004 Sep-Dic. X (30): 36-37. Reportaje.
7. Calo Hernández, B J; Rodríguez Romero, E; Sicilia Coello, J C y Marrero del Castillo, D. Informes de continuidad de cuidados de enfermería. Estudio retrospectivos. Presencia. 2005 Ene-Jun. 1 (1). Original, artículo.
8. Plaza Zaldegui, J C; Castillo, C; Marco, M J; Gómez, C y Pérez, M D. Transplante hepático. Enfermería en la hospitalización a domicilio. Revista Rol de Enfermería. 2003 Jun. 26 (6): 51-56. Experiencias y trabajos.
9. Solar Gutiérrez, Clara Del; Iglesias Ruso, Rosa y Agudo Domínguez, Fco Javier. Informe de continuidad de cuidados del paciente operado de TRUC Vejiga- próstata. Enfuro.2003 Ene-Mar. 85: 37-38. Original, artículo/estudio descriptivo.
10. Atienza M, Esther; Delgado, M^a Teresa y Rubio, M^a Carmen. Aplicación práctica del modelo Roper-Logan-Tierney en la asistencia. Enfermería Clínica.2003 Sep-Oct. 13 (5): 295-302. Guías y programas.
11. Martín Salvador, Esperanza y Padilla Romero, Lourdes. Experiencia en continuidad de cuidados: Atención especializada/ atención primaria. Enfermería docente. 2004. 79: 11-13. Guías y programas.
12. Pérez Cabezas, Francisco Javier; García Villanego, Luís. Innovación en la continuidad de cuidados en el área de Cádiz: El impacto de la "PREALTA" en la continuidad de cuidados. ¿Puede la comunicación enfermera interniveles disminuir los ingresos por complicaciones en pacientes intervenidos de fractura de cadera?. Evidentia 2004. May- Ago 1 (2). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n2/56articulo.php>[ISSN: 1697-638X].

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia