



REVISIONES

Informe de cuidados en enfermería, revisión de su situación actual

Report of nursing cares, a review of the current situation

***Martínez Vidal, Leonor Encarnación **Cantero González, María Lourdes**

*Enfermera Generalista en Servicio Murciano de Salud. E-mail: leonor.martinezvidal@gmail.com

**Directora Técnica Escuela Universitaria de Enfermería de Cartagena. Universidad de Murcia.

Palabras clave: Enfermería; informe; cuidados

Keywords: Nursing; Repor; Cares.

RESUMEN

Desde que se establecieron los niveles de Atención Primaria y Especializada, siguiendo la estructura de la Ley General de Sanidad de 1986, el reto del Sistema Sanitario ha perseguido alcanzar la continuidad asistencial, siendo necesario un instrumento que la garantizase.

El Informe de Cuidados surge como una herramienta de las Enfermeras para posibilitar la continuidad de cuidados en ambos niveles. En este sentido, una adecuada realización y entrega del mismo supondrían grandes mejoras en la asistencia a pacientes necesitados de cuidados continuados, lográndose así mayor satisfacción, calidad y seguridad.

La pregunta que se nos plantea es si el Informe de Cuidados es una herramienta más del proceso enfermero o un trámite que no se ha implantado con la normalidad esperada por limitaciones de personal y tiempo, por lo que con esta revisión buscamos como objetivo fundamental analizar si el Informe de Cuidados es una realidad o, por el contrario, una mera declaración de intenciones, en cuyo caso examinaremos los posibles aspectos que obstaculizan su implantación, así como las acciones que mejorarían su utilización.

Para ello se realiza una revisión bibliográfica sobre el Informe de Cuidados implantado en Madrid, Andalucía y Canarias, contando con elementos positivos y negativos, que nos aporten criterios para valorar la situación del Servicio Murciano de Salud en este ámbito.

ABSTRACT

Achieving continuity of cares has been the main challenge of the Health System, since the establishment of Primary and Secondary Cares Levels, according to the General Health Law (1986). An instrument that ensures it is needed.

The Cares Report arises like a nurses' instrument to enable continuity of cares at both levels. Proper execution and delivery of it would improve the cares of patients who need continuing cares, achieving greater satisfaction, quality and safety.

Is the Care Report only an instrument like any other of nurse's routine or a process that has not been normally implanted owing to staff and time limitations? The main objective of this paper is to analyze whether the Care Report is a reality or a mere declaration of intent. If so, we'll study the main obstacles to its implantation and possible actions to get a better use of it.

Trough a bibliographic review of Care Report implanted in Madrid, Andalusia and Canaries, we have extracted its positive and negative elements, obtaining criteria to evaluate the Murcian Sanity Service (SMS) in this area.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La Ley General de Sanidad del 14/1986 estableció dos niveles de asistencia sanitaria interconectados entre sí, la Atención Primaria y la Especializada.

Desde el principio, la comunicación entre profesionales ha supuesto un reto para los servicios autonómicos de salud. Por tanto, resulta necesario establecer una herramienta que garantice la continuidad asistencial.

En este contexto histórico surge el Informe de Continuidad de Cuidados. Nace de la necesidad de comunicación entre profesionales de enfermería de los diferentes niveles asistenciales, constituyendo un instrumento fundamental de información.

El Real Decreto 1093/2010 del 3 de Septiembre, aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. En él se habla de Informe de Cuidados de Enfermería como término adecuado para referirnos al mismo ⁽¹⁾.

Los profesionales de enfermería que trabajan en el ámbito de especializada conocen la existencia del Informe de Cuidados al atender a pacientes susceptibles del mismo. La pregunta que se plantea es si ese informe elaborado, en muchas ocasiones con cierta premura, llega o no a Atención Primaria y si una vez allí se utiliza como procede. Además, ¿es un informe estandarizado o en cada lugar se hace de forma diferente? ¿Existen protocolos para el mismo como en la canalización de una vía venosa o en la inserción de un catéter vesical?

Debido a la importancia del tema, crece la inquietud por conocer si es una realidad o, por el contrario, una idea con limitaciones, no implantada en su totalidad en los centros sanitarios en el ámbito de enfermería.

En esta introducción nos adentraremos en los Servicios Sanitarios de las Comunidades de Andalucía, Madrid y Canarias, a fin de poder descubrir los elementos más definitorios en cuanto al Informe de Cuidados y lo que se pretende conseguir. Y es que en cada comunidad se plantea una visión de acuerdo a las necesidades de la población y a la forma de trabajo de los propios profesionales.

Comenzaremos con el Servicio Andaluz de Salud. En él se ofrece una atención sanitaria integral, en la que todos sus componentes están al mismo nivel, independientemente del nivel asistencial en que se encuentre el usuario. Esto resulta idóneo para garantizar la continuidad asistencial.

El Contrato Programa entre el Servicio Andaluz de Salud y sus centros asistenciales recoge la Comisión de Cuidados de Enfermería del Área. En ésta se integran enfermeras de diferentes niveles asistenciales y ámbitos de responsabilidad. De esta forma se pretende evitar las contradicciones entre Atención Primaria y Especializada que tanto preocupan a la continuidad de cuidados ⁽²⁾.

Los pacientes más beneficiados serán aquellos que constituyen una población vulnerable y necesitada de los mismos: pacientes crónicos con ingresos frecuentes, inmovilizados, ancianos dependientes y/o en riesgo de dependencia, etc. La Comisión de Cuidados de Enfermería debe garantizar la continuidad de cuidados por medio del desarrollo de elementos de comunicación que así lo permitan. Dentro de estos canales se incluyen tanto el Informe de Cuidados al alta desde Hospitales a Atención Primaria, como al ingreso programado desde Atención Primaria a Hospitales. El desarrollo de estos canales de comunicación permitirá diseñar y establecer los mecanismos pertinentes para la implantación del Informe de Cuidados estandarizado y bidireccional en ambos niveles asistenciales ⁽²⁾.

Resulta especialmente necesario al alta hospitalaria, pero también se emitirá cuando la enfermera del centro de salud considere que sea necesario por la situación que presente el paciente, y cuando se conozca el ingreso. Actualmente, esto último sólo es posible en los ingresos de cirugía programada ⁽²⁾.

Entre los objetivos que desde el Servicio Andaluz de Salud (SAS) se persiguen, podemos mencionar la concepción del Informe de Cuidados como documento bidireccional. El informe se elabora tanto para pacientes generales como vulnerables, debiendo constar en él una serie de apartados de obligado cumplimiento. Algunos ejemplos de éstos pueden ser: diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración durante la estancia y al alta, intervenciones principales y aquellas observaciones que afecten a la continuidad para la enfermera que reciba el informe ⁽³⁾.

Con esto podemos reflejar que, para el Servicio Andaluz de Salud, el Informe de Cuidados es una de las herramientas fundamentales para conseguir la continuidad de cuidados. En manos de los responsables queda garantizar que llegue a los diferentes niveles asistenciales, así como el uso adecuado del mismo.

Pero, por otro lado, podemos extraer que no se utiliza en su totalidad desde primaria a especializada. Es en este punto donde podemos mostrar la importancia que tiene su instauración definitiva, ya que no podemos restar importancia al trabajo de la enfermera comunitaria a este respecto.

Otro ejemplo de utilización del Informe de Cuidados nos lo da el Servicio Madrileño de Salud. Su principal objetivo es garantizar la calidad de cuidados. Esto lo consigue mediante intervenciones enfermeras, que tienen por objeto que el usuario no perciba omisión, duplicidad ni contradicción en las acciones de los profesionales. La continuidad de cuidados se fundamenta en la comunicación entre diferentes niveles asistenciales. Esto se consigue por medio de un sistema de intercambio de información rápido, eficaz y seguro, que es lo que, para la sanidad madrileña, representa el Informe de Cuidados ⁽⁴⁾.

Gracias al informe se puede garantizar una comunicación eficaz y segura que permita la participación del paciente en su proceso de cuidados. El objetivo perseguido es que los pacientes puedan percibir la continuidad en sus cuidados cuando experimentan

que los miembros del equipo conocen el plan de cuidados al no preguntarles por la misma información, cuando pueden participar en la toma de decisiones que contribuyan a una mejor coordinación de sus propios cuidados y cuando les atiende en el centro de salud la misma enfermera, dando lugar a lo que se denomina “longitudinalidad de la atención”. Asimismo, se recoge el Informe de Cuidados desde Primaria a Especializada para aquellos pacientes susceptibles dada su situación o en caso de ingreso hospitalario programado ⁽⁴⁾.

Es en este punto donde nos detenemos a reflexionar sobre la tendencia de los profesionales de enfermería a centrarse mucho más en pacientes crónicos que necesitan continuidad de cuidados. No debemos olvidar que todos los usuarios tienen derecho a cuidados continuados cuando así lo precisen.

El desafío que desde la sanidad madrileña se persigue es *“cultivar un espíritu colectivo y continuo en lugar de defender cada área profesional como una isla de conocimiento”* ⁽⁴⁾.

La Dirección de Enfermería del Área 5 de la Comunidad de Madrid manifiesta que: *“Como organización tenemos que conseguir que los diferentes profesionales, de los diferentes Centros de Salud, PAC, Servicios de Urgencia, Hospital... nos identifiquemos como parte de un todo dentro de una empresa con propósito común”* ⁽⁴⁾.

Un paso más en la evolución del Informe de Cuidados se produce en el año 2003, cuando se pacta el desarrollo del Servicio de Continuidad de Cuidados en Tenerife. Posteriormente se van incorporando otros hospitales y áreas asistenciales.

Es un servicio que dispone de protocolo propio, pudiéndose comparar con los de cualquier unidad de hospitalización. Y es que para el Servicio Canario de Salud, la continuidad de cuidados supone un instrumento que repercute positivamente sobre los ciudadanos, especialmente para los pacientes más susceptibles y sus cuidadores. Con el Informe de Cuidados se ofrecen múltiples beneficios a nivel del usuario, sistema sanitario, atención primaria y domiciliaria. Esto repercute en una mejor calidad asistencial y utilización de los recursos, al existir comunicación entre los niveles asistenciales y una disminución de la estancia media en el hospital, dado que el paciente, aún necesitando cuidados, puede recibirlos en su domicilio o en otro centro con las mismas garantías de calidad. Con ello lograríamos una reducción de infecciones nosocomiales, demora quirúrgica y grado de satisfacción en el paciente. Además, se establece el informe de atención primaria a especializada de forma más detallada que en las comunidades anteriores.

En relación al Informe de Cuidados al Alta realizado por las enfermeras de atención especializada, se realizará cuando se den las situaciones especificadas anteriormente. Los responsables se encargarán también del seguimiento del circuito, el registro de las actividades realizadas, colaboración en la elaboración del Plan de Cuidados y en la elaboración y envío del Informe de Cuidados al alta al centro correspondiente, ayudando, o realizando en su caso, los puntos que sean precisos para conseguir el cumplimiento del objetivo ⁽⁵⁾.

Una vez contextualizado el Informe de Cuidados en el marco de la sanidad andaluza, madrileña y canaria, nos planteamos la similitud en cuanto a objetivos y usos del mismo. Es posible que en muchas ocasiones los problemas que se planteen sean más por falta de personal y tiempo, que por la intencionalidad del mismo. Por tanto,

habría que averiguar las causas que impiden que este informe, a pesar de la intención positiva que se pretende, no sea utilizado con la normalidad con la que se realiza el protocolo de acogida de un paciente en la planta o con la naturalidad con la que la enfermera de primaria pasa la consulta programada.

Para ello, nos marcaremos como objetivo fundamental de este artículo, conocer hasta qué punto el Informe de Cuidados está normalizado en Murcia, tomando como referente su implantación en las Comunidades reseñadas.

DESARROLLO DE LA REVISIÓN

El presente trabajo es fruto de una revisión bibliográfica de diversos documentos relacionados con el Informe de Cuidados a los que hemos tenido acceso. En ellos se incluyen tanto la forma de trabajo de diferentes Comunidades Autónomas como protocolos que engloban al mismo.

Se trata, por tanto, de un estudio de revisión descriptivo. Con él pretendemos dar a conocer cómo se está utilizando en los Servicios de Salud de tres comunidades autónomas diferentes a la Región de Murcia, de forma que podamos describir sus características.

A lo largo de toda la introducción hemos podido resaltar los aspectos positivos y negativos del informe en Andalucía, Madrid y Canarias. De esta forma, una vez que describamos el Informe de Cuidados para el SMS (Servicio Murciano de Salud) podremos compararlo con los tres anteriores.

Antes de introducirnos en el Informe de Cuidados, resulta interesante contextualizar cómo surge en la Región de Murcia la necesidad de asegurar la continuidad asistencial mediante el mismo.

Para el Servicio Murciano de Salud, una de las líneas estratégicas dentro de la Formación Continuada es la continuidad asistencial. Para cada una de estas líneas estratégicas se nombra un responsable de forma que, en calidad de experto, *“coordina y propone las acciones formativas más oportunas”*⁽⁶⁾.

Una de las misiones vitales de la organización sanitaria murciana es la asistencia sanitaria. Pero, ¿cuál será su visión? La de una organización comprometida, entre otros aspectos, en la cooperación entre centros, servicios y profesionales, de forma que se garantice la continuidad asistencial⁽⁷⁾.

El Servicio Murciano de Salud, en común con los servicios descritos anteriormente, concibe la calidad asistencial como punto de partida para la continuidad de cuidados. Por medio de las Comisiones de Coordinación de Área AP/AE (Atención Primaria/Atención Especializada), se consigue la coordinación entre ambos niveles, objetivo indispensable para asegurar la continuidad de cuidados. Pero, sin lugar a dudas, la continuidad asistencial adquiere su máximo exponente con la puesta en marcha del proyecto Gerencia Única, que se inició en las áreas de salud de Yecla y Lorca.

Un paso más para la continuidad de cuidados se produce en el 2007. El grupo de trabajo sobre evaluación y mejora de calidad de los cuidados logra crear el modelo corporativo del Informe de Cuidados. De esta forma, cada hospital valora la

continuidad de cuidados interniveles mediante la implantación del modelo del informe^[6].

Cada Área de Salud utiliza su propio modelo, ya que actualmente no existe uno común, aunque el objetivo es conseguirlo. Por ejemplo, en el Área de Cartagena se está utilizando un modelo provisional, hasta que se ajuste al Real Decreto 1093/2010 a nivel regional.

Si nos detenemos en el modelo del Área II, podemos observar que muestra los típicos apartados a rellenar en cualquier informe: datos del paciente, número de Historia Clínica, habitación en la que ha estado ingresado, fecha del ingreso, motivo y posibles alergias. Además, también hay que cumplimentar la Unidad de Hospitalización y la enfermera responsable del informe. En este último punto resulta interesante reseñar que, junto al servicio donde ha estado ingresado el paciente, hay que rellenar el teléfono de contacto de la unidad para facilitar la comunicación entre la enfermera que lo recibe y la que lo elabora. También es importante especificar si el paciente vive solo o en familia, su cuidador habitual y el centro de salud al que pertenece. Toda esta información sirve de “alerta” para la enfermera receptora del informe.

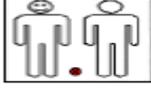
Tras rellenar los datos, hay que realizar un resumen de los cuidados que el paciente ha recibido durante la hospitalización. En este apartado se utilizan todos los NICs que se hayan realizado al paciente durante el ingreso. Existe un documento, a disposición de las enfermeras en la Intranet del hospital, en el que se detallan todas las posibles intervenciones enfermeras por especialidades ⁽⁸⁾.

El Informe de Cuidados posee entidad propia. Como hemos visto en los diferentes apartados del modelo usado, abarca aspectos que no posee el Informe Médico. Estos serán desde los cuidados hospitalarios de la enfermera, diagnósticos no resueltos al alta, así como las recomendaciones para los cuidados. Se concibe, por tanto, como *“un instrumento de comunicación enfermera”*.

Se entrega una copia al usuario en mano (porque el informe incluye recomendaciones al paciente) a la atención de la enfermera, ya sea de primaria o de cualquier centro al que se le vaya a trasladar. No es necesario dejar copia en la Historia del Paciente, ya que queda registro informático.

Hay que tener en cuenta que si el centro de salud que corresponde al paciente o el hospital al que se lo va a trasladar no se encuentra dentro del Área II, es especialmente importante que lo porte al Alta. En este caso, al no ser posible el acceso informático, se perdería el informe ⁽⁸⁾.

1.- Modelo del Informe de Cuidados de Enfermería. Primera página

		INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA NHC: _____ Pag 1 de 2	
Unidad Hospitalización: Enfermero/a (Matrón/a): Teléfono contacto con la Unidad: _____ Unidad de Enfermería		Nombre y apellidos: Nº HN: Fecha Nacimiento: _____	
Teléfono contacto con el paciente: * Fecha ingreso : 05/05/2011 17:33 * Motivo de ingreso/diagnóstico médico: Intervención ALERGIAS: _____		Servicio/Unidad: Nº SS/TIS : _____ Id Acto Clínico: Nº Cama: _____	
Situación social/familiares: Vive en familia Cuidador habitual: _____ Centro de Salud: _____			
Resumen de cuidados Hospitalarios: 			
Diagnósticos de enfermería al alta según patrones funcionales y recomendaciones			
1. PATRÓN PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD			
<input type="checkbox"/> Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c <input type="checkbox"/> Riesgo de infección r/c <input type="checkbox"/> Riesgo de caídas r/c <input type="checkbox"/>			
Conocimiento del paciente de sus autocuidados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial		Conocimiento de la familia sobre cuidados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial	
Recibió recomendaciones verbales / por escrito al alta sobre: _____			
2. PATRÓN NUTRICIONAL- METABÓLICO			
<input type="checkbox"/> Riesgo de/ <input type="checkbox"/> Desequilibrio nutricional <input type="checkbox"/> por defecto r/c <input type="checkbox"/> Deterioro de la deglución r/c <input type="checkbox"/> por exceso r/c			
		<input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica Fecha colocación: _____ Fecha retirada: _____ Fecha próximo cambio: _____ Tipo: _____	
<input type="checkbox"/> Riesgo de aspiración r/c			
<input checked="" type="checkbox"/> Dieta y líquidos prescritos: Basal c/s elección,			
<input type="checkbox"/> Riesgo de/ <input type="checkbox"/> Deterioro de la integridad cutánea r/c			
Localización Tipo: <input type="checkbox"/> UPP <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/> Tumoral <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Pie diabético <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Otras			
Estadío: <input type="checkbox"/> Curativa <input type="checkbox"/> Paliativa Finalidad: _____ Las curas de heridas y/o úlceras se han realizado con la siguiente técnica y materiales: _____			
			
<input type="checkbox"/> Lactancia materna ineficaz r/c <input type="checkbox"/>			

Fuente: Servicio Murciano de Salud. Área de Salud II (Cartagena).

2.- Modelo del Informe de Cuidados de Enfermería. Segunda página

		INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA NHC: _____ Pag 2 de 2	
3. PATRÓN ELIMINACIÓN			
<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> de urgencia r/c <input type="checkbox"/> de esfuerzo r/c <input type="checkbox"/> funcional r/c <input type="checkbox"/> Total r/c <input type="checkbox"/> Sonda Vesical Fecha Colocación: _____ Fecha Retirada: _____ Fecha próximo cambio: _____ Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Riesgo de/ <input type="checkbox"/> Estreñimiento r/c			
<input type="checkbox"/> Incontinencia fecal r/c			
4. PATRÓN ACTIVIDAD- EJERCICIO			
<input type="checkbox"/> Déficit de autocuidados <input type="checkbox"/> Alimentación r/c <input type="checkbox"/> Necesita ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia total <input type="checkbox"/> Baño/higiene r/c <input type="checkbox"/> Necesita ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia total <input type="checkbox"/> Uso del wc r/c <input type="checkbox"/> Necesita ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia total <input type="checkbox"/> Vestido/acicalamiento r/c <input type="checkbox"/> Necesita ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia total			
<input type="checkbox"/> Deterioro de la movilidad física r/c <input type="checkbox"/> Encamado <input type="checkbox"/> Bastón/muletas <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla ruedas <input type="checkbox"/> Patrón respiratorio ineficaz r/c <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Riesgo de / <input type="checkbox"/> Intolerancia a la actividad r/c			
5. PATRÓN DESCANSO – SUEÑO			
<input type="checkbox"/> Insomnio r/c			
6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL			
<input type="checkbox"/> Dolor agudo r/c <input type="checkbox"/> Dolor crónico r/c <input type="checkbox"/> Conocimientos deficientes (especificar) r/c			
7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO			
<input type="checkbox"/> Baja autoestima situacional r/c <input type="checkbox"/> Temor r/c <input type="checkbox"/> Ansiedad r/c			
8. PATRÓN ROL - RELACIONES			
<input type="checkbox"/> Deterioro de la comunicación verbal r/c <input type="checkbox"/> Duelo Complicado r/c <input type="checkbox"/> Duelo r/c <input type="checkbox"/> Cansancio en el rol del cuidador r/c <input type="checkbox"/> Riesgo/			
9. PATRÓN SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN			
<input type="checkbox"/> Patrón sexual inefectivo r/c			
10. PATRÓN ADAPTACIÓN – TOLERANCIA AL ESTRÉS			
<input type="checkbox"/> Afrontamiento inefectivo r/c			
11. PATRÓN VALORES - CREENCIAS			
<input type="checkbox"/> Sufrimiento espiritual r/c			
OTROS PROBLEMAS O DISPOSITIVOS / COMENTARIOS			
Cartagena, 00/00/2011 Xxxxx xxxx xxxxxx			

Fuente: Servicio Murciano de Salud. Área de Salud II (Cartagena).

Los responsables de Enfermería de cada centro de salud tienen acceso a los Informes de Cuidados de sus usuarios. Acceden a Selene[®] (programa informático de Atención Especializada en el Servicio Murciano de Salud) y ven el informe de la misma forma que la enfermera del hospital. Además, son los encargados de imprimirlo y entregarlo a la enfermera que lleva el cupo en que se encuentra el paciente.

El “Protocolo de Continuidad de Cuidados” recogido en la aplicación OMI-AP[®] (programa informático utilizado en Atención Primaria), permite adjuntar el informe, poner datos sobre el ingreso y generar el Plan de Cuidados. De esta forma, el informe es más directo, pudiéndose evitar que en todo ese “camino” (desde que se genera hasta que llega a la enfermera de primaria) se pierda.

En cuanto al envío del Informe de Cuidados de Primaria a Especializada, en este protocolo ya se menciona la forma de operar. Siempre que el profesional tenga constancia de que un paciente va a ser ingresado o cuando lo requieran los compañeros de Especializada, se imprimirá el Informe Detallado del Plan de cuidados que tiene el paciente. Actualmente hay referencias al mismo, pero todavía no se ha implantado⁽⁹⁾.

REFLEXIONES FINALES

Si comparamos el Informe de Cuidados utilizado en la Región de Murcia frente a las Comunidades que hemos nombrado anteriormente, podemos concluir que en la Región de Murcia está menos desarrollado. Bien es cierto que hemos hablado de Comunidades en las que este tema es pionero, puesto que, como se ha visto, hay numerosos artículos, estudios y protocolos al respecto. En el caso de nuestra región falta la implantación de un modelo común al Alta y el desarrollo del informe de Primaria a Especializada.

Pero no podemos olvidar que la documentación utilizada de las anteriores Comunidades es, a fin de cuentas, la propia información que ellas mismas ofrecen. Y no hay que obviar que resulta más sencillo juzgar lo que vivimos de forma más cercana, frente a lo que no se puede contrastar.

No obstante nos planteamos la siguiente cuestión: ¿tiene el Informe de Cuidados limitaciones de personal y tiempo?

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

Si nos detenemos en la información que hemos detallado anteriormente, podemos establecer que, comúnmente en cada uno de los servicios de salud, se habla del Informe de Cuidados como “*una de las herramientas fundamentales para conseguir la continuidad de cuidados*”. Y, a fin de cuentas, ¿el proceso enfermero no es sino asegurar los cuidados a aquellos que los necesitan? Actualmente no existe un modelo

común para todas las áreas. Si bien el objetivo es que se consiga, todavía no ha sido elaborado.

Cuando el paciente no pertenece al área desde donde se ha realizado el informe, él mismo o los familiares son quienes lo portan a la enfermera de primaria o del centro al que se traslada. Esta circunstancia, a nuestro juicio, no garantiza que llegue a su destino al poderse extraviar o eliminar el documento por el desconocimiento del usuario. Por ello, sería relevante mejorar la comunicación entre áreas, no sólo de cara a protocolos y modelos, también para asegurar que la información llega a su destino.

Ante la cuestión de si es el Informe de Cuidados una realidad en la Región de Murcia, consideramos que aún no se ha desarrollado plenamente su normalización y participación en la dinámica asistencial que permita una comunicación eficaz interniveles de los cuidados de Enfermería (incluyendo la bidireccionalidad de la información a través de un Informe de Continuidad emanado desde atención primaria, documento que, como hemos visto, está implantado en otras Comunidades).

Es importante que todos los profesionales de Enfermería veamos en la continuidad de cuidados una herramienta real y que no sólo debe quedar en una buena teoría con poca práctica, ya que, como dijo nuestra teórica más famosa: *“Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él”*.

4.- BIBLIOGRAFÍA

[1] Real Decreto 1093/2010, de 3 de Septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, número 225, de 16-09-10)

[2] Consejería de Salud y de Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Anexo XI, Comisión de Cuidados de Enfermería del Área [Internet]. España: Servicio Andaluz de Salud; 2007 [acceso Febrero y Marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/247/html/ANEXO XI.pdf>

[3] Consejería de Salud y de Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Anexo XI, Acuerdo de Gestión entre distritos y hospitales [Internet]. España: Servicio Andaluz de Salud; 2007 [acceso Marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/247/html/ANEXO VII.pdf>

[4] Continuidad de Cuidados en la Historia Clínica de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria, Área 5. Madrid, (2006).

[5] Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería entre ámbitos asistenciales [Internet]. España: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Madrileño de Salud [acceso Febrero y Marzo del 2012]. Disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/8a72d9e6-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Protocolo_SCCE.pdf

[6] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2007, Murcia [Internet]. España: Sistema Nacional de Salud; 2007 [acceso Marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2007/MurciaSNS2007.pdf>

[7] Programa Sectorial Corporativo PRIMA para la mejora y modernización de la Atención Primaria 2007-2010. Servicio Murciano de Salud.

[8] Manual para la realización de Informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE). Enfermeras Mentoras del Área II- Cartagena. Servicio Murciano de Salud, 2011

[9] Registro del Informe de Continuidad de Cuidados en la Historia Clínica de Atención Primaria. Región de Murcia. Servicio Murciano de Salud, 2011.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia