

CONTINUIDAD DE CUIDADOS: ALTA DE ENFERMERÍA

Autoras

Sierra Talamante C*, Sayas Chuliá V**, Famoso Poveda MJ*, Muñoz Izquierdo A*, Peiró Andrés A***, Garrigós Hernández E****, Almela Zamorano M*****.

*Enfermera. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

**Supervisora. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

***Coordinadora Bloque Quirúrgico. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

****Auxiliar de Clínica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

*****Psicóloga.

Resumen

En el año 2002 elaboramos un Informe de Alta de Enfermería (IAE) utilizando como método de trabajo la revisión bibliográfica y el consenso, intentando mejorar la continuidad de cuidados.

- **Objetivos:** Evaluar el grado de cumplimentación del IAE, conocer el grado de satisfacción de las enfermeras de la Unidad Coronaria y de la Sala de Hospitalización de nuestro Consorcio Hospitalario e identificar los puntos de mejora.
- **Metodología:** En función de los objetivos hemos realizado dos tipos de estudio: descriptivo longitudinal y cualitativo fenomenológico. Fuentes: informe de alta y entrevista semiestructurada. Población a estudio: 488 pacientes ingresados desde 1-2-05 al 31-1-06; 14 enfermeras de la Unidad Coronaria y 14 de la Sala de Hospitalización.
- **Resultados:** De los 488 pacientes se cumplimentó el documento de alta en 393 (81%) con los datos predefinidos. En un 20% (95) no se cumplimentó el apartado observaciones. En el estudio de satisfacción de enfermería de Unidad Coronaria se categorizaron las siguientes respuestas: Facilita la continuidad de cuidados. Supone reconocimiento de nuestro trabajo. Supone un trabajo añadido. Con respecto al personal de Hospitalización: Proporciona información sobre la continuidad de cuidados. Información precisa sobre la medicación. Evita errores. Se identificaron varios puntos de mejora para modificar en el documento de alta.
- **Conclusiones:** El informe de alta facilita la continuidad de cuidados y la comunicación interprofesional.

Palabras clave: Informe de alta de enfermería, enfermería, continuidad de cuidados.

CONTINUITY OF PATIENT CARE. REPORT OF DISCHARGE IN NURSING

Abstract

In 2002 there was developed a report of discharge in nursing. There was carried out a bibliographic revision and consensus was used as a work method. Our aim was to improve the continuity of patient care.

- **Objetivos:** To evaluate that the discharge report is rightly completed; to know to what extent the nursing staff of the Coronary Unit and the Hospitalization Ward is satisfied; to identify improvement points.
- **Methodology:** Depending on the aim there are two types of study: descriptive longitudinal and qualitative phenomenological. Source: discharge report and informal interview. Subjects studied: 488 patients who were admitted from February 1st 2005 and January 31st 2006; 14 nurses from Coronary Unit and 14 nurses from the Hospitalization Ward.
- **Results:** the discharge report of 393 patients was completed (81%) with predefined data. In 20% of the cases (95) the observation section was not completed. In the study of satisfaction of nurses in the Coronary Unit there were categorised the following responses: It makes easier the continuity of patient care. It means the recognition of our work. It implies an extra work. With regards to the Hospitalization staff, it provides with information about the continuity of patient care; it provides precise information about medication. It saves mistakes. There were detected several improvement points for the discharge document.
- **Conclusions:** The discharge report facilitates the continuity of patient care and the interprofessional communication.

Key words: Nursing discharge report, nursing, continuity of patient care.

Enferm Cardiol. 2007; Año XIV (41): 35-40

Dirección para correspondencia

Concepción Sierra Talamantes
Unidad Coronaria.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
Plaza Julio Verne, 1-11B., 46017 Valencia.
Tfno: 963 221 360
Correo electrónico: malacu@ono.com

Introducción

En los últimos años la necesidad de implantar registros escritos de enfermería ha saltado desde las Escuelas universitarias a los distintos organismos oficiales. El Servicio Valenciano de Salud (SVS) se lo propuso como objetivo a alcanzar en el año 1992, sabemos que también el Insalud y otros organismos sanitarios autonómicos han mostrado su interés en la realización de los mismos, quedando corroborada su

importancia en la Ley (41/2002 de 14 de noviembre) Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica¹. Los registros de enfermería son fundamentales para garantizar la continuidad y calidad en los cuidados de los pacientes, facilitar la comunicación entre los profesionales, desarrollar la investigación y colaborar en la docencia². Algunos autores como Ducharme insisten en la necesidad de trabajar los registros como modelos o marcos conceptuales, pues ello permite a los profesionales de enfermería precisar su contribución al campo de la salud y mostrar a la sociedad la naturaleza de nuestra profesión³.

Un elemento fundamental en el éxito de la continuidad de cuidados es la comunicación entre los distintos servicios y unidades de un hospital y el Informe de Alta de Enfermería (IAE) es un registro que puede ser un buen instrumento para ello⁴. En la elaboración del IAE desarrollamos nuestra autonomía profesional, fomentando el reconocimiento socio-profesional de la misma y potenciando la coordinación y la comunicación en un mismo nivel⁵. El informe de alta ha de recoger y transmitir información suficiente y actualizada para que otros profesionales asuman sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente y les pueda servir de ayuda a la hora de realizar su propia valoración⁶.

Según L.J. Carpenito la planificación del alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de cuidados sanitarios y de asistencia social. Requiere una acción coordinada y de colaboración entre los distintos profesionales de la salud⁷.

Algunos profesionales de la Unidad Coronaria del Consorcio del Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), en el año 2002, sentimos la necesidad de elaborar un documento de Informe de Alta de Enfermería en el cual se registrara la valoración sistemática del estado del paciente y precisaran los cuidados enfermeros que nuestros pacientes requerían al ser dados de alta de nuestra Unidad a la Sala de Hospitalización de Cardiología. Como método de trabajo nos basamos en el modelo de necesidades de Virginia Henderson, la revisión bibliográfica y el consenso del personal de enfermería. Nos propusimos que siguiera los siguientes requisitos⁸: facilitar la continuidad de cuidados entre la Unidad Coronaria (UCO) y la Sala de Hospitalización, facilitar la comunicación entre el personal de enfermería de la UCO y la Sala de Hospitalización, obtener un registro de enfermería claro, rápido y conciso y disponer de un documento legal en el que constara el estado del paciente a su salida de la UCO.

Como consecuencia de todo ello obtuvimos un documento final, que tras varias versiones y en distintos periodos, pusimos definitivamente en funcionamiento en febrero de 2005. Dado que las tecnologías informáticas se están introduciendo cada día más en

los sistemas de salud, permitiéndonos transmitir con mayor fluidez y seguridad los distintos procesos que intervienen en la historia clínica de los usuarios, nos propusimos ser algo más ambiciosas, planteándonos el reto de instalar el documento de alta de enfermería en la historia electrónica del paciente y adosar una copia del registro (en formato papel) en la Historia Clínica del paciente al trasladarlo a la Sala de Hospitalización.

Tras un año de realización del proyecto era necesaria una revisión del mismo para su evaluación, lo que constituyó los objetivos de este estudio.

Objetivos

- Evaluar el grado de cumplimentación del Informe de Alta.
- Evaluar la repercusión del Informe de Alta en la transmisión de cuidados.
- Conocer el grado de satisfacción que había supuesto tanto para el personal de enfermería de la UCO como para el personal de la Sala de Hospitalización.
- Identificar los puntos de mejora del Informe.

Material y método

1. Tipo de Estudio. Se combinaron dos tipos de estudio en función de los objetivos: estudio cuantitativo descriptivo longitudinal y estudio cualitativo fenomenológico.
2. Población a estudio: Informes de Alta de Enfermería (IAE) pertenecientes a 488 pacientes que habían estado ingresados en la Unidad Coronaria (UCO) desde el 1/02/05 al 31/01/06 y 28 enfermeras entrevistadas de las cuales 14 pertenecían a la UCO y 14 a la Sala de Hospitalización.
3. Fuentes de Información: Informe de Alta de Enfermería y Entrevista semiestructurada del personal de enfermería. Variables a estudio:

3.1. Informe de Alta de Enfermería (Anexo1)

Se elaboró un documento informático que se agrupó en cuatro bloques con el siguiente contenido:

- Bloque A: Registro de los datos de identificación del paciente: nombre, edad, procedencia y fecha de ingreso en la UCO.
- Bloque B: Registro de los datos de la valoración del paciente realizado por enfermería. Para su elaboración nos basamos en el modelo de necesidades de Virginia Henderson e intentamos agruparlos por sistemas. Este bloque está constituido por apartados de respuesta cerrada, en los que la enfermera selecciona la opción con una cruz, y por apartados de respuesta abierta donde la enfermera, si lo cree necesario, puede ampliar la información. Este bloque está constituido por las siguientes variables: Alergias. Familia. Oxigenoterapia. Alimentación. Hábitos de Eliminación. Estado Neurológico. Actividad Física. Integridad Cutánea. Catéteres. Próxima

medicación a administrar.

- Bloque C: Observaciones.
- Bloque D: Fecha de alta e identificación del enfermero que la realiza.

3.2. Entrevista semiestructurada al personal de enfermería de la UCO (14 enfermeras) y al personal de enfermería de la Sala de Hospitalización (14 enfermeras). Mediante una entrevista constituida por cuatro preguntas abiertas se solicitó, a todas las enfermeras que estaban desarrollando su labor profesional en ambos servicios, que mostraran su opinión personal sobre el documento de alta de enfermería que estábamos incluyendo en la historia clínica del paciente desde febrero de 2005. El periodo de tiempo para rellenar la encuesta, si se deseaba colaborar, fue de un mes. Las preguntas formuladas fueron las siguientes;

- 1- ¿Qué opinas del Informe de Alta de Enfermería?
- 2- ¿Qué aporta para la continuidad de cuidados?
- 3- ¿Qué información añadirías al Informe?
- 4- ¿Qué información suprimirías?

Análisis de los Datos

Se estudiaron las frecuencias relativas de los aspectos cuantitativos y se identificaron los puntos fuertes y las debilidades de la hoja de Alta de Enfermería.

Resultados

Resultados del grado de cumplimentación del registro del alta de enfermería. Se analizaron 488 informes y los resultados fueron los siguientes: Se cumplimentaron 393 informes (81%). No se cumplimentaron debido a exitus del paciente 44 (9%) informes. No se cumplimentaron por requerir, el paciente, tratamiento de intervención quirúrgica muy urgente 24 (5%) informes. No se cumplimentaron por causas desconocidas 27 (5%) informes.

Así pues de los 488 informes estudiados, tan sólo, 27 pacientes habían sido trasladados a la Sala de Hospitalización sin informe de alta escrito, aunque desconocemos si se transmitió algún tipo de informe verbal (Gráfico 1).

De los 393 informes cumplimentados, el registro se completó totalmente, en cada uno de sus apartados, en 313 informes (81%). En 80 informes (19%) se cumplimentaron todos los apartados salvo el de observaciones (Gráfico 2).

Resultados de la entrevista al personal de enfermería

El personal de enfermería, en activo, durante el tiempo que se realizó la encuesta fue de 14 enfermeras en la Unidad Coronaria y de 14 enfermeras en la Sala de Hospitalización incluyendo a las dos supervisoras de ambos servicios.

En la UCO respondieron a la encuesta 14 enfermeras/os (100%). En la Sala de Hospitalización respon-

dieron a la encuesta 9 enfermeras/os (64%).

Dado que las preguntas formuladas en el cuestionario eran de respuesta abierta y en cada una ellas se podían exponer múltiples opiniones se optó por reflejar sólo aquellas en las que al menos dos profesionales habían coincidido (Tabla 1).

Respuestas al cuestionario en la Unidad Coronaria

- 1- ¿Qué opinas del informe de alta de enfermería?
 - Facilita la continuidad de cuidados; 12 respuestas.
 - Proporciona autonomía y reconocimiento profesional; 5 respuestas.
 - Sobrecarga de trabajo; 2 respuestas.
- 2- ¿Qué aporta para la continuidad de cuidados?
 - Proporciona una visión global de los cuidados del paciente y facilita el plan de cuidados; 7 respuestas.
 - Ayuda a la comunicación interprofesional; 6 respuestas.
 - Evita errores; 2 respuestas.
- 3- ¿Qué añadirías?
 - Estado hemodinámico del paciente al alta (TA, FC, SatO₂, Temperatura).
 - Hábitos de eliminación; 6 respuestas.
 - Hábitos sueño-descanso; 4 respuestas.
 - Ampliar información sobre accesos venosos; 4 respuestas.
- 4- ¿Qué suprimirías?
 - Nada; 9 respuestas.
 - Habría que especificar y consensuar el apartado "tratamiento a administrar" (¿el tratamiento de 24 horas, el siguiente inmediato al alta...?); 4 respuestas.

Respuestas al cuestionario en la Sala de Hospitalización.

- 1- ¿Qué opinas del informe de alta de enfermería?
 - Facilita la continuidad de cuidados; 7 respuestas.
 - Identifica las necesidades del paciente en un "registro de enfermería escrito"; 6 respuestas.
- 2- ¿Qué aporta para la continuidad de cuidados?
 - Ahorra tiempo al proporcionar una visión global y rápida de las necesidades del paciente; 7 respuestas.
 - Ayuda en la comunicación interprofesional; 5 respuestas.
 - Facilita información sobre la administración de la medicación evitando errores; 4 respuestas.
- 3- ¿Qué añadirías?
 - Nada; 6 respuestas.
 - Especificar el factor Diabetes; 2 respuestas.
 - Hábitos sueño-descanso; 2 respuestas.
 - Hábitos eliminación; 2 respuestas.
- 4- ¿Qué suprimirías?
 - Nada; 6 respuestas.

La evaluación de los resultados nos ha permitido

identificar los puntos de mejora del documento de alta y su detección nos permitirá la confección de un registro de alta más completo. Los puntos de mejora identificados fueron los siguientes:

1. Unificar criterios para cumplimentar el apartado "de tratamiento a administrar."
2. Modificar el apartado de hábito de eliminación, así como el de accesos venosos.
3. Incorporar cuatro nuevos apartados.
 - Diabetes.
 - Diagnóstico.
 - Estado hemodinámico del paciente al alta en el que conste: presión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de hemoglobina y temperatura.
 - Hábitos de sueño

Conclusiones

El registro de alta de enfermería es un registro que.

- Garantiza la continuidad de cuidados y la coordinación interprofesional.
- Facilita información precisa acerca de la administración de la medicación y ayuda a evitar errores
- Es un documento legal estandarizado que proporciona una visión global, rápida y clara del estado del paciente y de los cuidados enfermeros que precisa.

Discusión

El alto grado de cumplimentación del IAE ha sido muy satisfactorio así como de la valoración positiva que ha mostrado el personal de enfermería de ambos servicios tras la inclusión en la historia clínica del paciente del documento aunque, en el presente y en el futuro, sean y serán necesarias revisiones y actualizaciones periódicas para adecuarlo al cumplimiento de su función.

Analizando el estudio en su conjunto, así como varios artículos de continuidad de cuidados y de registros de enfermería⁹, queremos resaltar la coherencia de nuestras valoraciones con los análisis efectuados por Navarro Arnedo y col.^{10, 2, 5} en algunas

de sus publicaciones acerca de la necesidad y de la importancia de los registros escritos de alta de enfermería y de la trascendencia que estos tienen en la continuidad de cuidados y en el establecimiento de planes de cuidados.

Agradecimientos

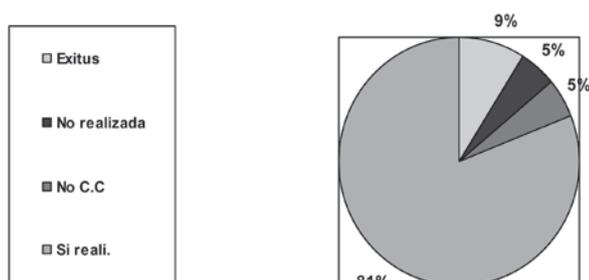
Queremos dar las gracias a todo el personal de enfermería de la Sala de Hospitalización de Cardiología del CHGUV por su apoyo y colaboración en este trabajo.

Referencias

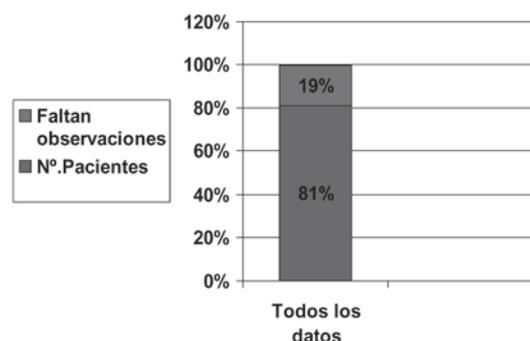
1. López Goig ML, Perpiñán Galván J, Cabrero García J, Richart Martínez, M. Categorización de los registros escritos de Enfermería en la UCI del Hospital General de Alicante. *Enferm Intensiva*. 1998; 235: 17-20.
2. Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, Haro Marín S. Valoración de los profesionales enfermeros del informe de alta de cuidados intensivos. *Metas Enfermería*. 2004; 7(4): 6-10.
3. Ducharme F. La importancia de la utilización de un modelo conceptual para la práctica de la enfermería Gerontológica. *Gerokomos*. 1998; 9: 94-106.
4. Alfambra I y col. Recomendación científica del Informe de enfermería al alta en urgencias. *Rev Rol Enf*. 1998; 235: 17-20.
5. Navarro Arnedo JM, Haro Marín S, Orgiler Uranga PE. Evaluación del informe de enfermería de alta de la unidad de cuidados intensivos como instrumento para garantizar la continuidad de la asistencia. *Enf Clín*. 2004; 14(2): 61-9.
6. García Martín N, Gutiérrez Palacios MP, Sanz Rosillos S, Varez González E. Registros de Enfermería. *Enferm Intensiva*. 1995; 6: 14-9.
7. Carpenito LJ. *Diagnóstico de Enfermería*. 3.ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 2003.
8. Orgiler Uranga PE, Navarro Arnedo JM, Haro Marín S. *Aurora 2003- Gestor de Informes de Alta de Enfermería. Manual de Instalaciones y Funcionamiento*. Madrid: FIS y M. de Sanidad; 2003.
9. Torrijos Rodríguez I, Herrero Avia D, Varona Ferrer G. Evaluación de la calidad de evaluación del informe de enfermería al alta de cuidados intensivos. *Nuberos*. 2002; 7(25): 19-21.
10. Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, Haro Marín S. Informes de alta de enfermería de cuidados intensivos en España: situación actual y análisis. *Enferm Intensiva*. 2005; 16(2): 62-72.

NÚMERO DE INFORMES DE ALTAS REALIZADOS

Gráfico 1



NIVEL DE CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE ALTA





Informe Alta Enfermería Unidad Coronaria SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Paciente: Jose Manuel Tena Fuster **Edad:** 52 **HC nº:** 779119

Fecha ingreso: 14/3/2006 **Procedencia:** Hospital de Castellón

| | |
|--|--|
| <p>Alergia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <hr/> <p>Familia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Actitud Familia</p> <hr/> <p>Higiene <input type="checkbox"/> Incapaz <input type="checkbox"/> Con ayuda <input type="checkbox"/> Sin ayuda Observaciones</p> <hr/> <p>Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo <input type="checkbox"/> gafas nasale <input type="checkbox"/> mascarilla Flujo O2 Aerosoles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <hr/> <p>Alimentación Tipo Dieta <input type="checkbox"/> Come solo <input type="checkbox"/> Come con ayuda <input type="checkbox"/> Por SNG Tipo alimentación SNG</p> <hr/> <p>Hábitos eliminación Incontinencia <input type="checkbox"/> Urinaria <input type="checkbox"/> Fecal <input type="checkbox"/> No Deposiciones Sondaje vesical <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número y tipo sonda Fecha sondaje Observaciones sondaje</p> | <p>Estado Neurológico Consciente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N Orientada/o <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N Colaborador <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N Observaciones</p> <hr/> <p>Actividad Encamado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N Cambios posturales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N Sillón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N Pasea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N Otros</p> <hr/> <p>Integridad piel Herida Quirúrgica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N Ulceras por presión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N Tipo de cura y frecuencia</p> <hr/> <p>Catéteres <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº de vías Tipo <input type="checkbox"/> centra <input type="checkbox"/> periférico Fecha Complicaciones</p> <hr/> <p>Próxima medicación a administrar</p> |
|--|--|

OBSERVACIONES

Fecha alta: 16/3/2006

Firma

RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS AL PERSONAL DE ENFERMERIA

Tabla 1

| ENFERMERAS U. CORONARIA | Nº .R | ENFERMERAS S. HOSPITALIZACION | Nº .R |
|--|-------|---|-------|
| ¿Qué opinas del informe de enfermería? | | ¿Qué opinas del informe de enfermería? | |
| Facilita continuidad de los cuidados | 12 | Facilita continuidad de los cuidados | 7 |
| Proporciona autonomía y reconocimiento profesional. | 5 | Identifica las necesidades del paciente | 6 |
| Sobrecarga de trabajo. | 3 | | |
| ¿Qué aporta para la continuidad de cuidados? | | ¿Qué aporta para la continuidad de cuidados? | |
| Visión global de los cuidados y facilita el plan de cuidados | 7 | Visión global y rápida ahorra | 7 |
| Mejora la comunicación entre unidades asistenciales. | 6 | Mejora la comunicación inter-profesional | 5 |
| Evita errores. | 2 | | |
| ¿Qué añadirías? | | ¿Qué añadirías? | |
| Estado hemodinámico. | 7 | | |
| Hábitos eliminación. | 6 | Hábitos eliminación. | 6 |
| Hábitos sueño-descanso. | 4 | Hábitos sueño-descanso. | 2 |
| Accesos venosos. | 4 | Crear apartado cerrado de diabetes. | 2 |
| ¿Qué suprimirías? | | ¿Qué suprimirías? | |
| Nada | 9 | Nada | 6 |
| Consensuar tratamiento | 3 | | |