



ADMINISTRACIÓN-GESTIÓN-CALIDAD

ANÁLISIS INFORME CONTINUIDAD DE CUIDADOS SEGÚN CRITERIO ENFERMERO.

CONTINUITY CARE REPORT ANALYSIS ACCORDING TO NURSE CRITERIA.

*Castillo Gómez, C., Pitarch Flors, T., García Bernabeu, MC.

* Área V de Salud. Hospital Virgen del Castillo de Yecla. Murcia.

Palabras clave: Informe, Continuidad, Cuidados.

Key words: Report, Continuity, Taken care

RESUMEN

Consensuar qué pacientes deben salir del Hospital con Informe Continuidad de Cuidados es una discusión sin solucionar dentro del foro enfermero, y cada vez son más las voces que avalan que debe ponderar el criterio enfermero y la situación específica del paciente. **Objetivos:** Analizar el perfil de los pacientes que salen del Hospital con Informe Continuidad de Cuidados identificando las indicaciones más prevalentes. Ver el número total de altas con Informe Continuidad de Cuidados estratificado por especialidades. **Metodología:** Estudio observacional descriptivo cualitativo y cuantitativo, analizando todos los informes realizados de septiembre a diciembre de 2006 en unidades Médico-Quirúrgicas. Metodología cualitativa y cuantitativa. **Fuente de datos:** Servidor Gestión pacientes/Gestión de cuidados e Informe de Continuidad de Cuidados. **Resultados:** Cuantitativos: Emitidos 234 informes sobre un total de 676 altas, supone un 35% de pacientes con Informe de Continuidad de Cuidados. El 59,4% corresponden al área médica y el 40,5% quirúrgica, siendo Urología (57%) la unidad con más informes. Cualitativos: El 57% son mujeres y el 78% mayores de 65 años. Necesidades humanas no cubiertas más prevalentes: Movilidad 29%, Piel/Mucosa 28%, Eliminación 14%, Oxigenación/Respiración 12%, Nutrición 10%, Aprendizaje 7%. Se presentan las situaciones y diagnósticos al alta más prevalentes. **Conclusiones:** Tras revisión bibliográfica, el porcentaje de pacientes con Informe de Continuidad de Cuidados es alto en nuestra área (35%). Perfil: podemos decir mujer, mayor de 65 años, con deterioro importante en la movilidad e intolerancia a la actividad (encamado), con UPP o herida quirúrgica, con anticoagulantes por vía subcutánea, insulinodependiente, con sonda vesical y/o sonda nasogástrica.

ABSTRACT

Deciding which patients should be discharged from the hospital with a Care Continuity Report is an unresolved debate in the nursing field. More and more often it is said that the nursing criteria and particular patient situation should be considered. **Objectives:** To analyze the profile of the patient that has discharged from the hospital with a Care Continuity Report identifying the most prevalent instructions. Also, to see the total number of discharges with a Care Continuity Report classified in specialties. **Methodology:** Observational, descriptive, qualitative, and quantitative study through the analysis of all the reports carried out from September to December 2006 in medical or surgical units. **Data source:** Patient Management Server/ Patient Management and Care Continuity Report. **Results:** Quantitative: 234 reports completed of a total of 676 discharges, which means 35% of patients have a Care Continuity Report. A percentage of 59.4% belongs to the medical area and 40.5% to the surgical area, being urology (57%) the unit with more reports. Qualitative: A total of 57% are women and 78% are over 65. Most prevalent not covered human needs: Mobility 29%, Skin/Mucosa 28%, Elimination 14%, Oxygenation/Respiration 12%, Nutrition 10%, Learning 7%. The most common diagnosis and situations presented at check out. **Conclusions:** After a bibliographic revision, the percentage of patients with a Care Continuity Report is high in our area (35%). Profile: Woman over 65 with an important mobility deterioration and intolerance to the activity (bedridden), with pressure perforating ulcer or surgical wound, with anticoagulant subcutaneous pathway, insulin dependent, with vesical and/or nasogastric probe.

INTRODUCCIÓN

El Informe de Enfermería al alta está considerado en todos los foros como una herramienta útil para asegurar la continuidad en el cuidado. La buena comunicación es indiscutible que aumenta la posibilidad de que el cuidado enfermero continúe sin interrupción, siendo un objetivo prioritario del reglamento del Área V de Salud eliminar barreras entre profesionales y potenciar la continuidad.

Consensuar qué pacientes deben salir del Hospital con dicho Informe es una discusión sin solucionar dentro del foro enfermero. Existen múltiples teorías, creando un enorme debate, desde que todo paciente ingresado debe salir con un Informe donde se especifique un resumen de diagnósticos trabajados hasta que sólo lo precisarían los pacientes más vulnerables, con grandes dependencias, pluripatologías, paliativos o crónicos.

Cada vez son más las voces que avalan que en organizaciones maduras con cierto grado de experiencia en el Proceso de Atención de Enfermería, se debe ponderar el criterio enfermero y la situación específica del paciente.

El análisis se ha realizado en un hospital de 100 camas.

Existe una cultura de continuidad de cuidados desde el año 1997, potenciándose desde el 2003 (puesta en marcha del Aplicativo Gestión de Cuidados) hasta la fecha.

Se trabaja con el P.A.E. en el 70% de las camas de Hospitalización en Unidades tanto Médica como Quirúrgica. La formación en P.A.E. y taxonomía NANDA-NOC-NIC ha sido una constante en nuestra Área, realizando cursos de formación de Metodología Enfermera todos los años, talleres conjuntos AP/AE, formación específica en el aplicativo Gestión de Cuidados y formación proactiva en el Servicio.

POBLACIÓN DIANA

Tras varias reuniones en busca de un consenso de los profesionales del Área en relación a la definición de la población a la que debe ir dirigido el Informe de Continuidad de Cuidados, obtuvimos los siguientes resultados:

- En una primera etapa, se consideraron determinadas patologías como ACV, EPOC, PTC, anciano con pluripatologías, UPP y pacientes crónicos con reingresos.
- En una segunda etapa, todo paciente con diagnóstico de enfermería al alta pendiente de solucionar y alta dependencia en los cuidados o déficit de autocuidado.
- Para concluir, en esta última fase se ha considerado a todo paciente que según criterio enfermero precise Informe de Continuidad de Cuidados y en base a su situación especial.

OBJETIVOS

- Ver el número total de altas con Informe de Continuidad de Cuidados estratificado por especialidades.
- Identificación de las indicaciones más prevalentes.
- Analizar el perfil de los pacientes que salen del hospital con Informe de Continuidad de Cuidados.

METODOLOGÍA

Diseño:

Estudio longitudinal, retrospectivo, cualitativo y cuantitativo.

Población y medio:

Todos los Informes de Continuidad de Cuidados realizados de septiembre a diciembre de 2006 en Unidades Médica y Quirúrgica.

Fuente de datos:

- ♦ Aplicativo Gestión de Pacientes.
- ♦ Aplicativo Gestión de Cuidados.
- ♦ Informe de Continuidad de Cuidados.

Desarrollo:

Gracias a la integración de los aplicativos Gestión Pacientes/Gestión Cuidados/INTRANET, se puede captar la información del número total de pacientes dados de alta con Informe de Continuidad de Cuidados.

Desde 2003 el Informe de Continuidad de Cuidados es un punto presente en el orden del día de todas las reuniones de la Comisión de Cuidados del Área. Para su cumplimiento y desarrollo se crearon los siguientes Indicadores:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ total de Informes realizados / mes / Unidad}}{\text{n}^\circ \text{ total de Altas}} \times 100$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ total Informes con Diagnósticos NANDA al Alta}}{\text{n}^\circ \text{ total de Informes realizados}} \times 100$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ total de Informes recibidos en A. Primaria en las primeras 24h}}{\text{n}^\circ \text{ total de Informes realizados}} \times 100$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ contactos vía telefónica tras Alta Hospitalaria}}{\text{n}^\circ \text{ Altas Hospitalarias}} \times 100$$

Esta Comisión se creó en el año 2003 según el RD 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud. Está formada por la Dirección de Enfermería, los Supervisores de Área de Enfermería, dos representantes de cada Unidad de Hospitalización Médico-Quirúrgica y otros dos de cada Centro de Salud y SUAP.

Actúa como órgano colegiado para el estudio y propuesta de los asuntos referidos a la actividad de cuidados.

Una de las funciones prioritarias de esta Comisión es potenciar el Informe de Continuidad de Cuidados al alta, entre cuyos objetivos está el de mejorar el circuito de comunicación entre el Hospital y los Centros de Salud del Área, potenciando tres criterios: rapidez, seguridad y evitar pérdidas.

Así, una vez creados estos Informes por parte del enfermero responsable en la Unidad de Hospitalización, dicha información está disponible a través de vía telemática y en tiempo real para el enfermero correspondiente en su Centro de Salud.

La Unidad de Calidad analiza todos los informes siguiendo dos metodologías:

- ♦ Metodología Cuantitativa.
- ♦ Metodología Cualitativa.

Metodología Cuantitativa:

Se valora el número total de altas con Informe de Continuidad de Cuidados estratificado por especialidades Médicas y Quirúrgicas.

Actualmente son muchas las Unidades que participan activamente en dicho objetivo con un porcentaje creciente en número y calidad de los Informes. El indicador resultante nos ayuda a focalizar las Unidades con mayor debilidad y problemas en las que hay que actuar con medidas correctoras tales como potenciar la formación en Metodología y el uso del Aplicativo, y la formación proactiva en las Unidades.

RESULTADOS

ÁREA	TOTAL		%	%
	ALTAS	INFORMES		
MI	250	139	56%	59,40%
CIR	215	32	15%	40,50%
ORL	31	12	38%	
TRA	125	15	12%	
URO	55	36	65%	
TOTAL	676	234		100%

Metodología Cualitativa:

Variables analizadas:

- Edad.
- Sexo.
- Necesidad alterada.
- Situación específica.
- Nivel de instrumentación.
- UPP.
- Medicación.
- Diagnóstico Enfermero pendiente de solucionar.

RESULTADOS

Necesidad no cubierta		Situación específica		Medicación		Nivel de instrumentación		Diagnosticos mas prevalentes al alta		Edad		Sexo	
Movilidad	29%	UPP	21%	Anticoagulantes vía subcutánea	12%	Sonda vesical	16%	Trastorno de la movilidad física r/c trastornos neuromusculares, músculoesqueléticos, dolor y molestias, intolerancia a la actividad.	50%	≥ 65 años	78%	Mujer	57%
Piel y mucosa	28%	Encamado	10%	Insulinodepend.	9%	Sonda nasogástrica	11%	Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre suministro y demanda de oxígeno, vida sedentaria.	45%	< 65 años	22%	Hombre	43%
Eliminación	14%	Herida quirúrgica	6%			Catéter vascular	1%	Alteración de la integridad cutánea r/c factores externos (inmovilidad, presión, cizallamiento) y/o internos (estado nutricional alterado, circulación, etc.).	40%				
Oxigenación Respiración	12%	Oxigenoterapia	5%					Déficit de autocuidado alimentación r/c deterioro neurológico, cognitivo y músculoesquelético.	33%				
Nutrición	10%							Déficit de autocuidado baño/higiene r/c deterioro neurológico, cognitivo y músculoesquelético.	31%				
Aprendizaje	7%							Riesgo de estreñimiento r/c medicación, inmovilidad, trastorno neuromuscular.	19%				
								Riesgo de infección r/c nivel de instrumentación, incapacidad del paciente de protegerse de microorganismos patógenos.	14%				
								Incontinencia funcional r/c cambios degenerativos de musculatura pélvica asociado al envejecimiento.	12%				
								Riesgo de traumatismo r/c falta de educación en prevención de riesgos, entorno inadecuado.	12%				
								Trastorno de la deglución r/c deterioro neurológico.	11%				
								Manejo ineficaz del régimen terapéutico r/c complejidad del mismo, falta de conocimiento debido a períodos muy cortos de hospitalización.	7%				

Las necesidades no cubiertas que necesitan más cuidados son la de Movilidad y Piel y Mucosa, a continuación Eliminación, Respiración y Nutrición, y finalmente Aprendizaje, ésta última con un marcado sentido ascendente.

La variable Situación Específica UPP es la más valorada, seguida de lejos por paciente Encamado, Herida Quirúrgica y Paciente con Oxigenoterapia.

En cuanto a la Medicación, los pacientes con Anticoagulantes vía subcutánea y los Insulinodependientes son los más considerados a la hora de realizar Informe de Continuidad de Cuidados.

En el Nivel de Instrumentación, el Sondaje Vesical y el Nasogástrico son los principales motivos, seguidos sorprendentemente de una bajísima incidencia del Cateterismo Vascular.

Los Diagnósticos más prevalentes van, en orden decreciente son:

- Trastorno de la movilidad física relacionado con trastornos neuromusculares, músculoesqueléticos, dolor y molestias, intolerancia a la actividad.

- Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre suministro y demande de oxígeno, vida sedentaria.
- Alteración de la integridad cutánea relacionado con factores externos (inmovilidad, presión, cizallamiento) y/o internos (estado nutricional alterado, circulación, etc.).
- Déficit de autocuidado alimentación relacionado con deterioro neurológico, cognitivo y músculoesquelético.
- Déficit de autocuidado baño/higiene relacionado con deterioro neurológico, cognitivo y músculoesquelético.
- Riesgo de estreñimiento relacionado con medicación, inmovilidad, trastorno neuromuscular.
- Riesgo de infección relacionado con nivel de instrumentación, incapacidad del paciente de protegerse de microorganismos patógenos.
- Incontinencia funcional relacionado con cambios degenerativos de musculatura pélvica asociado al envejecimiento.
- Riesgo de traumatismo relacionado con falta de educación en prevención de riesgos, entorno inadecuado.
- Trastorno de la deglución relacionado con deterioro neurológico.
- Manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con complejidad del mismo, falta de conocimiento debido a períodos muy cortos de hospitalización, esto último relacionado directamente con la puesta en marcha de CMA y la política de Control de Infección Nosocomial, que ha reducido considerablemente los tiempos de estancia hospitalaria.

La variable edad se segmentó en dos: mayores de 65 años y menores de 65 años, destacando con un 78% los mayores de 65 años.

No hay tanta diferencia en el sexo, en el que destaca el femenino con un discreto 57% frente a un 43% del masculino.

CONCLUSIONES

Revisada y analizada numerosa bibliografía de otras Comunidades Autónomas con líneas de trabajo específicas de Continuidad de Cuidados, donde se ha desarrollado la figura de Enfermera de Enlace y Foro común AE/AP, estando en un 12-14%, podemos decir que el porcentaje de pacientes con Informe de Continuidad de Cuidados en nuestro Área es alto, con un 35%.

El Perfil resultante que se define sería: Mujer, mayor de 65 años, con deterioro importante de la movilidad e intolerancia a la actividad (encamado), con UPP o herida quirúrgica, con anticoagulantes por vía subcutánea, insulín dependiente y portador de sonda vesical y/o nasogástrica y con déficit de conocimientos en relación al régimen terapéutico.

DELIBERACIONES

La escasez de estudios en relación al tema dificulta la comparación con otras experiencias. Sería muy interesante que saliera a la luz todas las experiencias basadas en la práctica clínica e intentar homogeneizar las recomendaciones de Continuidad de Cuidados en base a la experiencia y madurez del profesional clínico.

Lo que tenemos que evitar sea como sea es una situación de inmovilismo por el perfeccionismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Comisión de cuidados del Área. Documento conjunto SAS-ASANEC. 2003 (Servicio Andalud de Salud Consejería de Salud).

- Acuerdos Gestión Hospital-Atención Primaria. Servicio Andalud de Salud 2002-03 (Servicio Andalud de Salud Consejería de Salud).

Alfaro-Lefevre R."Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica"3ª Edición-Mosby/Doyma Libros S.A.ISBN:84-8174-057-8.Madrid 1996.

Benavent A.Camaño R.Cuesta A." Metodología en Enfermería" Universitat de Valencia ISBN:84-370-3937-1, Valencia 2000.

Guerrero Fernandez, M. Gari Parera, E . Analisis de las altas hospitalarias en la población anciana. Todo Hospital .1996(125):37-40. (Puntex).

Ponencia al 21 Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología "El Alta de Enfermería como Instrumento de Continuidad de Cuidados" (Caceres Mayo 2001) Francisco Javier Garcia Perez.

Beare P, Myres J. "Principios y practicas de la Enfermería Medicoquirurgica" 2ªedición. Mosby/Doyma Libros S.A.ISBN:84-8086-190-8.1995 Barcelona: 67-69.

ISSN 1695-6141

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