

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Autor principal MARIA DEL MAR LAGUNA LOPEZ

CoAutor 1 MARIA JOSE CURISES GARCIA

CoAutor 2 MARIA LUISA PRIETO GONZALO

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Médica

Palabras clave Educación del paciente como asunto Alta del paciente Atención de enfermería Conducta de salud

» Resumen

Objetivo:Elaborar una planilla estandarizada para realizar el informe de cuidados de enfermería según el Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre (BOE 16 de septiembre de 2010), para asegurar la continuidad asistencial, mejorar la calidad de los cuidados del paciente al alta, utilizar un lenguaje común y unificar la metodología enfermera. En definitiva, dar visibilidad a la enfermera como gestora de cuidados.

Metodología:Se realiza una búsqueda bibliográfica de la evidencia disponible en las bases de datos Cuiden Plus, Medline y laleydigital.es . Los resultados de porcentajes de los informes de cuidados de enfermería se extraen de los contratos de gestión de los años 2008 a 2011 y de las citas de cuidados de los servicios de información del sector de atención primaria que abarca nuestro hospital.

Resultados:Con el informe de cuidados de enfermería conseguimos mantener la comunicación entre los distintos niveles asistenciales, y que el paciente/familia disponga de la información necesaria sobre sus cuidados. Así como que se vaya de alta del hospital con una cita con su enfermera del centro de salud para asegurar la continuidad asistencial.

Conclusiones: Desde la instauración de la planilla estandarizada ha aumentado el porcentaje de informes de cuidados de enfermería al alta del paciente, hasta llegar a un 54% en la unidad de hospitalización de medicina interna. Así como la concienciación y satisfacción del profesional del trabajo diario que hace, garantizando la continuidad de cuidados del paciente en domicilio.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El hospital Son Llàtzer se inaugura en el año 2001, la dirección de enfermería del hospital adquiere una herramienta informática para las unidades de hospitalización vacía, para poder trabajarla a su medida. En el año 2004 se crea la comisión de cuidados que trabaja esta herramienta, formada por enfermeras, auxiliares y supervisoras de unidades de hospitalización, liderada por el servicio de formación y calidad del hospital. En 2003 se elaboran los primeros planes de cuidados estandarizados, actualmente el hospital tiene 63 en la base de conocimientos de la herramienta informática. En 2009 se implanta la figura de la enfermera referente en algunas unidades (psiquiatría, hospital de día oncológico, urología y onco-hematología), en ese momento se potencian las recomendaciones de enfermería al alta que se añaden a los informes de cuidados de enfermería, según los GDRs más prevalentes.

Según expone en la Ley 5/2003 de 4 de abril, de salud de las Illes Balears, BOIB 22 abril 2003, BOE 8 mayo 2003 en el apartado derechos y deberes de los ciudadanos en el ámbito sanitario, sección 2, artículo 11 Derecho a la información asistencial, Todo paciente tiene derecho a recibir el informe de alta hospitalaria al finalizar la estancia en el centro asistencial, en un plazo razonable. Y entendemos que se refiere a un informe de alta médico y un informe de cuidados de enfermería, ya que el paciente ha sido atendido en el hospital por médicos y por enfermeras, entre otros profesionales de la salud.

Revisando la bibliografía sobre el tema, hay referencias desde 1989 hasta la actualidad, teniendo un índice muy alto de publicaciones los profesionales de enfermería de la comunidad autónoma de Andalucía.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Se detecta un porcentaje bajo de informes de cuidados de enfermería por falta de consenso por parte de los enfermeros, tanto en el contenido como en la estructura. Esto implica una dedicación de tiempo excesiva para realizar dicho informe. No existe un lenguaje común ni concienciación tanto por el profesional como por el paciente/familia.

En el hospital se pactan cada año unos objetivos de mejora en el contrato de gestión con la dirección de enfermería y para trabajarlos se crean grupos de trabajo formados por profesionales de enfermería de las diferentes unidades de hospitalización.

Uno de los problemas detectados son los reingresos frecuentes, evitables en algunas ocasiones con un informe de cuidados de enfermería individualizado, donde aparezcan recomendaciones según cada patología a través de la información, protocolos y evaluación de los cuidados. Con este informe pretendemos aumentar los conocimientos de los pacientes y familias en las áreas donde se han detectado más carencias de cuidados, con educación sanitaria durante el ingreso, utilizando un lenguaje claro y sencillo. Se consigue dar a la enfermera un papel importante dentro del ámbito hospitalario, aumentando su motivación, dedicación y seguimiento del paciente desde su ingreso. Implicándose más en las necesidades en las que el paciente tiene carencias, para reforzarlas y que en el momento del alta haya comprendido los cuidados necesarios. Desde el año 2008 se elaboran nuevas recomendaciones al alta relacionadas con los planes de cuidados estandarizados, que se asocian al informe de cuidados de enfermería según la valoración y evolución del paciente. Estas recomendaciones las elaboran los enfermeros de las unidades de hospitalización y cada año aumentan en número. Actualmente hay 64 recomendaciones estandarizadas, todas ellas basadas en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Los profesionales de enfermería pueden acceder fácilmente a ellas, están en la base de conocimientos de GACELA.

Desde la implantación de este objetivo, se cuantifica cada año con un incremento importante de los datos que se explotan mediante la herramienta informática. Los datos globales de informes de cuidados de enfermería al alta de las unidades de hospitalización de adultos son en el año 2008: 10.67%, 2009:19.54%, 2010: 22.33% y en el 2011: 40.52%. No disponemos de datos de años anteriores. Queremos destacar nuestra unidad de trabajo, medicina interna, con los siguientes datos; año 2009: 12.81%, 2010:13.11% y año 2011:54.01%. Se observa un aumento en el

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Como objetivo de la unidad de medicina interna del contrato de gestión del año 2011 se decide la creación de una planilla estandarizada según el Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre (BOE 16 de septiembre de 2010), donde se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el sistema nacional de salud. Los datos que debe contener el informe de cuidados de enfermería se encuentra en el anexo VII. Son los siguientes:

Tipo de documento

Fecha de firma, fecha valoración de enfermería, fecha alta de enfermería/fecha derivación enfermería

Enfermera responsable 1/categoría profesional enfermera responsable 1

Enfermera responsable 2/categoría profesional enfermera responsable 2

Dispositivo asistencial

Denominación del servicio de salud/denominación del provisor de servicios

Denominación del centro:

Dirección del centro, tipo de vía, nombre de vía, número, código postal, municipio, provincia, país, teléfono, dirección web o correo electrónico

Datos del paciente:

Nombre del paciente, primer y segundo apellido, fecha de nacimiento, sexo, DNI, T. residencia, pasaporte, NASS, CIP de C. Autónoma, código SNS, CIP europeo, número de historia clínica.

Domicilio, tipo de vía, nombre, número, piso y letra. Código postal, municipio, provincia, teléfono, persona de referencia y teléfono de referencia

Datos del proceso asistencial

Causas que generan la actuación enfermera, motivo de alta, derivación enfermera, antecedentes y entorno

Diagnósticos enfermeros resueltos

Protocolos asistenciales en los que está incluido

Valoración activa, modelo de referencia utilizado, resultados destacables

Diagnósticos enfermeros activos (código NANDA)

Resultados enfermería (código NOC)

Intervenciones (código NIC)

Cuidador principal

Información complementaria

Observaciones

A partir de octubre de 2011 la plantilla se implanta, todos los enfermeros de la unidad tienen acceso al formulario y en ese momento, los informes de cuidados de enfermería tienen el mismo formato. Se consiguen beneficios para los profesionales de enfermería como unificar los cuidados enfermeros, utilizar un lenguaje estandarizando los diagnósticos enfermeros, intervenciones de enfermería y resultados alcanzados por el paciente, consolidando la taxonomía NANDA. Mejora la comunicación entre niveles asistenciales (especializada-primaria), se unifican las intervenciones-cuidados y tiene repercusión en el reconocimiento de los profesionales de enfermería y el desarrollo de su papel como gestores de cuidados. Los beneficios para los usuarios: reducción de la estancia hospitalaria, organización de los recursos socio-sanitarios, apoyo en los cuidados domiciliarios y personalización de los cuidados. El paciente se va del hospital con una cita de continuidad de cuidados con su enfermera de atención primaria, ésta se pone en contacto telefónico con el paciente, puede ver el informe de continuidad de cuidados en la historia de salud del paciente (historia de salud única) que permite la relación entre los diferentes niveles asistenciales. Los datos que disponemos de las citas en el año 2010 son 775 en agenda con 667 visitas, y en 2011 1355 en agenda con 1200 visitas. Los meses con más citas en 2010 son noviembre: 114, junio:94 y mayo:86 y en 2011: junio:142, octubre:145 y noviembre:143. Se comprueba un aumento exponencial de las citas. Para el sistema sanitario los beneficios son mejorar la calidad reduciendo costes, acortar la estancia media hospitalaria y disminuir las infecciones nosocomiales. Actualmente en nuestro hospital, se está utilizando una versión de GACELA, pero en breve, se migrará a una nueva versión que, automáticamente, al iniciar un informe de cuidados de enfermería, volcará toda la información que se ha trabajado en la ficha del paciente y en el plan de cuidados estandarizado o individualizado, siguiendo el conjunto de datos mínimos que debe contener un informe según la publicación del BOE 16 de septiembre de 2010. Es un gran paso y una herramienta excelente, pero no obstante, los datos y las valoraciones del paciente en el plan de cuidados deben estar revisados y actualizados, porque si no se volcaría una información errónea del paciente.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Etiquetas diagnósticas (no utiliza NIC ni NOC).

Diversidad de clientes y servicios.

Cortas estancias hospitalarias.

Cantidad de profesionales implicados en la planificación.

Variabilidad en la práctica clínica.

Implicación profesional.

Escasa concienciación del profesional y del usuario de la importancia del informe de cuidados de enfermería.

Idioma.

Carga de trabajo.

Falta de comunicación en el momento del alta.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

La oportunidad de participación, tanto para el paciente como para la familia se da desde el momento del ingreso. En el plan de cuidados incluimos la colaboración de la familia y educación del paciente como asunto, incidiendo en aquellos aspectos que presenta déficit de conocimientos en conducta de salud. En el informe de cuidados de enfermería podemos encontrar diversas recomendaciones al alta estandarizadas, que se pueden individualizar según la valoración del paciente, éstas facilitan que tanto el paciente como la familia estén más familiarizados con los cuidados prestados durante el ingreso si estos se tienen que continuar en el domicilio.

En muchas recomendaciones existe un apartado de actuación en caso de complicación, crisis, detección de signos y/o síntomas de alarma sobre la aparición de la enfermedad o complicación de la misma. En la mayoría de recomendaciones se reflejan medidas dietéticas, dado la importancia de las mismas en muchas patologías (debut diabético, ictus, pancreatitis, cole-ileostomizados,..). En todas estas medidas el paciente y familia tiene la oportunidad de participar en sus cuidados, siguiendo las indicaciones que ha facilitado el profesional de enfermería durante su estancia hospitalaria.

Merece una mención especial el apartado del cuidador principal, ya que en la unidad de medicina interna, tienen un papel muy importante debido a las características de los pacientes. Revisando la bibliografía no hemos encontrado estudios que hagan referencia al papel del cuidador en el hospital. Por otro lado, las principales acciones son; acompañar, intermediar, entretener y dar soporte emocional.

El desconocimiento de lo que debe hacer, impide que realice más actividades, por eso, si se le entrena y educa en las actividades de cuidado, podrá hacer más. En algunos casos, los profesionales consideran que los cuidadores podrían prestar más atenciones a los pacientes.

En las recomendaciones al cuidador principal se tiene en cuenta: para cuidar hay que cuidarse, evite las malas posturas en la movilización del

paciente, no sobrecargue la espalda, descanse lo suficiente y busque tiempo libre para usted, pida ayuda al resto de familia, no se sienta culpable, utilice los recursos socio-sanitarios y contacte con la trabajadora social de su centro de salud. Acuda a la enfermera del centro de salud para aclarar dudas de los cuidados del paciente.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Encuesta de calidad percibida del profesional en la realización de informe de cuidados antes de la implantación de la planilla y después.
Valoración de los profesionales de atención primaria del contenido de los informes de cuidados de enfermería emitidos desde el hospital.
Estudio comparativo del grado de satisfacción de pacientes/familias que se van de alta con informe de cuidados de enfermería y los que no.

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. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 225 (16 de septiembre de 2010).
- 2-Ley 5/2003 de 4 de abril, de salud de las Illes Balears. Boletín Oficial de les Illes Balears 22 Abril 2003.
- 3-Paans W, Sermeus W, Nieweg RM, van der Schans CP. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. J Adv Nurs. 2010; 66 (11): 2481-9.
- 4-Carmona D, Pérez JA, Márquez R, García MD. Informe de enfermería al alta en el servicio de medicina interna: una garantía para la continuidad de cuidados. Hygia. 2009; 71: 49-52.
- 5-Oropesa N, Pozo E. Acticx. Informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta hospitalaria. Hygia. 2009; 70: 34-37.
- 6-Villar R, Pancorbo PL, Jiménez MC, Cruz A, García P. Qué hace el cuidador familiar en el hospital. Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. Gerokomos. 2012; 23 (1): 7-14.