

Evolución y valoración de la calidad del informe de enfermería al alta

Carmen Caamaño^a, Ana Sáinz^a, José Ramón Martínez^b, Margarita Alonso^b y Javier Carro^c

^aSupervisora de calidad. Dirección de Calidad. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

^bSección de Bioestadística. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

^cDirección Gerencia. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Correspondencia: Carmen Caamaño Vaz.

Supervisora de Calidad.

Hospital Clínica Puerta de Hierro.

San Martín de Porres, 4. 28035 Madrid. España.

Correo electrónico: ccaamano.hpth@salud.madrid.org

Resumen

Objetivo: Revisar los procedimientos y el método del informe de enfermería al alta, con la obtención de indicadores de realización y calidad, el análisis de los problemas de salud definidos y los patrones de salud alterados, la observación de su evolución y el cuestionamiento de la calidad del documento actual.

Método: Casos: todos los informes de alta del período de estudio que se han enviado a la Dirección de Calidad.

Fuentes de datos: sistema de información del hospital, base de datos de informes de enfermería al alta y estudios previos realizados.

Análisis de los datos: estimación por rango de edades del número de pacientes que necesitan cuidados, auditoría de historias clínicas para valorar el cumplimiento de criterios establecidos y codificación de diagnósticos enfermeros y complicaciones potenciales en los informes.

Herramientas: programas Access y Excel de Microsoft Office, SPSS y programación personalizada (Fortran).

Resultados: La auditoría realizada en 576 pacientes detectó un 41,2% de informes no realizados. Los 329 informes analizados describen 1.195 problemas, y la pertinencia de los diagnósticos enfermeros (95,5%) ha mejorado respecto a los años 1996 (87,1%) y 1991 (46,1%). Destacan las frecuencias más altas en pacientes con alteración de la integridad cutánea (22,5%), déficit de autocuidados (18,6%), riesgo de infección (8,6%) y deterioro de la movilidad física (6,4%).

Conclusiones: Deben revisarse los criterios de realización y mejorarse los indicadores de funcionamiento. La cumplimentación de informes es aceptable presentando una adecuación precisa en la distribución de problemas y en la formulación de diagnósticos que están correctamente enunciados. La hoja de recogida de datos debe modificarse ampliando el formulario y homogeneizando la forma de recogida de información.

Palabras clave: Informe de enfermería al alta. Diagnósticos enfermeros. Indicadores de calidad.

Abstract

Objective: To review the procedures and methodology of the nursing discharge report, obtaining indicators of compliance and quality, analyzing the health problems defined and changed health patterns, observing their evolution and questioning the quality of the present document.

Method: Cases: All the discharge reports issued during the study period that were sent to the Quality Directorate.

Data sources: The hospital information system, database of nursing discharge reports and previous studies carried out.

Data analysis: Estimation by age groups of the number of patients requiring care, review of clinical records to assess compliance with established criteria and coding of the nursing diagnoses and the potential complications in the reports.

Tools: Microsoft Access and Excel, SPSS and personalized software (Fortran).

Results: The review of the clinical records of 576 patients revealed that reports had not been written in 41.2%. The 329 reports that were prepared describe 1,195 problems and the relevance of the nursing diagnoses (95.5%) has improved with respect to 1996 (87.1%) and 1991 (46.1%). There have been marked increases in the rates of discharge of patients with changes in skin integrity (22.5%), self-care deficit (18.6%), risk of infection (8.6%) and deterioration of physical mobility (6.4%).

Conclusions: The criteria established for their fulfillment should be carried out and the performance indicators should be improved. The compliance with reporting is acceptable and presents a precise adaptation of problem distribution and of the expression of those diagnoses that are correctly stated. The data collection form should be revised designing a uniform approach to information collection.

Key words: Nurses' discharge report. Nursing diagnoses. Quality indicators.

Introducción

La planificación del alta en enfermería es un proceso sistemático que se inicia durante la hospitalización del paciente y finaliza con la elaboración de un informe de enfermería al alta (IEA) a todos los pacientes que al abandonar el

hospital precisen cuidados enfermeros y sean transferidos a otros niveles de atención.

El IEA garantiza la continuidad de cuidados en los distintos niveles de atención, y establece una vía de comunicación que contribuye a potenciar y clarificar el papel del profesional de enfermería en la población a la que atiende. Es un

instrumento importante en el trabajo asistencial de enfermería, que sirve de comunicación entre los profesionales de enfermería del hospital y atención primaria¹ (AP) al proporcionar información específica del quehacer enfermero entre ambos campos profesionales. En su desarrollo utiliza el método científico, su metodología está basada en los patrones funcionales de salud de Gordon² para la recogida de datos, y la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para los diagnósticos enfermeros³.

El IEA fue introducido en los hospitales españoles recientemente⁴. En el ámbito del antiguo INSALUD se comenzó a plantear en 1989 en los hospitales de su red, y nuestro hospital participó creando un grupo de trabajo. En 1991, el hospital procedió a su puesta en marcha tras la realización de cursos de metodología para unificar criterios y lenguaje entre el personal de enfermería, y a los 6 meses se efectuó una evaluación centrada en determinar las dificultades que planteaba el nuevo registro y el análisis de los problemas de salud. Su implantación en nuestro centro se fue consolidando como demostraron las evaluaciones anuales posteriores realizadas para estudiar la calidad del informe⁵, analizar sus características, conocer su evolución a lo largo del tiempo⁶ y valorar su utilidad en los centros de AP. En 1996 se hizo una revisión del contenido del informe, se diseñó un nuevo documento y se reglamentó su emisión por una serie de criterios consensuados por el personal de las distintas unidades de enfermería⁷.

El presente trabajo, encuadrado en esta línea de evaluación, actualización y mejora del informe de enfermería al alta, tiene los objetivos siguientes:

- Obtener indicadores de realización de informes al alta según los criterios definidos previamente y revisar dichos criterios en caso de considerarlo conveniente.
- Evaluar la calidad de cumplimentación del informe de enfermería en los aspectos cuantitativo (cumplimentación completa) y cualitativo (enunciado correcto de los diagnósticos).
- Analizar los problemas de salud definidos y valorar la frecuencia en los patrones de salud alterados en los pacientes cuando se van de alta.
- Ver la evolución de informes de enfermería al alta recibidos en AP en 5 y 10 años de implantación y contrastar mejoras en la formulación de diagnósticos de enfermería.
- Valorar el documento actual de informe de alta y modificar su formato y contenido, si se considera necesario.

Método

Ámbito de estudio

El estudio se ha realizado con carácter retrospectivo en el Hospital Universitario Puerta de Hierro, centro de referencia del Área 6 de Madrid. El área de hospitalización (disponibilidad, 500 camas) está organizada en 17 unidades de enfermería, y en el año 2002 registró 16.285 altas. Su nivel de actividad en dicho año quedó cuantificado con un valor de peso medio de 2,10, de acuerdo con la metodología de gru-

pos relacionados por el diagnóstico (GRD) establecida para la comparación de centros hospitalarios.

Sujetos

Conjunto de pacientes de la población base que, cumpliendo criterios, precisan informe de enfermería al alta. La población base de partida se configura como el conjunto de pacientes dados de alta en el año 2002, excluyendo fallecimientos, ingresos de corta estancia y reingresos. Las causas de exclusión resultan obvias en los primeros casos, y la decisión de excluir los reingresos se basó en la consideración de que los pacientes dependientes ingresan de forma repetida con los mismos problemas, por lo que familiares y AP disponen de información precisa para realizar los cuidados al alta.

Fuentes de datos

La Dirección de Calidad tiene montada una estructura de base de datos para recoger la información contenida en los informes de alta de enfermería (copia), que son enviados por las unidades de enfermería. El sistema de información del hospital posee los datos correspondientes a la población base. La tercera fuente prevista para realizar estudios comparativos y de evolución se refiere a la información de referencia correspondiente a estudios realizados en nuestro hospital en los años 1991 (evaluación realizada a los 6 meses de la implantación en el Área 6) y 1996, a partir de informes recibidos en 6 centros de salud del área procedentes del hospital de referencia correspondiente a 1994, 1995 y primer semestre de 1996.

Muestreo

Se consideraron todos los informes del año 2002 recogidos en la Dirección de Calidad como una muestra representativa para la determinación de las características generales, ya que al ser obligatorio su envío estaba constituido por el total de la población excluyendo los no realizados y los no enviados.

La determinación del muestreo preciso para la determinación de indicadores de emisión de IEA debe realizarse de forma indirecta, a través de una auditoría de historias clínicas, ante la falta de disponibilidad de información que determine a los pacientes que cumplen los criterios fijados para realizar el IEA. La exigencia de realizar un muestreo previo en la población total para especificar si pertenece a la población de estudio (cumplimiento de los criterios) obliga a que el muestreo original necesario para obtener niveles de significación aceptable deba incluir un gran número de historias. Teniendo en cuenta la relación indiscutible de la necesidad de informe con la edad, se diseñó un procedimiento de estratos⁸ con grupos de edad avanzada que ofrecía mayor probabilidad de encontrar elementos de la muestra.

Variables

El documento del informe está estructurado en apartados⁹ que incluyen variables referentes a los datos de filia-

ción del paciente, datos significativos para la valoración de patrones funcionales de salud, diagnósticos enfermeros, cuidados enfermeros, educación sanitaria, fecha e identificación del profesional que emite el informe. La formulación de los diagnósticos enfermeros se ha realizado según la taxonomía de la NANDA y en base al formato PES (problema, etiología, signos/síntomas), teniendo en cuenta los nexos empleados relacionados con el problema y la etiología. Los datos significativos están organizados según los patrones funcionales de salud de M. Gordon.

Los datos de alta procedentes de registros suministrados por el sistema de información del hospital son: número de historia, fecha de nacimiento, fecha de alta, días de estancia, causa y lugar de alta (domicilio, fallecimiento).

Análisis de datos

El cruce de las 2 bases de datos (total altas e IEA recibidos) permite obtener la distribución de los pacientes cuyos IEA han sido recibidos en la Dirección de Calidad. Su ajuste para los IEA necesarios es inmediato con la aplicación de un factor constante correspondiente al porcentaje de emisión de informes.

La forma literal utilizada en el documento para la determinación de estudios enfermeros exige una codificación previa al proceso automático que se realiza por la enfermera supervisora de calidad, traduciendo cada diagnóstico enfermero bien enunciado por su número de codificación complementado con una marca de atención (diagnóstico real o de riesgo) y señalando las complicaciones potenciales¹⁰, los diagnósticos médicos y otros problemas de salud.

Figura 1. Distribución de altas e informe de enfermería al alta (IEA) recibidos en Dirección de Calidad.

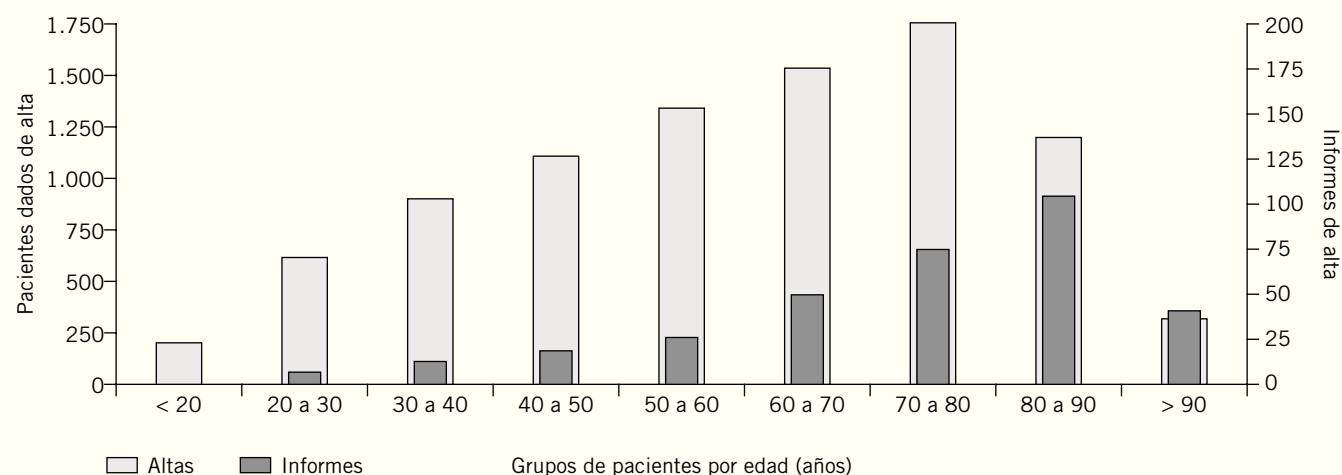


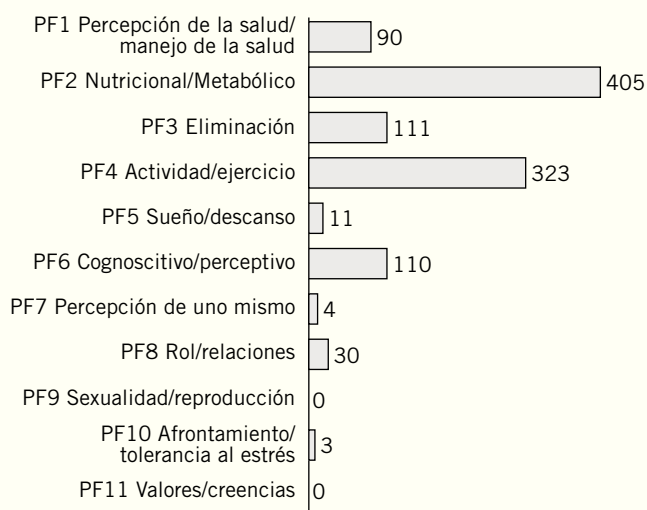
Tabla 1. Evolución en el tiempo de las características del informe de enfermería al alta (IEA)

	1991 n (%)	1996 n (%)	2002 n (%)
Número de informes	135	329	373
Número de problemas	270	944	1.195
Diagnósticos de enfermería	89 (33,0)	604 (64,0)	1.087 (91,0)
Reales		483 (80,0)	817 (75,2)
Riesgo		121 (20,0)	270 (24,8)
Pertinencia de los enunciados	(46,1)	(87,1)	(95,5)
Diagnósticos médicos	143 (53,0)	58 (6,1)	30 (2,5)
Otros	38 (14,1)	282 (29,9)	78 (6,5)
Complicaciones potenciales		217 (23,0)	54 (4,5)
Problemas de salud		65 (6,9)	24 (2,0)

Tabla 2. Frecuencia de diagnósticos de enfermería registrados en el informe de enfermería al alta (IEA) (año 2002)

Código	Denominación	Número de diagnósticos		
		Reales	De riesgo	Totales
220	Alteración de la integridad cutánea	49	196	245
413	Síndrome de déficit de autocuidado	2	200	202
207	Alto riesgo de infección	86	8	94
406	Deterioro de la movilidad física	1	69	70
106	Alto riesgo de lesión	54	10	64
209	Alteración de la nutrición por defecto	5	39	44
302	Estreñimiento	21	21	42
602	Dolor	1	40	41
309	Incontinencia total	0	28	28
607	Alto riesgo de aspiración	25	3	28
608	Alteraciones sensorio-perceptivas (visuales, auditivas, etc.)	0	26	26
408	Alteración de la función respiratoria	1	19	20
102	Alteración en el mantenimiento de la salud	6	13	19
401	Intolerancia a la actividad	1	14	15
802	Deterioro de la comunicación verbal	1	12	13
301	Alteración de la eliminación intestinal	1	10	11
307	Alteración de los patrones de eliminación urinaria	0	11	11
501	Alteración del patrón del sueño	1	10	11
	Resto de diagnósticos	15	88	103
	Total	270	817	1087

Figura 2. Patrones funcionales (PF) de salud alterados.



El tratamiento adecuado de la información contenida en los IEA permitirá conocer la distribución de informes, estudiar los diagnósticos enfermeros (reales y de riesgo), destacar los diagnósticos más frecuentes en función de los patrones funcionales asociados, analizar las complicaciones potenciales y resaltar los diagnósticos médicos que no debieran estar explicitados.

Métodos informáticos y estadísticos

La información de fichas de alta fue entregada por el Servicio de Informática en código ASCII, y su tratamiento se realizó con programación personalizada en lenguaje Fortran. El programa Access de Microsoft Office se ha utilizado para el desarrollo de la base de datos que recoge la información de los informes de enfermería al alta. Los datos codificados referentes a los diagnósticos enfermeros registrados se recogieron en una hoja de cálculo Excel, previamente referida con los números de historia obtenidos a partir de la base de datos de IEA. El tratamiento estadístico para la determinación de frecuencias se realizó con el programa SPSS.

Resultados

En el año 2002 se han producido 16.299 altas que incluyen 4.285 reingresos, 720 fallecimientos y 11.294 pacientes susceptibles de precisar informes al alta. Dejando de lado el grupo de 2.111 pacientes que han tenido estancias inferiores a 3 días, restan 9.183 pacientes que constituyen la población base de partida para la determinación de indicadores de realización de informes.

En la Dirección de Calidad se han recibido 373 informes, en el período correspondiente al año 2002, que constituyen la muestra de estudio para evaluar la calidad de cumplimentación y analizar los problemas de salud. Se corresponden con 329 pacientes de la población base, ya que hay 30 correspondientes a reingresos del mismo paciente, 9 que no constan como altas del año 2002 (anteriores, posteriores o registrados con número de historia incorrecto) y 5 pacientes con estancia inferior a 3 días.

La distribución de informes está asociada a grupos de edad avanzada, tal como puede observarse en la figura 1, que expresa en 2 escalas distintas la distribución general de altas y de informes emitidos según grupos de edades.

El proceso de auditoría para valorar la falta de realización del informe al alta, consistente en determinar pacientes que cumplan criterios de obligatoriedad y de ellos comprobar su realización, se centró en pacientes de 5 estratos definidos por edades concretas fijada entre 70 y 95 años, mediante generación de números pseudoaleatorios. Los grupos de pacientes por edades (92, 87, 85, 81 y 76 años) se seleccionaron en su totalidad, y su historia clínica se solicitó al Servicio de Documentación. Se revisaron 576 historias clínicas, de las cuales 97 precisaban informe de alta. Sólo se habían realizado 57 informes, de los cuales 7 no habían sido enviados a la

Dirección de Calidad. A partir de estos datos, se determinó un indicador de cumplimiento, informes no realizados (41,24%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 31,3-51,7), y otro de fallo del circuito, informes que no llegan a calidad (12,28%; IC del 95%, 5,1-23,7).

El resumen del análisis de la información recogida y codificada en los 373 informes de alta se presenta en la tabla 1, que incluye paralelamente datos comparativos correspondientes a los años 1991 y 1996. Cada informe registra un número de diagnósticos comprendidos entre 1 y 7 (mediana, 4), que se describen en la tabla 2, sigue un orden establecido por su frecuencia de utilización y agrupa los de frecuencia menor de 10. Su distribución respecto a patrones funcionales de salud, presentada en la figura 2, refleja el uso casi exclusivo (frecuencia > 12) de 6 patrones. Los resultados del análisis de los datos significativos incluidos en el informe para valorar los patrones funcionales de salud se muestran en la tabla 3.

La evolución de las características del IEA se define comparando los resultados actuales con la información de referencia de estudios similares realizados en nuestro hospital en los años 1991 y 1996. Está concretada en el resumen de resultados básicos recogidos en la tabla 1 y en la distribución comparativa de patrones funcionales de salud presentados en la figura 3.

Discusión

Se precisa tomar medidas para mejorar los indicadores de funcionamiento obtenidos, ya que sólo reciben el IEA el 58,7% de los pacientes que cumplen criterios, y también se ha puesto de manifiesto la necesidad de una revisión detallada de los criterios establecidos para su realización en pacientes que ingresan repetidamente con problemas similares o que viven con familiares que ya tienen información necesaria para realizar los cuidados que les proporcionan habitualmente en su domicilio.

Se considera aceptable la cumplimentación de los informes que presentan una adecuación precisa (tabla 1, año 2002) en la distribución de problemas y en la formulación de diagnósticos correctamente enunciados (95,5%). En el aspecto cuantitativo, la descripción de los diagnósticos de enfermería citados con mayor frecuencia (tabla 2) —que se corresponden fundamentalmente con 5 patrones funcionales: 1, 2, 3, 4 y 6 (fig. 2)—, pone de manifiesto una omisión en la identificación de problemas en las áreas psicológica, social y espiritual, situación ya confirmada por otros estudios¹¹ y que induce a tomar medidas para fomentar en el personal de enfermería la inclusión de diagnósticos que engloben problemas tales como alteraciones del sueño, ansiedad, trastornos de la autoestima, alteraciones de los procesos familiares y sufrimiento espiritual.

El análisis de resultados de datos significativos para valoración de los patrones funcionales de salud incluidos en el documento del IEA (tabla 3) complementa y confirma la información contenida en los enunciados de los diagnósticos enfermeros. Es menos completa y rigurosa, pero no se debe

Tabla 3. Frecuencias de signos y síntomas para valoración de patrones funcionales (informe de enfermería al alta [IEA], año 2002)

Patrón 1. Percepción y mantenimiento

¿Desconoce su enfermedad?	156	41,8%
¿Tiene algún problema de los 4 citados abajo?	61	16,3%
¿Tiene alergia?	43	11,5%
¿Tiene problemas de alcohol?	12	3,2%
¿Tiene problemas de tabaco?	12	3,2%
¿Tiene problemas de drogas?	2	0,5%

Patrón 2. Nutricional metabólico

¿Tienen algún problema?	300	80,4%
Alteración piel y mucosas	247	66,2%
Higiene bucodental	46	12,3%
Estado nutricional	64	17,1%
Dificultad al tragar-masticar	157	42,0%
Sonda nasogástrica	49	13,1%
Drenajes/vías	43	11,5%

Patrón 3. Eliminación

¿Tienen algún problema?	246	65,9%
¿Incontinencia?	238	63,8%
Sólo urinaria	22	5,9%
Sólo fecal	22	5,9%
Ambas	194	52,0%
Sonda vesical	88	23,5%
Estreñimiento	78	20,9%

Patrón 4. Actividad ejercicio

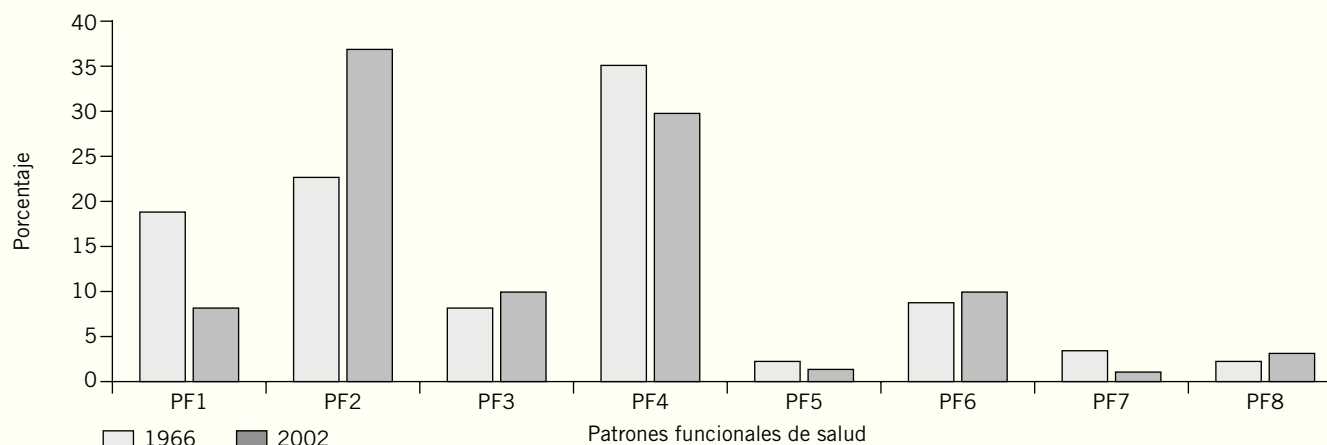
¿Tienen algún problema?	293	78,5%
No hacen nada solos	216	57,9%
Sólo se alimentan	48	12,8%
Sólo se alimentan y visten	9	2,4%
Algún problema	33	8,8%

Otros problemas

Dificultad respiratoria	57	15,2%
Necesidad de oxígeno	46	12,3%
Alteración del sueño	115	30,8%
Dolor	158	42,3%
Capacidades sensoriales alteradas	166	44,5%
Ausencia de relación	114	30,5%
Viven solos	20	5,3%

subestimar su importancia tanto en la elaboración del informe, al actuar en la mente de la/el enfermera/o como instrumento de ayuda al diagnóstico, como en la utilidad inmediata de la explotación de estos datos.

La evolución seguida en la formulación de diagnósticos enfermeros se pone de manifiesto en la tabla 1, que destaca la incorporación a la práctica cotidiana del lenguaje enfermero y su metodología, confirmado con datos tan ilustrativos sobre el uso de diagnósticos de enfermería (33, 64 y

Figura 3. Evolución 1996-2002 del uso de patrones funcionales de salud^a.

91%) y de diagnósticos médicos (53, 6,1 y 2,5%). Puede también observarse que en los últimos 6 años ha habido un incremento del número de problemas por informe y de diagnósticos de riesgo (20 a 25%) y una cierta diferencia en la distribución del uso de patrones funcionales de salud (fig. 3).

El análisis de la hoja de recogida de datos detectó una ambigüedad de diseño, en el sentido que la detección de un problema podía corresponder a una respuesta tanto positiva como negativa, hizo evidente la ausencia de información referente a ciertos patrones^{5,7,9-11} no considerados y destacó preguntas que en la interpretación de resultados no habían sido útiles para la identificación de problemas. Estas consideraciones evidencian la conveniencia de plantear una revisión de este apartado del documento de IEA sobre la utilidad de cada pregunta formulada, ampliando el formulario con preguntas de todos los patrones de salud y homogeneizando la forma de recogida de información de tal manera que el concepto de respuesta marcada se corresponda biunívocamente con la existencia de problema.

Las conclusiones del estudio fueron presentadas a la Comisión de Cuidados del Hospital, que determinó una estrategia a seguir para revisar los criterios de emisión del informe, elaborar un borrador del nuevo informe incluyendo los 11 patrones funcionales de salud, instituir una vía de contacto periódica entre los profesionales de AP y del hospital, establecer un mecanismo de formación a los profesionales, profundizando en la detección de problemas de las áreas psicológica, espiritual y sociocultural del paciente y adoptar medidas para promover la realización de un estudio en el ámbito de AP, con el fin de valorar la eficacia final del IEA.

Bibliografía

1. Custey MA, Martínez M, De Francisco MA, Ferrer C. Monitorización del circuito de Informes de Enfermería al Alta. Atención especializada-Atención Primaria. *Rev Adm Sanit (Madrid)* 1997;1:611-25.
2. Gordon M. Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación. 3.ª ed. Madrid: Mosby/Doyma, 1996.
3. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión, crítica y guía práctica. Barcelona: Masson, 2000.
4. Pilcher MW. Seguimiento del paciente después del alta hospitalaria. Sistema de control. *Nursing* 1987;2:28-30.
5. Espejo F. Calidad de los informes de enfermería. Relación Atención Primaria-Atención Especializada. *Rev Rol Enf* 1998; 233:13-7.
6. Nieto E, Ramos O. Evolución del lenguaje enfermero: evaluación de los diagnósticos en un Informe de Enfermería al Alta. *Salud y Calidad de vida. Metas* 2000;45-52.
7. Grande ML, Hernández M. ¿Cómo entienden las enfermeras el alta de enfermería? *Enf Clin* 1996;6:119-21.
8. Silva LC. Muestreo para la investigación en Ciencias de la Salud. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
9. Serrano R, Saracibar MI, Díaz MT, Tina P, Narvaiza MJ. ¿Dónde comienza la calidad científica de los documentos de enfermería? *Rev Rol de Enf* 1994;191-2:33-40.
10. Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermería. 5.ª ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana, 1995.
11. Bryn D. Evaluation of nursing process documentation. *J Adv Nurs* 1994;19:960-8.