

GESTIÓN DE RESULTADOS ENFERMEROS: ANALISIS DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA

Juan José Mansilla Francisco, Francisco Díez de los Ríos Cuenca, Sandra Cabrera Azaña, Joaquín Cortés Torres, Nieves Villena Bueno, M^a José Macías López, Lucía Fernández Guerrero, José Antonio González Castillo, Juan Luis Ferreras Duarte, Aida Comitre Márquez, Antonio Cabrera López

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

INTRODUCCIÓN

En los últimos 4 años el Servicio de Nefrología de un Hospital de tercer nivel, con un muy amplio programa de trasplantes, ha desarrollado una herramienta informática de gestión clínica utilizada por todos los estamentos sanitarios con relación directa con el usuario. El equipo de enfermería de las Unidades de encame del Servicio utiliza esta herramienta para la gestión de cuidados de los pacientes a su cargo. Tras varios años de uso continuado se ha decidido evaluar la información que se viene volcando en los Informes de Continuidad de Cuidados al Alta (ICCA) para conocer de forma detallada el tipo de información que se traslada a los Centros de Salud, Centros Periféricos de Hemodiálisis y Consulta Externa de Trasplante renal. El ICCA tiene como objetivo planificar los cuidados extrahospitalarios del paciente que es dado de alta desde la atención especializada de forma que sean acordes con su estado de salud y las necesidades en ese momento tanto propias como de los cuidadores habituales. Su implantación está siendo general y extensa en toda la Comunidad Autónoma y viene avalada y dirigida desde la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación de la Consejería de Salud. Citando textualmente esta fuente "El objetivo final de este informe es atenuar el impacto que puede sufrir un paciente frágil o no, en la transferencia de cuidados Especializada-Primaria. Además, este informe representa la expresión final del trabajo de las enfermeras de atención especializada".

El hecho de contar con una herramienta informática permite al personal de las Unidades de encame montar estos informes de forma semiautomática desde la gestión de cuidados y ha proporcionado una excelente base para que prácticamente la totalidad de las altas cuenten con su informe de enfermería. Gracias a la mecanización los datos referidos a identificación y filiación vienen importados desde la base y carecen de errores añadidos y permiten centrarse en el proceso asistencial. La pregunta hoy es ¿estamos cerca de la excelencia en la comunicación entre niveles asistenciales?. Puesto que no se trata sólo de la cantidad de informes enviados nos proponemos ir un paso más allá y averiguar qué clase de información estamos transmitiendo.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es evaluar la calidad del ICCA del Servicio de Nefrología durante el último año midiendo el tipo y cantidad de información del área independiente de cuidados que se traslada al siguiente nivel asistencial y describir el tipo de necesidades que debe cubrir la atención no especializada de nuestra región al paciente nefrológico dado de alta hospitalaria. En concreto:

- Evaluar la implantación del lenguaje enfermero en la transmisión de información
- Evaluar la promoción de actividades enfermeras estándar para nefrología
- Evaluar la atención personalizada según la cantidad de observaciones no automáticas desarrolladas en cada ICCA.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de todos los ICCAs mecanizados durante un año en la Unidad de encame del Servicio de Nefrología de nuestro Hospital. Para ello se aplicará un paquete estadístico SSPS a las bases de datos importadas desde el programa informático de gestión de cuidados. Se evalúan Diagnósticos Enfermeros (DxE), Problemas de Colaboración (PC), Intervenciones Enfermeras (NIC) y Problemas de Autonomía más habituales y expresados en terminología enfermera para los siguientes tipos de ingreso:

- 1) Primer trasplante renal o renopancreático.
- 2) Ingresos y reingresos por patología asociada a trasplante renal, IRC en diálisis (hemodiálisis, diálisis peritoneal o problemas de los accesos vasculares relacionados).
- 3) Agudización de prediálisis, IRA
- 4) Primeros accesos vasculares.

El ICC en nuestro Servicio

El Informe de Continuidad de Cuidados al Alta se monta desde la herramienta informática importando los siguientes campos:

Datos de filiación: nombre, NUSS, NUHSA, dirección, teléfonos, fechas de nacimiento, inicio diálisis, trasplante renal, ingreso y alta.	Automático desde la herramienta administrativa y disponible para todos los módulos
Motivo del ingreso	Editable desde módulo de facultativos
Alergias	Automático
Problemas de dependencia	Ítems seleccionables; preselección desde valoración inicial posible
Diagnósticos de enfermería	Ítems seleccionables; preselección desde valoración inicial posible
Problemas de Colaboración	Ítems seleccionables; preselección desde valoración inicial posible
Intervenciones Enfermeras sugeridas (NIC)	Ítems seleccionables
Problemas de Autonomía	Ítems seleccionables
Recomendaciones	Campo de texto libre
Dirección de envío y firma de responsable	Campo editable desde texto preformado

Hipótesis de trabajo para estadística inferencial

1.- Los pacientes que ingresan para primer trasplante renal presentan un mayor número de Intervenciones Enfermeras sugeridas al alta relacionadas con la educación sanitaria y directamente relacionadas con el área independiente de trabajo enfermero.

2.- Los reingresos de pacientes relacionados con el trasplante renal presentan un ICCA con áreas de cuidado específicas y de distinto peso que los ingresos relacionados con diálisis, primer trasplante, acceso vascular o urgencias.

3.- Los ingresos para primer acceso vascular tienen un ICCA estándar y posiblemente sustituible por una guía impresa.

4.- Los ICCAs correspondientes a las franjas etáreas más extremas de la muestra tendrán una mayor presencia de problemas de autonomía y Diagnósticos enfermeros relacionados con el cuidador.

Indicadores

De cobertura:

$$\frac{\text{Nº ICCA realizados}}{\text{altas}} * 100 = 90 \%$$

De proceso:

- Informes con detalle de antecedentes y situaciones especiales
- Informes con problemas abiertos/ no resueltos al alta
- Informes con Diagnósticos de Enfermería no resueltos al alta
- Informes con problemas potenciales relacionados con el ingreso

- Informes con Problemas de Colaboración
- Informes con Intervenciones Enfermeras sugeridas
- Informes con Problemas de Autonomía
- Informes con recomendaciones no estándar al alta

RESULTADOS

Se han evaluado todos los ICCA realizados para los ingresos correspondientes al año 2006 que fueron dados de alta en el mismo periodo de estudio, es decir cada episodio estudiado cuenta con un proceso enfermero completo desde el ingreso al alta. Los ingresos susceptibles de tener un ICCA al alta en el Servicio fueron 796. De ellos se han podido evaluar 717 (90%). Los 79 episodios perdidos para el estudio se deben en su gran mayoría a los ingresos para la realización de biopsias renales. Durante el 2006 se realizaron 70 de estos procedimientos sobre injerto trasplantado y 81 sobre riñón propio. Para este año 2007 entre los objetivos del Servicio se plantea que el 100% de los ingresos para biopsia queden reflejados en el programa informático con su proceso enfermero completo, incluido un ICCA. Otra de las posibles causas de su inexistencia es el fallecimiento como motivo de alta o el traslado a otro servicio dentro del hospital. 309 de los episodios evaluados (43%) correspondieron a ingresos y reingresos de 124 pacientes siendo su mediana de 2. Decidimos situar un punto de corte para estos pacientes con múltiples ingresos por encima de 3 (mediana + 1) y obtuvimos un segmento de 13 pacientes crónicos pluripatológicos con múltiples ingresos en un año para evaluar la carga de trabajo que se traslada al ICC.

La distribución por sexo estableció poca diferencia entre ambos siendo el 55,8 % varones. La edad media fue de 58,4 + 27,5 años, y la estancia media ha resultado de 7,9 + 9,3 días. Durante el año de estudio hubo 25 exitus (3,5%).

Durante el año 2006 se realizaron 103 trasplantes renales en nuestra Unidad. De estos quedaban 4 pacientes pendientes de alta y se han evaluado los ICCA de 3 trasplantados de final de 2005 (total 102 ICCAs). En total el porcentaje de la muestra evaluado bajo el epígrafe ingreso para trasplante renal a sido del 14%. 157 (22%) episodios de reingreso o ingreso por causa relacionada lo fueron en trasplantados renales. El perfil del paciente que ingresa para trasplante o por causa asociable a éste es un varón de 52 años con 8 días de estancia y con 2 diagnósticos enfermeros y 2 problemas de colaboración especificados en el ICCA.

Los ingresos relacionados con la diálisis (hemodiálisis, peritoneal o incidencias relativas a los accesos vasculares) conforman el 35% de la muestra. De estos la mayoría son pacientes con IRC en programa de hemodiálisis con un perfil estándar de 65 años y 8 días de ingreso sin afinidad por sexo y con 2 diagnósticos enfermeros y 3 problemas de colaboración vertidos al ICCA.

En los informes han llegado a plantearse hasta 8 DxE o PC pero la mediana y moda de ambos se encuentra en 2, por tanto decidimos plantear el estudio descriptivo de frecuencias de los, hasta, 3 problemas enunciados como principales. Para los diagnósticos enfermeros se plantea la siguiente distribución:

DxE	Nº ICCAS / %	Modas y % de los 3 primeros*		
1 NANDA	453 (63,1 %)	0082 (16,3%)	0004 (12,6%)	0126 (11%)
2 NANDA	352 (49 %)	0082 (15,1%)	0148 (10,5%)	0004 (9,7%)
3 NANDA	182 (25,4 %)	0004 (15,4%)	0082 (10%)	0148 (10%)

* 0082: Manejo efectivo régimen terapéutico

0126: Conocimientos deficientes

0004: Riesgo de infección

0148: Temor

Estos diagnósticos parecen coherentes con un tipo de paciente estándar con tratamiento sustitutivo o terapéutico complejo de su enfermedad crónica que en un principio maneja correctamente. En general lo que se traslada a los siguientes niveles asistenciales es la precaución que se ha de mantener con pacientes inmunodeprimidos y la necesidad de continuar con la guardia alta en los refuerzos de educación sanitaria y apoyo emocional. Hasta una cuarta parte de la muestra contaba con al menos 3 DxE, lo que indica una importante labor de evaluación del área independiente de los enfermeros del Servicio.

Los problemas de colaboración volcados al ICCA se comportaron de la siguiente manera:

PC	Nº ICCAS / %	Modas y % de los 3 primeros*		
1 PC	424 (59,1 %)	0075 (29,2%)	0024 (8,7%)	0014 (8,5%)
2 PC	328 (45,7 %)	0024 (13,4%)	0101 (11,9%)	0071 (7,6%)
3 PC	187 (26 %)	0024 (15%)	0071 (12,8%)	0101 (10,7%)

* 0075: Deterioro de la integridad cutánea

0101: RDPI: catéter HD

0024: Riesgo de infección

0071: Riesgo de desequilibrio de volumen

0014: RDPI: vía venosa

de líquidos

También en este caso son problemas relacionados directamente con la patología que se trata. Probablemente habrá que determinar en próximas reuniones si es más conveniente plantear 0024 Riesgo de infección como problema independiente o interdependiente, si es más coherente utilizar 0044 Heridas y fracturas en vez de 0075 Deterioro de la integridad cutánea y si hay que uniformar criterios en la utilización e los códigos 0014 Riesgo Derivado Procedimiento Invasivo: vía venosa y 0101 RDPI catéter HD. En este caso la evaluación retrospectiva de los ICCA puede servirnos para plantear objetivos de calidad en el uso de taxonomías, evitando la variabilidad entre enfermeros.

El análisis de las intervenciones enfermeras sugeridas (NIC), distribuidas del mismo modo que los DxE y PC, es el que sigue:

NIC	Nº ICCAS / %	Modas y % de los 3 primeros*		
1 NIC	336 (46,8 %)	2100 (34,5%)	4240 (6,5%)	6550 (6,5%)
2 NIC	301 (41,9 %)	6550 (11,3%)	5270 (8,3%)	2120 (6%)
3 NIC	240 (33,4 %)	6540 (5,8%)	5520 (5,4%)	5270 (5,4%)

* 2100: Terapia de hemodiálisis

2120: Manejo de la hiperglucemia

4240: Mantenimiento y cuidados FAVI

6540: Control de infecciones

6550: Protección contra las infecciones

5520: Facilitar el aprendizaje

5270: Apoyo emocional

A resaltar que al menos un tercio de la muestra contaba con 3 intervenciones sugeridas al siguiente nivel asistencial. Para posteriores controles parece evidente que habrá que decantarse entre 6550 protección contra las infecciones y 6540 control de infecciones. Exceptuando la terapia de hemodiálisis el resto de frecuencias ofrecen porcentajes muy pequeños, lo que habla de la variedad de sugerencias realizadas y el esfuerzo por personalizar la atención por encima de patrones estándar. Puesto que uno de los DxE más utilizado era Conocimientos deficientes parecía extraño que no apareciera la educación sanitaria en las intervenciones sugeridas. Al analizar más detalladamente la muestra observamos una atomización de las frecuencias de las intervenciones de enseñanza en todos sus posibles campos (hasta siete diferentes, proceso, individual, dieta, medicación, etc.). Unificando todas ellas bajo el epígrafe Enseñanza nos encontramos con que aparecía en un porcentaje importante de la muestra, resultando la tercera intervención más utilizada como segunda opción (NIC2) y la primera, con un 13% de la muestra, si se formulaba como tercera opción (NIC3).

También analizamos los posibles problemas de autonomía, planteados en 388 ICCAs. Curiosamente siempre que se detectó un área dependiente (higiene, alimentación, movilidad, eliminación) también lo fueron las otras tres. Es decir, los problemas de autonomía no se distribuyeron por separado sino en grupo. Se han determinado estos resultados:

	Higiene	Alimentación	Eliminación	Movilidad
Autónomo	73,7%	83%	82,7%	73,6%
SP	18,8%	13,4%	13,2%	21,5%
ST	7,5%	3,6%	4,1%	4,7%

Al estratificar la muestra por franjas etáreas observamos que sólo se producen diferencias significativas en la aparición de problemas de autonomía a partir de los 70 años (199 episodios), sin embargo en todos estos casos no se trasladaron al ICCA diagnósticos de enfermería que advirtieran sobre el rol del cuidador y no existían diferencias significativas con el resto de la muestra en cuanto al riesgo de deterioro de la integridad cutánea como podría esperarse. No obstante sí se encontraron diferencias significativas con los diagnósticos enfermeros de déficit (0085 movilidad, 0088 deambulacion, 0110 uso WC, 0108 higiene y 0109 vestido) lo que podría hacernos pensar que el cansancio del rol de cuidador y el riesgo de que se desarrollen úlceras por presión están infradiagnosticados. Para adecuar este factor a los requisitos de la Agencia de Calidad Sanitaria de la Consejería de salud se está planteando actualmente añadir escalas de Norton y Barthel o Katz al programa informático para los casos que lo requieran.

Con respecto al ingreso por primer trasplante suponíamos que podría existir un mayor peso en el ICCA de diagnósticos que tuvieran que ver con 0126 conocimientos deficientes pero no resultó así. El único diagnóstico con mayor peso en los ICCAs de los pacientes trasplantados por vez primera, sin llegar a ser significativo, fue 0046 deterioro de la integridad cutánea. Las intervenciones sugeridas relativas a la enseñanza también se mantuvieron en rango de frecuencias por detrás de protección contra las infecciones y cuidados de la FAVI, aún tomándolas en grupo y no por separado. Los reingresos o ingresos repetidos relacionados con el trasplante renal no tienen ICCAs con diferencias significativas al del resto de la muestra. Suponíamos que podía existir alguna diferencia significativa entre los episodios agudos y crónicos tanto de diálisis como de trasplante, pero probablemente esta diferencia sea muy marcada al ingreso (hoja de valoración inicial) y no así al alta donde los problemas que permanecen abiertos y se trasladan al siguiente nivel asistencial son propios de la enfermedad renal en general.

Los 22 episodios de ingreso por primer acceso vascular cuentan con ICCAs más reducidos y salvo casos excepcionales prácticamente estándar. Todos cuentan como DxE imperante 0126 conocimientos deficientes, como PC 0101 riesgo derivado de procedimiento invasivo: catéter HD y como intervenciones sugeridas 2100 terapia HD y 2440 mantenimiento dispositivos acceso venoso. El análisis de estas altas nos puede llevar a proponer la sustitución del ICCA estándar por una más completa guía de recomendaciones donde se incluyan los ítem referidos más un espacio de recomendaciones personalizadas.

Uno de cada cuatro ICCAs contaba con observaciones ítem más en formato de texto que trasladaban recomendaciones especiales o llamadas de atención sobre temas específicos en los casos que fue necesario hacerlo.

CONCLUSIONES

La enfermería nefrológica es una rama superespecializada de la atención enfermera. Tanto el tratamiento sustitutivo con diálisis como el trasplante renal pueden trasladar a los siguientes niveles asistenciales cargas complejas de atención al paciente que pueden resultar difíciles de manejar en Atención Primaria, Consultas de Especialidad o Centros Periféricos de Diálisis.

Por otra parte la Atención especializada necesita de la continuidad de cuidados, educación sanitaria y educación para la prevención que sólo puede ser ofertada correctamente desde la asistencia extrahospitalaria. Dentro de nuestra red sanitaria parece que el primer paso en la continuidad de cuidados de enfermería se está dando de forma correcta. El análisis de los ICCAs de nuestro servicio sugiere una importante implicación de la enfermería, desde los equipos directivos hasta el staff asistencial, que está ofreciendo resultados de calidad fácilmente destacables. Al evaluar no sólo la cantidad de informes emitidos sino lo que trasladamos en ellos hemos obtenido un interesante boceto de la forma de trabajar del enfermero de las unidades de encame de nuestro servicio.

El hecho de contar con una herramienta informática ha resultado fundamental para trabajar con eficacia y hoy en día empieza a parecer imposible ofrecer resultados de calidad sin ella. Este tipo de análisis puede servirnos como retroalimentación para afinar los conocimientos metodológicos de los enfermeros, para consensuar el uso de la taxonomía enfermera en la planificación de cuidados, para planificar parte de los objetivos de resultados del Servicio basándonos en la evidencia y para

fomentar una cultura de calidad en el trabajo de enfermería que nos lleve a alcanzar mejores cotas de excelencia.

No obstante la transmisión de información no es un monólogo. Hemos evaluado emisor, canal y mensaje pero no receptor. Nuestro siguiente reto consistirá en evaluar la continuidad de cuidados desde los informes recibidos por la atención extrahospitalaria, añadiendo el punto de vista del enfermero que ha de trabajar con ellos. Sólo entonces podremos cerrar el círculo de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. JCAHCO: Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial, 1991; 6(3): 65-74
2. Guía para la continuidad de Cuidados de Enfermería entre Ámbitos asistenciales. Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
3. Amezcua Martínez, M. La calidad en la documentación clínica de enfermería. Index Enferm 1995; IV: 15-20.
4. Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Depósito Legal. MA-1757-2005.
5. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2005-2006. Madrid: Elsevier España SA.;2005
6. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Barcelona: Harcourt; 2004
7. Jonson M, Mass M, Moorehead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Barcelona: Harcourt; 2004