

INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA: REQUISITO PARA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: M.D. CARBONELL RIBALTA, M.E. JUVÉ UDINA, M.C. ORTEGA MATAS,
M. DOMÍNGUEZ DOMÍNGUEZ, A. BUJ FERNÁNDEZ, M. ARTIGAS LAGE,
A. BARBERO ASENSIO, *Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge,
l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona*

INTRODUCCIÓN

Los objetivos de la Dirección de Enfermería de la *Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge* (CSUB) incluyen el empleo de fórmulas que potencien la continuidad asistencial entre los diferentes niveles de atención (hospital-atención primaria) para mejorar los servicios que se prestan, racionalizar el consumo de recursos y optimizar los costos. Desde 1989 las enfermeras de la CSUB elaboran un informe al alta del paciente en el que consta un resumen de la estancia del enfermo, los problemas pendientes de resolución y la planificación de cuidados inmediatos. En el momento de su implantación el principal objetivo fue fomentar el hábito de emitir un informe al alta de los pacientes ingresados en unidades de hospitalización. Actualmente este instrumento puede usarse no sólo para facilitar la comunicación entre profesionales de diferentes niveles asistenciales, y la información a los clientes, sino también para identificar aquellos grupos de enfermos susceptibles de necesitar cuidados enfermeros más allá de la hospitalización.

OBJETIVOS

Presentar los resultados del proceso de validación de un formato estándar para la elaboración del informe de enfermería al alta.

MATERIAL Y MÉTODO

El proceso de validación se desarrolló en tres fases:

- 1ª - **Renovación del documento:** en base a las recomendaciones de la Comisión Técnica para los registros de enfermería hospitalaria del *Departament de Sanitat* de la Generalitat.
- 2ª - **Implantación y validación inicial:** prueba del instrumento en todas las unidades de hospitalización durante 10 meses y determinación del grado de comprensión y utilidad mediante el análisis de los resultados de entrevistas realizadas a 60 enfermeras. Paralelamente se revisaron los criterios de enfermería para el alta descritos en los planes de cuidados estandarizados, cuyo objetivo es facilitar la evaluación del grado de preparación del cliente para el alta (grado de autonomía y niveles de conocimientos y habilidades para el cuidado).
- 3ª - **Revisión y formato final:** incorporación de los criterios en el documento para describir la situación del enfermo al alta. Prueba piloto del documento en 5 unidades de hospitalización (150 informes). Para el análisis se emplearon los mismos criterios de comprensión y utilidad.

Posteriormente se procedió a validar si el for-

mato cumplieran los estándares establecidos por el *Nursing minimum data set (NMDS)* y de los criterios emitidos por la *Conference on hospital discharge abstract system (CHDAS)*

Los estándares del NMDS establecen que el formato debe permitir comparar datos enfermeros en distintas poblaciones clínicas, identificar los cuidados enfermeros prestados, proporcionar información sobre los problemas y diagnósticos enfermeros emitidos y la asignación de recursos, y desarrollar proyectos de investigación.

Los criterios de la CHDAS son:

- **Utilidad.** Los datos recogidos deben ser relevantes no solo para los profesionales de la salud sino también a nivel de gestión, legislación, docencia e investigación.
- **Precisión.** Los datos deben poder obtenerse con facilidad
- **Unificación.** Evitar duplicaciones de datos disponibles en otras fuentes.
- **Confidencialidad.** Deben asegurarse los aspectos ético-legales.

RESULTADOS

El nuevo documento conserva aquellos apartados que según los resultados de las dos evaluaciones se consideraron comprensibles y muy útiles, modificando algunos detalles para evitar duplicar datos o para mejorar la localización de la información. El informe definitivo consta de: (1) Datos de identificación (datos demográficos y destino del enfermo); (2) Resumen de la estancia del enfermo; (3) Situación al alta: (3.a) descripción del nivel de autonomía en actividades cotidianas y del nivel de conocimientos/habilidades para el autocuidado me-

dante los criterios enunciados y (3.b) identificación de los problemas pendientes de resolución. (4) Planificación de cuidados inmediatos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se eliminó el apartado de *Diagnóstico médico* para evitar duplicar datos y posibles confusiones, especialmente en aquellos enfermos que desconocen su diagnóstico. En aquellos casos que se desee hacer constar puede hacerse en el apartado de *Resumen de la estancia*. Las dos pruebas piloto evidenciaron especialmente la dificultad de incluir en un informe de alta de enfermería un apartado para especificar la medicación, puesto que implicaba duplicar datos ya contenidos en el alta médica y se identificó como un factor de confusión para el enfermo. El registro de los conocimientos del paciente sobre la medicación para el alta se recoge en uno de los criterios de enfermería descritos en el apartado de *Situación al alta*. Los criterios de enfermería enunciados, además de comprensibles y útiles en cuanto a la información que aportan sobre la situación del enfermo al alta son congruentes con el modelo de suplencia y ayuda adoptado, los conceptos asociados a la estandarización de cuidados, y las diferentes líneas de trabajo en enfermería a nivel internacional que relacionan la planificación del alta de enfermería con elementos de autocuidado y conocimientos.

La emisión de informes de alta de enfermería desde el hospital que cumplan los criterios del NMDS y el CHDAS y el uso de criterios de resultados para describir la situación al alta asegura la cobertura de las necesidades de información de las enfermeras en los diferentes niveles de actuación y ayudan a evaluar de forma objetiva la necesidad de continuidad de cuidados.