



Elvira Hernández Martínez-Esparza
M^a Jesús Barquín Arribas
Imma Mundet Riera
Luisa Royano Reigadas
M^a Isabel García Calderón

Enfermeras de la Residencia-Clínica "Los Robles",
Mortera de Piélagos (Cantabria).

Correspondencia:

Elvira Hernández Martínez-Esparza
Residencia "Los Robles", C/ Atalaya 24
39120-Mortera, Cantabria
Tfno.: 942 58 05 94
E-mail: elviraherna@yahoo.es

La necesidad de un informe de enfermería al alta o traslado en una residencia geriátrica

The need of a nursing report at discharge or transfer to a geriatric residence

RESUMEN

Frecuentemente el personal de enfermería se encuentra que al ingreso de un anciano la transmisión de información es deficiente o escasa para el abordaje integral e individualizado de éste.

Con el objetivo de salvaguardar este problema y mejorar la continuidad asistencial de los ancianos dados de alta a su domicilio o trasladados a otro centro asistencial, el equipo de enfermería de la Residencia Clínica "Los Robles" ha elaborado un instrumento de registro que denominamos "Informe de enfermería al alta o traslado de una residencia geriátrica". En el mismo se pretende recoger de una forma esquemática, ágil y completa la realidad y situación biopsicosocial del anciano garantizando una adecuada transmisión de la información y la continuidad de los cuidados de enfermería.

Dicha hoja se elaboró basándonos en gran medida en el Modelo de Necesidades de Virginia Henderson (1). En ella se recogen los aspectos básicos del anciano a través de una serie de ítems cerrados y abiertos, abarcando tanto el estado basal del anciano como los procesos agudos si los hubiere, estando dirigida tanto al personal sanitario del

SUMMARY

It is very common for the nursing staff to find out that the information flow regarding an elderly patient on admission is deficient or scarce.

To resolve this problem and improve the attendance continuity of the elderly people when they are discharged or transferred from our Center Residence Clinic Geriatric "Los Robles", the nursing staff have developed an instrument for a better register that we have denominated "Nursing inform for the discharge or transfer to a resident for old people". In that inform we try to collect in a schematic, agile, and complete way the reality and the bio-psycho-social situation of the old people guaranteeing an adequate transmission of the information and the continuity of nursing cares. This instrument was created taking as a basis to a great extent Virginia Henderson's needs model (1). In it, a series of basic aspect of the elderly person state are collected, by means of a sequence of opened and closed items, including the basic state and the acute process, if they were any, and it is addressed to the health-care staff of the final center and to the care-



133 centro asistencial de destino como a los propios cuidadores del anciano en el caso de traslado a domicilio.

PALABRAS CLAVE

Informe, alta, continuidad de cuidados, residencia.

INTRODUCCIÓN

Tras ocho años de trabajo y experiencia diaria en la Residencia Clínica “Los Robles”, el equipo multidisciplinar del centro detectó un déficit en la transmisión de información desde el punto de vista de enfermería, tanto en el momento de recibir el ingreso de un residente como a la hora de realizar el alta o traslado de éste, bien sea a otro centro asistencial o al propio domicilio. Creíamos que esta falta de información bidireccional podía comportar una alteración en la estabilidad y calidad de vida del anciano (2).

Aunque en estas situaciones suele aportarse un informe médico, éste necesita ser complementado con un registro de enfermería en el que se recojan las necesidades, actividades y la vida cotidiana del residente, además de los cuidados de enfermería que requiere, para así poder garantizar su continuidad (1-4).

A menudo, en nuestra práctica diaria nos encontramos ante situaciones de ingresos de ancianos procedentes de otros centros con carencias de información a niveles muy básicos (1, 5), como pueden ser: si come solo, si necesita ayuda para ir al baño, si utiliza prótesis dental, si requiere de algún tipo de terapia, si tiene familia, etc. Esto se demuestra en las Figs. 1 y 2, donde plasmamos, entre todos los ingresos acaecidos en nuestro centro entre julio de 2004 y junio de 2005, la relación de los residentes que aportaban informe de enfermería al alta (Fig. 1) y en el caso de que éste se adjuntara se valoró el nivel de información que aportaban (Fig. 2).

Tras estos datos ponemos de manifiesto la importancia y la necesidad de establecer un informe de enfermería al alta o traslado como pieza esencial para el abordaje integral de cada anciano. Por lo tanto, nos planteamos que nuestro registro de enfermería al alta o traslado recopilara de forma fácil y ágil toda la información necesaria para mantener vigentes los cuidados de en-

takers of the old person if they are translated to their own home.

25

KEY WORDS

Inform, discharge, assistance continuity, residence.

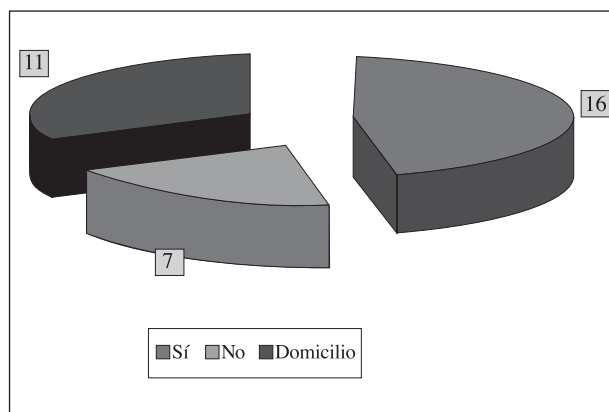


Fig. 1. Relación del número de residentes que aportaban informe de enfermería al alta al ingreso en nuestro centro.

fermería una vez que el residente abandonara el centro, de tal manera que el nuevo cuidador o personal sanitario supiera satisfacer sus necesidades y continuar los cuidados para alcanzar la máxima calidad de vida posible del residente ante un traslado (6).

MÉTODO

1. Estudio y recopilación de datos bibliográficos acerca de la valoración del paciente geriátrico (1, 4-6).
2. Comparación de informes de enfermería al alta de otros centros o publicaciones (7).
3. Selección de los parámetros que queremos recoger en el informe de enfermería al alta o traslado.

A la hora de confeccionar este registro surgió la discusión de si sería más adecuado realizar dos tipos de informes diferentes, uno destinado a recoger la información ante un traslado de un residente con un proceso agudo a un servicio de urgencias (3, 8), y otro que recogiera la información necesaria ante un alta o traslado a un centro similar o a su domicilio, ya que:

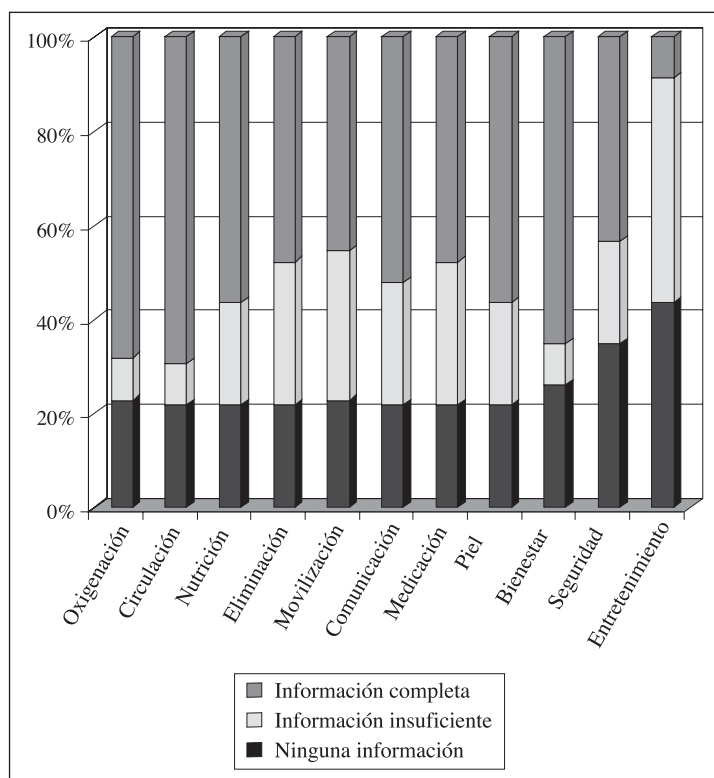


Fig. 2. Información obtenida al ingreso en la Residencia versus información del "Informe de enfermería al alta o traslado" de la Residencia "Los Robles".

Ante un traslado urgente a un centro hospitalario, la rapidez es primordial y es necesario un registro de fácil cumplimentación que recoja los datos más relevantes y básicos, tanto del proceso agudo (3, 8) como de su nivel de autonomía y estado previo.

Ante el traslado a otro centro o al domicilio es necesario especificar los datos referentes a sus actividades y costumbres cotidianas (4, 5), las cuales, en un hospital, con un proceso agudo, no se pueden llevar a cabo, pero que sin embargo puede ser indicativo del grado de deterioro del anciano debido a la enfermedad, así como del grado al que podemos aspirar en su recuperación (2).

Para dar respuesta a esta doble demanda y agilizar el trabajo diario decidimos fusionar ambas ideas en un único informe de enfermería al alta o traslado, en el cual se refleja, por un lado, las necesidades y cuidados de enfermería en la vida diaria del residente, y por otro, el pro-

ceso agudo que origina el traslado, si lo hubiera, desarrollado en un apartado específico para ello.

4. Diseño del informe de enfermería al alta o traslado: Anexo I.

El registro consta de los siguientes apartados:

Un primer apartado donde se describen los datos personales del residente, los de filiación, la fecha de ingreso, la fecha de alta o traslado y el lugar de destino.

Un segundo apartado en el que se recogen los aspectos más importantes a destacar antes de ser trasladado el paciente, como son los procesos agudos al alta, alergias y enfermedades crónicas, así como constantes vitales que el residente presenta en el momento de irse.

Un tercer apartado en donde se detallan las necesidades y cuidados de enfermería en la vida diaria del residente (1, 2). Este bloque está inspirado en el Modelo de Virginia Henderson, modificándolo y adaptándolo a nuestro medio asistencial.

Para que el registro recoja de manera completa y ágil toda la información, además de ítems cerrados, hemos añadido otros parámetros abiertos. (Anexo I: Informe de enfermería al alta o traslado).

La cumplimentación de estos ítems cerrados no ofrece ninguna dificultad, pero para registrar de manera unificada y rápida aquellos abiertos ha sido preciso desarrollar un documento complementario que incluye unas pautas orientativas para su cumplimentación de manera unificada y rápida.

5. Diseño del documento de pautas de cumplimentación del informe de enfermería al alta o traslado: Anexo II.

6. Instaurar el informe de enfermería al alta o traslado en la actividad diaria de nuestro centro.

7. Valoración y evaluación de los resultados tras un año y medio de puesta en práctica del informe de enfermería al alta o traslado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Implantación del registro y aceptación por parte de los profesionales del centro: este registro comenzó a utilizarse en nuestro centro el 1 de junio de 2004 y desde



135 esa fecha hasta el 1 de julio de 2005 hemos realizado un total de 26 traslados tanto a otro centro asistencial como a domicilios particulares a los cuales se les adjuntó la hoja de enfermería al alta excepto en un caso, en el que debido a la urgencia del mismo no hubo tiempo material para cumplimentarlo.

Tras un año utilizando el “Informe de enfermería al alta o traslado” en nuestro centro hemos podido constatar las siguientes conclusiones:

Hemos creado un instrumento de trabajo ordenado, ágil, completo y sencillo que aporta toda la información necesaria desde el plano de enfermería acerca del cuidado integral del residente, posibilitando que ésta llegue a un mayor número de personas.

El trabajo realizado por el profesional de enfermería hasta el alta o traslado no se interrumpe, garanti-

zando una línea de continuidad y logrando mantener 27
vigentes los cuidados de enfermería en el tiempo.

Una “ojeada” rápida al “Informe de enfermería al alta o traslado” nos da una visión global del anciano en apenas unos minutos.

Empleando el “Informe de enfermería al alta o traslado” garantizamos mayor estabilidad, bienestar y calidad de vida en el residente.

Actualmente estamos valorando la aceptación, entendimiento y efectividad de este registro en los centros asistenciales y domicilios a los que la hemos enviado, y se ha apreciado, de una manera subjetiva, que con este registro hemos mejorado la coordinación con otros sistemas asistenciales y la información contenida ha permitido a sus destinatarios, incluidos familiares, tener una visión global de la situación del anciano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burke Mary M, Walsh Mary B, Enfermería gerontológica. Cuidados integrales del adulto mayor. 2ª edición. Madrid: Harcourt Brave; 1998.
2. Palacios D. Elementos que modifican la valoración del anciano frágil. Gerokomos septiembre 2003. Vol. 14 nº 3; 121-6.
3. De Pedro J, Gallo J, Zaforteza C, Bover J, Bover A. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos. Gerokomos enero 2001. Vol. 12 nº 1; 29-32.
4. Mildred O Hogstel, Enfermería Geriátrica. Cuidado de personas ancianas. Madrid: Ed. Paraninfo; 1998.
5. Guillén F, Ruipérez I. Manual de Geriátria 3ª edición. Barcelona: Ed. Masson; 2002.
6. Castanedo C, García M, Noriega M, Quintanilla M *et al.* Temas de enfermería gerontológica. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y gerontológico. Logroño, 1999.
7. García AM, Bonilla E, Rubio A. Valoración al alta de enfermería: un método para cuidar. Gerokomos enero 2000; Vol. 11 nº 1; 24-30.
8. Funguet J, Gonzalo M, Martínez R. Continuidad de cuidados individualizados de un paciente geriátrico derivado por agudización de su patología. Gerokomos marzo 2002; Vol. 13 nº 1; 27-31.

ANEXO I: Informe de enfermería al alta o traslado

DATOS PERSONALES

Residente: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Nº S.S: _____

Fecha Ingreso: Fecha alta o traslado Traslado a: Acompañado por

Motivo de traslado:

Actualmente: T.A: Glucemia: Tª: FC:..... Saturación O₂:... Estado de consciencia:.....

Alergias: Enfermedades crónicas:

NECESIDADES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VIDA DIARIA

Nivel de dependencia: Barthel: Deterioro cognitivo: MMS:/.....

1. OXIGENACIÓN

- Oxígeno Disnea Inhaladores:
- Aspiración de secreciones ... Otros:

2. CIRCULACIÓN

- Edema: Isquemias: Medidas de compresión:
- Otros:

3. NUTRICIÓN

Tipo de dieta: Suplementos nutricionales:

Ingesta: SNG PEG

Dificultad deglución

- Gelatinas Líquidos Espesantes

Dificultad para masticar

- Prótesis: Portador al traslado Otros:

4. ELIMINACIÓN

Urinaria: Continente Portador de pañal Diurno Nocturno Sonda vesical:

Fecal: Continente Incontinente Ostomía Estreñimiento

Otros:

5. MOVILIZACIÓN

Tipo de vida: Cama Cama-Sillón

Transferencia cama-silla:

Desplazamiento: Sí No

- Deambulacion Silla de ruedas
- Autónomo Sólo con vigilancia Con ayuda de otra persona
- Bastón Otros: Rehabilitación (se adjunta informe)

6. COMUNICACIÓN

- Colaborador Agresivo
- No colaborador Agitado

Lenguaje Sin alteraciones Disfasia Afasia Otros:

Capacidad de entender

- Limitada

(Continúa) ➡



Visión Alteración: Gafas: Portador al traslado

Audición Alteración Audífono

ADMINISTRACIÓN MEDICACIÓN
 Autónomo Otros:

7. PIEL
Lesiones cutáneas
Localización:
Etiología:
Estadio:
Tipo de cura:
Adjuntando informe: Sí No
 Dolor; Analgesia. Fecha última cura:

Alteraciones:

Medidas preventivas
 Colchón alternante de aire Cojín en silla
 Cambios posturales c/ Taloneras

8. BIENESTAR Y RELACIÓN
 Dolor Insomnio Otros:
 Apoyo familiar:

9. SEGURIDAD
Riesgo de caídas
Contenciones
 En silla En cama Barras en cama Otros:

10. ENTRETENIMIENTO
 Pasear Juegos de mesa Manualidades
 Musicoterapia Rosario Gimnasia Otros:

CATÉTERES:
VACUNAS ADMINISTRADAS:
MEDICACIÓN ADMINISTRADA PREVIA AL TRASLADO:
COMENTARIOS:

CUIDADOS	Dependiente	Parcialmen.independ.	Vigilancia supervisión	Independiente
Alimentación				
Higiene				
Ir al baño				
Vestirse				
Higiene bucal				
Afeitado				
Uñas pies				
Uñas manos				
Peinarse				

ANEXO II: Informe de enfermería al alta o traslado

1. OXIGENACIÓN

Se cumplimentará:

- En el apartado de **disnea**: disnea grado I/II/III/IV/ortopnea/apneas.
- En el apartado de **inaladores**: tipo, dosis, frecuencia y especificar si es por cámara.
- En el apartado de **otros**: tos/cianosis periférica de miembros superiores y/o inferiores o de mucosas/traqueotomía/medidas posturales a adoptar en función del estado del paciente, como por ejemplo elevación de cabecero de la cama.

2. CIRCULACIÓN

Se cumplimentará:

- En el apartado de **edema** y en el de **isquemia**: la localización.
- En el apartado de **medidas de compresión**: vendajes, medias, etc.
- En el apartado de **otros**:
 - Medidas posturales: elevación del miembro afectado (edematoso).
 - Varices y localización/Marcapasos/Hematomas, etc.
 - En caso de presentar TVP señalarlo en el apartado de comentarios.

3. NUTRICIÓN

Se cumplimentará:

- En el apartado de **tipo de dieta**: corriente/blanda/túrmix/astringente/sosa/diabética. En el caso de SNG o PEG, indicar: tipo de dieta, si es por bomba de alimentación o en bolo y velocidad de administración.
- En el apartado de **suplementos nutricionales**: el tipo de suplemento, cantidad y frecuencia de toma.
- En el apartado de **ingesta**: buena/aceptable/regular/mala.
- En el apartado de **SNG/PEG**: la fecha del último cambio: "cambiada el ..."
- En el apartado de **prótesis**: completa/inferior/superior/parcial.
- en el apartado de **otros**:
 - La existencia de vómitos y/o náuseas relacionados con la ingesta/la toma de medicación/alteraciones gástricas.
 - Indicar otras alteraciones relacionadas con la ingesta.

4. ELIMINACIÓN URINARIA Y FECAL

Se cumplimentará:

- En el apartado de **sonda vesical**: la fecha del último cambio: "cambiada el..." y la hora del último cambio de bolsa recolectora.
- En el apartado de **ostomías**: ileostomía/colostomía, etc.
 - Si es necesario indicar el tipo de bolsa, hacerlo en **comentarios**.
- En el apartado de **otros**:
 - Disuria/polaquiritria/nicturia/piuria/oliguria/poliuria.
 - Sedimento.
 - Tactos rectales habituales/enemas habituales/sonda rectal.
 - Diarrea crónica.
 - Fecha de la última deposición.

5. MOVILIZACIÓN

Se cumplimentará:

- En el apartado de **transferencia cama-silla**: sólo/con ayuda de una persona/con ayudas mecánicas: grúa/elevador.
- En el apartado de **otros**:
 - Existencia de limitaciones del movimiento en algún miembro.
 - Hemiplejías/artrosis/artritis/dolor a la movilización, etc.
 - Utilización de muletas o cualquier ayuda no reflejada anteriormente.
- En el caso de que el residente esté incluido en un programa de rehabilitación, se aportará el informe de alta de la fisioterapeuta.

6. COMUNICACIÓN

Se cumplimentará:

- En el apartado de **lenguaje en otros**: ecolalia/disartria, etc.
- En el apartado de **visión en alteración**: el ojo afectado y el tipo de alteración: ceguera/disminución de la visión/cataratas, etc. Los colirios crónicos, dosis, frecuencia y en qué ojo. Se especificará en el apartado de comentarios.
- En el apartado de **audición en alteración**: en oído afectado y el tipo de alteración: sordera/disminución audición/vértigos, etc.

(Continúa) ➡



7. PIEL

Se cumplimentará:

- En el apartado de **localización**: la localización de la lesión.
- En el apartado de **etiología**: úlcera por presión/úlcera venosa/úlcera arterial/úlcera mixta/úlcera diabética/quemadura/lesión traumática, etc.
- En el apartado de **estadio**:
 - En úlceras por presión: grado I/II/III/IV.
 - En úlceras vasculares: superficial/profunda.
 - En úlceras diabéticas: no clasificar.
 - En quemaduras: 1º grado/2º grado superficial/ 2º grado superficial/ 3º grado.
- En el apartado de **tipo de cura**: materiales y frecuencia de cura (no utilizar abreviaturas).
- En el apartado de **analgesia**: si se administra analgesia previa a las curas.
- En el apartado de **fecha de última cura**: la fecha de la última cura.
- En el apartado de **cambios posturales c/**: la frecuencia y si es capaz de realizarlos sin ayuda.
- En el **apartado en blanco tras prominencias óseas**:
 - Evitar apoyo en.../evitar posturas.../ no estar más de ... horas sentado.
- En el apartado de **alteraciones**: dermatitis/psoriasis y la zona afectada.
- Si existiera más de una úlcera, se adjuntará hoja de úlceras.

8. BIENESTAR Y RELACIÓN

Se cumplimentará:

- En el apartado de **otros**:
 - Destacar alteraciones: autoestima/temor/pánico/soledad/negación/siestas/...
 - Si la alteración es en el sueño, resaltar si se produce en la conciliación del sueño/si el sueño discontinuo/despertar temprano.
- En el apartado de **apoyo familiar**: especificar si el paciente cuenta con algún apoyo/si es escaso/nada/si tiene visitas habituales o esporádicas e indicar el parentesco de quienes sean.

9. SEGURIDAD

Se cumplimentará:

- En el apartado de **otros**:
 - Existencia de otras medidas de seguridad: en manos/en pies, etc.
 - Existe riesgo de caídas y/o fugas.

10. ENTRETENIMIENTO

Se cumplimentará:

- En el apartado de **otros**: otras formas de ocio como: lectura/televisión/terapia ocupacional.

11. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

Se cumplimentará:

- En el apartado de **otros**: vigilancia/triturado/administración directa/ocultar entre los alimentos la medicación si existiera negativa por parte del paciente a tomarla, etc.

12. VACUNAS ADMINISTRADAS

Se cumplimentará en este apartado:

- Las vacunas administradas (tétanos/gripe/neumococo/...), indicando el año en que se han administrado.
- La existencia de vacunas pendientes de su administración y fecha a realizar.

13. CUIDADOS

Se cumplimentará en este apartado:

- Si es dependiente/parcialmente dependiente/vigilancia o supervisión/independiente, en cada uno de los cuidados.

14. CATÉTERES

Se cumplimentará en este apartado: tipo, número, localización y fecha de realización.

15. COMENTARIOS

Se cumplimentará en este apartado:

- Detallar resto de aspectos importantes del estado actual del paciente y otros datos de interés en su cuidado.
- Incluir la indicación de colirios, cremas o tratamientos tópicos.
- Recalcar si es diabético.
- Redactar, en los residentes con demencias, su comportamiento habitual.