



Hospital Gral.Universitari d'Alacant y C.E. Babel



DOSSIER DE REGISTROS DE ENFERMERÍA. ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS. HGUA

NOVIEMBRE 2008

Dossier de Cuidados enfermeros (Área Hospitalización de Adultos)

El Hospital General Universitario de Alicante, es una organización de prestación de cuidados excelentes a la población que tiene asignada. Las enfermeras como prestadoras de cuidados precisan de instrumentos ágiles y útiles que ayuden a la práctica diaria. Los registros de enfermería se configuran como uno de los instrumentos más importantes en dar pertinencia, coherencia y continuidad de los cuidados. La necesidad de mantener actualizados los registros del hospital ha quedado patente en las diversas auditorias que de los mismos se llevan haciendo desde hace unos años, estas auditorias así como las reuniones de los equipos de enfermería para discutir las necesidades de cambio en la documentación enfermera del HGUA, han hecho que hoy se presente este nuevo dossier de cuidados. Actualizado, recogiendo las aportaciones de un grupo de 10 enfermeras de la práctica asistencial y de la gestión donde se discutió su configuración. El objetivo general del grupo focal ha sido: Consensuar la documentación clínica del HGUA a fin de unificar los criterios de registro en cada uno de los documentos. Los datos extraídos del grupo focal realizado el 25 de julio del 2007 más los datos de las auditorias justifican los cambios en los documentos. Uno de los resultados del grupo de trabajo fue la necesidad de configurar un dossier de cuidados enfermeros para el adulto y otro para las áreas infantiles, de la misma reunión se establece el compromiso por los representantes de las áreas pediátricas de formar un grupo para el diseño y unificación de criterios de los documentos de enfermería en áreas pediátricas.

Así, las características que aportan calidad a los registros enfermeros son:

- Registrar la atención y actividad de la planificación así como la prestación de cuidados a pacientes/clientes.
- Los sistemas de registro de enfermería deben de ser eficaces, efectivos y eficientes.

- Los criterios de calidad de un registro enfermero, deben evaluar como se da respuesta a las necesidades del proceso asistencial, asegurando la calidad científico-técnica, la satisfacción de los clientes internos (enfermeras) y externos (ciudadanos), que permita el avance del conocimiento enfermero y dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

Pero ¿por qué registrar?

- Responsabilidad jurídica, es decir por imperativo legal y en base a la ley 41/2002 14 Noviembre “Ley Básica de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”, debemos registrar al menos: la evolución y planificación de cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica de enfermería y el gráfico de constantes. Es la documentación legal de nuestros cuidados. En su Art. 15 regula cual es el contenido de la historia clínica de cada paciente: *“La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia escrita o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.*

Art 15 punto 2: CONTENIDO MÍNIMO DE LA HC:

- a) la documentación hoja clínico-estadística
- b) la autorización del ingreso
- c) el informe de urgencias
- d) la anamnesis y exploración física
- e) la evolución
- f) las órdenes médicas
- g) la hoja de interconsulta

- h) los informes de exploraciones complementarias
 - i) el consentimiento informado
 - j) el informe de anestesia
 - k) el informe quirófano o registro de parto
 - l) el informe de anatomía patológica
- m) la evolución y planificación de cuidados de enfermería
- n) la aplicación terapéutica de enfermería
 - ñ) el gráfico de constantes
- o) El informe clínico de alta.

- Responsabilidad moral por respeto a los derechos de los pacientes.
- Por razones asistenciales. Es imprescindible el registro para un aseguramiento de la continuidad de los cuidados, para proporcionar cuidados coherentes y pertinentes al estado del paciente.
- Investigación en cuidados. ¿Cómo son nuestros cuidados?, ¿Qué resultados obtenemos en términos de mejora de la salud de los pacientes?, ¿qué cuidados son los más prevalentes?
- Gestión, el desarrollo de los registros permitirá a la gestión determinar la intensidad de cuidados y las cargas de trabajo de las unidades así como la adecuación de los recursos en función de la medición de las actividades enfermeras.
- Formación y docencia. Los registros en la historia van a ser una fuente de información para los alumnos de enfermería y para nuestra propia formación.

Para nosotras que cuidamos, nuestros cuidados suponen que, si no progresamos cada año, cada mes, cada semana, estamos retrocediendo".

"Ningún sistema que no avance puede perdurar".

Florence Nightingale (1820-1910)

Composició del nou dossier.-

- **Hoja de valoración de enfermería al ingreso:** parte de la ya existente con cambios en algunas variables y la introducción de aspectos no contemplados anteriormente de forma explícita como: el dolor y su valoración a través de la escala EVA, la incorporación de los valores de la escala de Braden así como la figura de un individuo para poder delimitar en el cuerpo las lesiones que presente un paciente, se ha incorporado el riesgo de caídas, así como intervenciones protocolizadas al ingreso como la identificación inequívoca y el programa de acogida. Con el documento se adjunta la guía de cumplimentación.
- **Hoja de Plan de cuidados:** tras la valoración enfermera (y en cualquier momento de la estancia del paciente) se enunciarán en este documento los diagnósticos de enfermería que presenta el paciente, así como las intervenciones que se han de ejecutar durante la estancia y los objetivos a conseguir o resultados esperados. Para la formulación de los diagnósticos de enfermería se recomienda utilizar la Clasificación NANDA (Anexo I). Este documento no sustituye a ningún otro. Es un documento nuevo en el dossier que viene a dar a la enfermera el soporte documental que responde a las nuevas demandas de cuidados.
- **Hoja de Evolución de cuidados:** este documento permitirá registrar como día a día y turno a turno van evolucionando los diagnósticos enfermeros y los cuidados así como cualquier comentario que la enfermera considere relevante de hacer constar. Este documento sustituye a la antigua hoja de observaciones y cuidados configurada a modo de tres columnas que ha resultado no ser del todo muy operativa para el trabajo diario.

- **Gráfica de constantes/ cuidados de enfermería:** la nueva gráfica nace del consenso de los profesionales de enfermería, consta de tres partes bien diferenciadas: 1) primera cara donde se encuentra la escala de braden su puntuación al ingreso y cuando ha de hacerse la reevaluación del paciente así como las escalas de la EVA y de Wong y baker para ayudar al profesional en la valoración del dolor. 2) Cara interna: donde se encuentra la gráfica de constantes para 12 días así como modificaciones en los parámetros de la antigua tras la realización de las auditorias (Ver tabla 1) y el consenso profesional. Se acuerda incluir nuevas variables para la monitorización como es el dolor y el riesgo de UPP. 3) Cara reverso: se ha incorporado el control de las pruebas y peticiones más frecuentes en el ámbito hospitalario, así como un espacio abierto reservado para las hojas de consulta y otras pruebas. Este espacio se ha diseñado así por las continuas propuestas de enfermeras de disponer de un espacio para ello porque el destinado en la antigua gráfica era del todo insuficiente. Esta gráfica se acompaña de una guía de cumplimentación

Tabla 1: auditoria del nivel de cumplimentación de la antigua gráfica.

<u>Variables gráfica</u>	% Si registrado	% No registrado
Etiqueta	89,67	10,33
Valoración	0,19	99,81
Fecha	2,14	97,86
TA	70,96	29,04
Temperatura	92,69	7,31
FR	1,07	98,93
FC	7,80	92,20
Peso	4,58	95,42
Ingesta	7,70	92,30
Diuresis	23,98	76,02
Deposiciones	28,75	71,25

Vómitos	0,58	99,42
Drenado	0,19	99,81
Otros Balance	1,27	98,73
Glucosuria	0,10	99,90
Cetonuria	0	100
Otros glucemia	0	100
Técnicas invasivas	2,92	97,08
Pruebas	86,26	13,74
Curas	0,29	99,71

- **Hoja de Informe de Continuidad de Cuidados:** esta hoja parte del anterior documento de alta de enfermería incorporando en él algunos cambios que se han introducido también en la valoración al ingreso que ya se han mencionado. Se acompaña de la guía de cumplimentación del documento.