

EL DOSSIER DE ENFERMERÍA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE: COMPOSICIÓN Y CONTROL DE CALIDAD

AUTORAS

M.^a Pilar Córcoles Jiménez

Pilar García Piñero

Teresa Ruiz Gómez

Lourdes Pita Toledo

Cortes Callejas Marín

Enfermeras

Unidad de Angiología y Cirugía Vascular

Complejo Hospitalario de Albacete

RESUMEN

Dentro de los cambios que se han ido produciendo en la profesión enfermera, el registro de las actividades realizadas se revela como imprescindible para administrar unos cuidados de calidad, sin olvidar su necesidad desde el punto de vista legal y en el desarrollo de la formación y la investigación.

Hemos realizado una revisión del Dossier de Enfermería en una muestra de pacientes ingresados en la Unidad de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario de Albacete. Entre los resultados de este estudio destacan el elevado registro de la Anamnesis y de las actividades relacionadas con la toma de constantes, administración de fármacos, control de ingesta y educación para la salud; por el contrario no aparecen prácticamente anotaciones sobre los cuidados relacionados con la higiene, la eliminación y movilización, el control del sueño y del estado anímico. También es destacable el mínimo nivel de registro de otras actividades propias de Enfermería como los cuidados de vías venosas, colocación de vendajes y control de dolor.

Deseamos que estos resultados sirvan para que todos reflexionemos sobre el problema de los registros de Enfermería y, como profesionales, tomemos iniciativas para mejorarlos.

PALABRAS CLAVE

Registros de Enfermería, actividades de Enfermería, control de calidad

INTRODUCCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL MEDIO

El concepto de salud ha ido variando en las sociedades occidentales hasta abarcar una visión integral y totalizadora de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la persona. Como resultado de esta evolución y del cambio general de la sociedad, han desaparecido criterios que regía antaño la prestación de los cuidados: ya no es válido el principio de "beneficencia" que justificaba las acciones realizadas por el criterio del superior conocimiento del profesional en relación al usuario; hoy en día priman la libertad e independencia de cada usuario a la hora de recibir información clara y comprensible sobre su estado de salud y de tomar decisiones sobre las actividades a emprender.

Todos estos cambios han determinado la consiguiente variación en el concepto de "calidad" de los Servicios Sanitarios, que si antes estuvo garantizado por la profesionalidad (fundamentalmente del médico), en la actualidad ha de regirse y evaluarse por otros criterios (1). La garantía de calidad de la asistencia puede enfocarse desde el punto de vista de la estructura, del proceso o de los resultados, y es sin duda un tema tan complejo en su evaluación como interesante y relevante para el Sistema.

Sin entrar en la multiplicidad de aspectos que componen la calidad de las asistencias, vamos a centrarnos en un tema que nos afecta directamente como profesionales de Enfermería: la planificación de los cuidados y el registro de los mismos.

Si volvemos nuestro pensamiento hacia épocas no tan remotas, la prestación de cuidados de Enfermería se realizaba "sobre la marcha", a medida que iban surgiendo las necesidades, aunque siempre existió una cierta programación de las actividades que sin embargo atendía casi únicamente al seguimiento de horarios establecidos, o sea, a un plan de trabajo. En cuanto a los registros de las actividades de Enfermería eran mínimos o simplemente inexistentes, entendiéndose implícitamente que las actividades necesarias se realizaban.

Naturalmente, la evolución de la que hablábamos antes exige que esta situación se modifique radicalmente: no podemos seguir trabajando de forma intuitiva, sin planificación, ni podemos dejar que la información sobre nuestro trabajo se pierda por no quedar plasmada en unos registros adecuados (2). Y esta afirmación no es en absoluto caprichosa: responde a razones bien fundamentadas y a las necesidades de la sociedad actual; basta recordar que en Atención Especializada se trabaja por turnos, de manera que cada usuario es atendido por varios profesionales cada día, lo que hace imprescindible que exista registro de las actividades realizadas para dar continuidad a los cuidados y evitar tanto la omisión como la duplicación de acciones. No es sólo un imperativo de calidad sino también una exigencia legal ante posibles reclamaciones, cada día más frecuentes. Otra razón no menos importante es que los registros de nuestras actividades propias nos proporcionarán una fuente para la formación pregrado y postgrado y para la investigación en Enfermería (3)

Acabamos de hablar de la necesidad de que existan registros de Enfermería adecuados. Pero se plantean dos cuestiones: debemos definir qué entendemos por "registro" y cuáles son las características mínimas que debe reunir para ser considerado "adecuado".

Sobre la primera cuestión, el término "registro" tiene en este contexto una doble acepción: es la anotación o asiento sobre una actividad realizado en un soporte material (tanto papel como informático), pero también es el soporte material mismo donde se realizan las anotaciones y en este sentido es sinónimo de "documento".

En cuanto a la segunda cuestión, siguiendo las normas de la OMS, los registros deben tener tres características (4):

- deben ser permanentes, con las limitaciones que tiene esta permanencia. Evidentemente es difícil el mantenimiento y actualización de todo el volumen de documentación que se genera en un gran hospital; y el tiempo que debe considerarse una historia clínica como activa es una cuestión debatida, así como el tiempo para que sean destruidas.

- deben tener una identificación que permita su localización y recuperación cuando sea necesario, lo que implica que todos los documentos que lo componen deben llevar una serie de datos como nombre y apellidos, número de Historia, número de Seguridad Social, DNI u otros que hagan posible su reconocimiento.

- deben tener continuidad, es decir, debe existir la intención de realizar anotaciones sucesivas a medida que se precise. Esto es tanto una cuestión de espacio (no se pueden hacer historias "de un solo uso") como una necesidad para que la información acumulada tenga sentido.

Así pues la Historia Clínica de cada usuario estará compuesta por un conjunto de registros (documentos), cada uno de los cuales debe reunir las características que mencionamos anteriormente.

Funcionalmente podemos distinguir entre los registros de tipo administrativo, los registros médicos, registros enfermeros y de trabajadores sociales. El Dossier de Enfermería estará formado por todos los documentos cuya cumplimentación es responsabilidad de los profesionales de Enfermería, y donde se recogen las actividades que ellos realizan, tanto las independientes como las delegadas y multidisciplinarias. Cada centro sanitario construye sus propios modelos de registros y crea un dossier o conjunto de registros adaptado a sus necesidades, de manera que podemos encontrar diferencias significativas entre Atención Primaria y Atención Especializada y también entre los distintos centros de una y otra.

A pesar esta variedad existen documentos comunes en su finalidad, aunque puedan tener distinto diseño (5). Así solemos encontrar en todos los centros un impreso de Anamnesis o Historia de Enfermería, hojas de registro de las actividades (que pueden incluir hojas de planificación de cuidados o no), hojas de registro de fármacos prescritos por los facultativos, hojas de observaciones o evolución del paciente y gráficas. Como tantos otros aspectos de la Enfermería, la elaboración de un Dossier común y adaptado a las necesidades específicas de profesionales y pacientes es aún una meta a conseguir.

Centrándonos en el Complejo Hospitalario de Albacete, el Dossier de Enfermería se halla compuesto en la actualidad por los siguientes registros (6): Anamnesis, Hoja de Medicación y Cuidados, Diario; Gráfica de constantes, Control de Pruebas y Hoja de Preparación prequirúrgica. Todos estos documentos llevan en su encabezamiento el anagrama y nombre del Complejo Hospitalario y del Insalud, así como un espacio para identificación del paciente al que corresponden, que normalmente se suele cubrir con una etiqueta autoadhesiva proporcionada por el Servicio de Admisión, en la que constan todos los datos identificativos necesarios, cumpliendo así una de las características que dijimos debían reunir los registros según la OMS.

Anamnesis de Enfermería. En este documento se plasma la recogida sistemática de información sobre el paciente para elaborar el plan de cuidados, sea éste intuitivo o escrito. Se realiza mediante entrevista, examen físico, observación y revisión de informes, en el momento del ingreso (o a lo largo de las primeras 24 horas, si el estado del paciente no permite completarlo en ese momento).

Este registro se introdujo hace aproximadamente 5 años, pues anteriormente no existía documento específico para realizar la Historia de Enfermería y las anotaciones sobre estos aspectos se recogían en el Diario de Enfermería. El documento actual se compone de varios apartados: Datos identificativos del paciente; Datos al ingreso; Factores socio-culturales (laborales y familiares); Hábitos y costumbres (en este apartado se recoge la forma en que el paciente satisface habitualmente sus necesidades básicas y se registran también los hábitos tóxicos y los requerimientos de información, así como cualquier otra información que se considere de utilidad).

La Anamnesis de Enfermería debe ir fechada y firmada por la enfermera responsable del paciente.

Hoja de Medicación y Cuidados de Enfermería. Está destinada a transcribir el tratamiento médico y los cuidados de Enfermería pautados para cada paciente, al menos una vez al día (en el turno de mañana, normalmente) y siempre que sea necesario por modificaciones en el tratamiento y/o los cuidados. En cada turno hay un espacio para la firma.

Diario de Enfermería. En este documento se recogen los datos y comentarios referentes al paciente y a la evolución de los cuidados (es decir, las incidencias más reseñables en aspectos físicos, psicológicos, de evolución de su patología, pruebas diagnósticas pendientes, etc.) en cada turno de trabajo, firmando a continuación. No debe utilizarse como Hoja de Anamnesis. Se añaden hojas a medida que se precisan, numerándolas correlativamente.

Gráfica de constantes. Se reflejan los datos objetivos, medibles y cuantificables, sobre la situación del paciente. Debe ser cumplimentado por el personal de Enfermería en cada turno, según la pauta de toma de constantes prescrita para cada paciente, registrando las constantes vitales (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración y presión venosa central) en cada turno y día; los controles de glucemia o glucosuria, el peso y la talla; y el balance de entradas y salidas en el organismo. Las anotaciones se realizan en cifras o en el gráfico utilizando los colores correspondientes (marcados en el mismo impreso).

Existe además una Gráfica de Constantes horarias, similar a ésta pero dividida en 24 espacios para cada hora del día, que se utiliza en aquellos paciente que se encuentran en situación crítica y en las Unidades de Cuidados Intensivos y Reanimación, donde constituyen el único registro de Enfermería, utilizándose el reverso para escribir los comentarios (sustituye

al Diario de Enfermería del que acabamos de hablar).

Hoja de Control de Pruebas. Es un registro donde se recogen las peticiones de pruebas, y si están realizadas, pendientes de realizar o recibidas. Se anota el nombre de las pruebas, la fecha de petición (columna de la izquierda), de realización y de recepción (columnas de la derecha).

Hoja de preparación prequirúrgica. Se trata de un registro de reciente introducción en el que se recogen los diferentes cuidados en Enfermería que se realizan a los pacientes quirúrgicos como preparación a la intervención. Además de la identificación del paciente y Servicio, el nombre de la intervención, las constantes del paciente en el momento de pasar a Quirófano y las posibles alergias medicamentosas, este documento permite registrar aspectos tales como el rasurado, la higiene del paciente, la retirada de objetos personales, la preparación intestinal, la colocación de sondajes, la administración de premedicación anestésica y de profilaxis antibiótica, los controles de glucemia en los diabéticos, si se ha reservado sangre para la intervención etc. Esta hoja debe ser fechada y firmada por los profesionales y responsables de la preparación, tanto auxiliares como enfermeras.

Existen variaciones de estos registros en algunas Unidades para adaptarlos a sus requerimientos específicos, como es el caso de Pediatría, Oncología, etc. Incluso en algunas Unidades muy especializadas no se utilizan algunos de los registros que acabamos de mencionar: es el caso de Quirófano, donde no existen registros específicos de Enfermería, quedando las actividades enfermeras anotadas parcialmente en los registros médicos (Anestesia, Protocolo Quirúrgico, etc.). En otros casos el personal de Enfermería se limita a rellenar los datos de filiación del paciente, ubicación en el Hospital y toma de constantes, como sucede en la Hoja de Ingreso en la Sala de Despertar, en la que el resto de datos deben ser escritos por el anestesista responsable del paciente.

Acabamos de ver que en Complejo Hospitalario de Albacete existen documentos específicos de enfermería, y que cumplen las características básicas fijadas por la OMS (se pueden identificar, son permanentes y siguen una continuidad). Pero no basta que haya registros (7); las cuestiones fundamentales que se plantean son:

-¿Son adecuados los registros existentes para recoger las actividades de Enfermería?. Es decir, ¿son suficientes y están adaptados a las necesidades de los profesionales?

-¿Se cumplimentan correctamente estos registros?. Y si no es así ¿cuáles son las causas de esta falta de cumplimentación? ¿Qué aspectos se registran preferentemente?.

Esto nos lleva al control de la calidad de los registros, tanto en lo que se refiere al diseño de los documentos como al contenido de las anotaciones (recordemos la doble acepción del término "registro"). Además el contenido de las anotaciones puede evaluarse desde el punto de vista cuantitativo (existen o no anotaciones, y en qué número) y/o desde el aspecto cualitativo (son o no pertinentes las anotaciones, y a qué aspectos de las actividades de Enfermería se refieren).

En principio, el control de la calidad de los registros de Complejo Hospitalario de Albacete es misión de la Comisión de Historias Clínicas. En consonancia con lo que acabamos de decir sobre los diferentes aspectos de la calidad de los registros, la Comisión controla tanto el diseño de los documentos existentes, su eventual actualización e introducción de formatos o documentos nuevos (a petición de las Unidades o Direcciones correspondientes), como la cumplimentación de los documentos, aunque sólo desde el punto de vista cuantitativo.

La valoración de la cumplimentación de la Historia Clínica la realiza periódicamente la Comisión en cada Servicio del Complejo Hospitalario, revisando una muestra aleatoria del total de historias clínicas que han pasado por el Servicio en cuestión en el periodo correspondiente. En cada historia se valoran los siguientes datos (6):

1. Estadística clínica: Presencia o ausencia en todos los documentos del nombre y apellidos del paciente y número de cama.
2. Anamnesis y exploración médica: Presencia o ausencia.
3. Diario médico: Presencia o ausencia del curso clínico diario (sin contar fines de semana ni festivos) y de la firma del facultativo responsable.
4. Órdenes de tratamiento: Presencia o ausencia de prescripción cada día (salvo fines de semana y festivos) y de

la firma.

5. Informe de alta: Presencia o ausencia. Para ser considerado válido debe contener diagnóstico médico, resumen del episodio que causó el ingreso e identificación del facultativo que da el alta. Es el único caso en que se hace una valoración cualitativa del registro.
6. Hoja de intervención, en los pacientes quirúrgicos. Presencia o ausencia, con la fecha.
7. Hoja de anestesia, también en pacientes quirúrgicos sometidos a anestesia general o epidural. Presencia o ausencia, con la fecha.
8. Anamnesis de Enfermería: Presencia o ausencia.
9. Diario de Enfermería: Presencia o ausencia de comentarios en cada turno y si están o no firmados.

Con estos datos se construyen unos Índices de calidad de las historias para cada

Servicio, dividiendo el total de observaciones positivas entre las observaciones totales para cada grupo de datos. Sin embargo no todos los grupos de datos tienen la misma consideración, sino que se ponderan según porcentajes, correspondiendo a los datos médicos un 87%, un 5% a los datos identificativos y el 8% restante a los datos de Enfermería.

Vemos que esta valoración es casi puramente cuantitativa y además los registros de Enfermería pesan poco en la evaluación final. Sin embargo, por ser una valoración oficial, queremos destacar que en Octubre de 1996, fecha en la que se realizó la última evaluación del Servicio de Cirugía Vascular, el porcentaje de cumplimentación de los registros de Enfermería (Anamnesis y Diario de Enfermería tan solo como hemos dicho) era del 100%, bajando el porcentaje global al 80,42% al añadir los registros médicos y médico-quirúrgicos. Por lo que se refiere a Enfermería esta cumplimentación sólo era igualada por el Servicio de Pediatría y Cirugía Pediátrica; mientras que el porcentaje más bajo estaba en un 44,42%.

MATERIAL Y MÉTODO

A efectos de profundizar en la valoración cualitativa de los registros nos planteamos realizar una revisión del Dossier de Enfermería en una muestra de pacientes ingresados en nuestra Unidad. La Unidad de Angiología y C. Vascular del Hospital General de Albacete comparte una hemiplanta que comprende 48 camas: 30 son de Cirugía General y 18 de Angiología y Cirugía Vascular. El personal de Enfermería está formado por una Supervisora, dieciséis Diplomados en Enfermería y catorce Auxiliares de Enfermería. La cobertura de personal en Cirugía Vascular en los diferentes turnos es la siguiente: Enfermeras 2/1/1, Auxiliares 2/1/1.

Nuestro objetivo era conocer las actividades de Enfermería que se registran en los documentos, entendiendo por "actividades" cualquier tratamiento de cuidados directo que realice una enfermera en beneficio de un paciente, tanto si la iniciativa para realizarlo parte de una orden médica como si es una decisión independiente del profesional de Enfermería (8).

Se diseñó para ello un estudio transversal retrospectivo. La variable a estudiar era, como acabamos de decir, la actividad de Enfermería registrada.

A fin de evitar una excesiva dispersión de esta variable se decidió seleccionar un proceso determinado de ingreso frecuente, siendo así la población accesible los pacientes que habían estado ingresados en la Unidad entre Enero y Marzo de 1997 con el diagnóstico confirmado de trombosis venosa profunda. El estudio no se planteó a los profesionales de la Unidad hasta que todos estos pacientes hubieron sido dados de alta, con el fin de evitar sesgos ante el conocimiento previo de que los registros iban a ser revisados.

Se mantuvieron reuniones previas de un grupo de expertos para construir una parrilla de recogida de datos con las actividades de Enfermería que se consideraron estándares de cuidados en el proceso elegido. Estas actividades se estructuraban en torno a los siguientes campos (2, 7, 9):

-Realización de Anamnesis de Enfermería en el documento adecuado, debiendo estar cumplimentado al menos alguno de los apartados de evaluación de hábitos y costumbres del paciente para ser considerado positivo este ítem.

-Actividades relacionadas con la higiene corporal y de ropas.

-Actividades relacionadas con la oxigenación.

- Actividades relacionadas con la alimentación e hidratación.
- Actividades relacionadas con la eliminación.
- Actividades relacionadas con la movilización.
- Actividades relacionadas con la educación.
- Actividades relacionadas con la seguridad (incluyendo aquí el dolor).
- Actividades de control de constantes y estado físico.
- Actividades relacionadas con procedimientos diagnósticos.
- Actividades relacionadas con administración de fármacos prescritos.
- Actividades administrativas.

Se llegó a un consenso sobre las formulaciones que podrían tener las anotaciones existentes en los documentos para poder ser consideradas registro de una actividad determinada, a fin de obtener un grado de concordancia suficiente entre los investigadores; y se acordó que bastaba la existencia de una sola anotación en cualquier turno del día para considerar positivo el registro de la actividad correspondiente. Se incluyeron también en la parrilla datos identificativos de cada paciente, así como la edad y el sexo, la fecha de ingreso y la de alta en cada proceso.

En cuanto a los documentos que se iban a revisar hubo acuerdo en considerar la Anamnesis de Enfermería, la Hoja de Medicación y Cuidados, el Diario de Enfermería y la Gráfica de Constantes como componentes del Dossier de Enfermería en este proceso, dado que la Hoja de Control de Pruebas no se utiliza en nuestra Unidad y que al no ser pacientes quirúrgicos no existiría Hoja de Preparación prequirúrgica. También se decidió revisar estos registros en dos momentos determinados de la estancia hospitalaria de cada paciente, momentos que se consideraron representativos de la evolución: el primer día tras el ingreso y el día anterior al alta.

La parrilla de recogida de datos se validó durante 15 días con pacientes afectos de trombosis venosa profunda que se encontraban ingresados en la Unidad, en diferentes fases de evolución, realizando las modificaciones oportunas.

Comenzó luego el proceso de recogida de datos, revisando las Historias Clínicas de los pacientes que constituían la población accesible, en total 34 personas con 37 ingresos (pues hubo tres reingresos en el periodo seleccionado). Los datos obtenidos se volcaron en un fichero informático y fueron analizados con el programa Epi.Info 6.0, aplicando la media aritmética y desviación estándar para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La edad media de la población resultó de 61,91 años, con un rango entre 14 y 85 años (d .t. = 19,22); en cuanto a sexo, hay un predominio de las mujeres (56,8%). La estancia media en la Unidad fue de 8,43 días (rango: 2-13, con una d. t. = 2,51).

Entrando en los registros de las actividades de Enfermería, la Anamnesis apareció cumplimentada en el 100% de los casos, y además en todos sus apartados sin excepción. Como vemos se mantiene en el mismo nivel anterior, lo que creemos es debido a la concienciación de los profesionales de la Unidad de la importancia que tiene para dejar constancia del estado del paciente a su ingreso, así como al diseño del documento, que facilita su cumplimentación.

En cambio, las actividades relacionadas con la higiene corporal y de ropas no aparecieron registradas en ningún caso, ni en el primer día ni el anterior al alta. En las actividades relacionadas con la alimentación e hidratación, existía registro de control de ingesta en el 100% de los casos y en los dos días revisados, pero no se registra en ningún caso ayuda en la alimentación, ni otras actividades en torno a esta necesidad. Las actividades relacionadas con la eliminación (colocación de cuña o botella, control de heces, administración de enemas, etc) no aparecen registradas, salvo los cuidados en incontinencia, que se registraron en dos casos el primer día y en uno el último día, y el control de la diuresis, que se registró en 7 casos tanto el primer día como el último (derivado de órdenes médicas). Las actividades relacionadas con la movilización sólo se

registraron en un caso en el primer día, frente a 7 registros en el último día.

Destaca a nuestro juicio el escaso número de registros en torno a estas actividades de cuidados básicos que acabamos de mencionar (higiene, alimentación, eliminación y movilización), lo que puede ser debido a que estos cuidados están delegados en las Auxiliares de Enfermería, personal que está poco habituado a hacer registro de sus actividades, y se trata además de cuidados que tendemos a considerar menos dignos de reseñar pues entendemos que se realizan por sistema. Destaca el registro en el 100% de los casos estudiados del control de ingesta, lo que se debe a ser un objetivo de calidad de la Unidad marcado por la Supervisión y consensuado con el personal auxiliar, que realiza por sí mismo las anotaciones. En sentido contrario, es también destacable que los registros sobre movilización del paciente sean tan escasos en el día anterior al alta, momento en el que es de máximo interés el control de la deambulaci3n.

Las actividades relacionadas con la educaci3n tuvieron un tratamiento bien diferente, pues se registraron al 100% el primer día y en 83,8% en el último día (hay que advertir que se consideró positiva la existencia de este registro cuando había al menos una anotaci3n en torno a haber informado al paciente de la necesidad de guardar reposo absoluto o de empezar a levantarse).

Las actividades relacionadas con la seguridad no tuvieron registro, salvo el control del dolor, que se anotó en un 21,6% de los registros el primer día y tan sólo en un 8,1% el último día. Bien es cierto que no se trata de un proceso especialmente doloroso, y que además es normal que el día anterior al alta haya disminuido aún más el dolor. Hay que destacar que muy a menudo no se registra la causa o localizaci3n del dolor, tan sólo se anota el analgésico administrado para calmarlo.

En cuanto al control del estado anímico, sólo aparece un registro sobre el mismo en el primer día y dos en el último; el control del sueño tuvo más anotaciones, con un 21,6% de registros positivos el primer día, bajando a 5,4% el último día. Podemos interpretar, como hemos comentado para el dolor, que este proceso no suele causar excesiva ansiedad o depresi3n en el paciente, de forma que posiblemente los registros corresponden al total de casos que manifestaron alguna incidencia.

Las actividades de control de constantes y estado físico tenían un tratamiento muy desigual, pues mientras que se habían registrado las constantes vitales en el 100% de los casos y en los dos días seleccionados, sólo en dos casos se encontraron registros de exploraci3n de signos vasculares (primer día).

Las actividades relacionadas con procedimientos diagn3sticos y con administraci3n de fármacos prescritos se hallaban en elevados niveles de registro: la administraci3n de medicaci3n se cumplimenta en el 100% cada día, e incluso algunos aspectos que tienen porcentajes bajos, en realidad se hallan en un nivel alto de registro dado que son bastante infrecuentes en este tipo de procesos (administraci3n de fluidoterapia continua –1 caso-, administraci3n de aerosolterapia –1 caso-, controles de glucemia –1 caso el primer día y 5 el último-, realizaci3n de ECG –1 caso-, oxigenoterapia –1 caso-, etc). Sin embargo, los cuidados de Enfermería en relaci3n con estas actividades delegadas están en no niveles menores de registro: cuidados de la vía venosa (necesaria para administrar la heparina intravenosa terapéutica) con 70,3% de registros positivos el primer día y 56,8% el último día; el registro de extracci3n de analíticas sólo alcanza un 37,8% de positivos el primer día y un 40,5% el último; la colocaci3n de vendajes elásticos para iniciar la deambulaci3n sólo se anota en un 56,8% de los casos en el último día.

Las actividades administrativas se registran de manera aceptable: la tramitaci3n de Interconsultas o pruebas diagn3sticas se anota en el 59,5% de los casos en el primer día aunque tan sólo aparece en 8,1% del último día. Sin embargo, debemos reseñar que según nuestra experiencia en el primer día de ingreso se cursan interconsultas y/o pruebas diagn3sticas en todos los pacientes, de forma que el nivel de cumplimentaci3n es menor de lo que parece.

CONCLUSIONES

Podemos resaltar que existe en general poco hábito de registrar las actividades propias de Enfermería, mientras que la transcripci3n de las órdenes médicas se realiza por norma. Como posibles causas de que se registren muy poco las actividades relacionadas con cuidados básicos podemos señalar la tendencia a reseñar tan sólo aquellos aspectos que constituyen una incidencia destacable pero o los cuidados cotidianos, usúa realizaci3n damos por supuesta; los problemas de diseño de los documentos, pues la falta de tiempo, la sobrecarga de los profesionales, el miedo a la “hoja en blanco” y otras razones de este tipo, dificultan las anotaciones; y también la falta de una metodología científica de trabajo, que permita planificar los cuidados y darles continuidad: la turnicidad del personal dificulta el conocimiento de los problemas del paciente si no hay constancia de su situaci3n al ingreso y de cómo ha evolucionado. Además falta concienciar a muchos profesionales de la importancia de registrar sus actividades de forma tan detallada como sea posible, por las implicaciones que esto tiene tanto en el tema de la calidad de los cuidados como en aspectos legales, por no mencionar la medici3n del producto enfermero (9, 10).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Romera Rufián, P. Evaluar la calidad de los registros enfermeros. Rev. ROL de Enfermería, 183: 38-47.
- (2) González Quijano, A; Pina Roche, F; Rojas Alcántara, P; Santesteban de Mingo, M. Historia de Enfermería. Guía práctica. Rev. ROL de Enfermería, 137: 50-54.
- (3) Serrano Sastre, R; Sarazíbar Razquín, M.^a I; Díaz Navarraz, M.^a T; Tina Majuelo, P; Narvaiza Solís, M.^a J. ¿Dónde comienza la calidad científica de los documentos de Enfermería? El reto de la documentación. Rev. ROL de Enfermería, 191-192: 33-40.
- (4) López García, G; Pérez Fernández, M; Gervás, J. Registros de Enfermería. Elementos clave en Atención Primaria. Rev. ROL de Enfermería, 135: 15-19.
- (5) Fornas Ara, C; Callizo de Moya, I; Buera Alquezar, M.^a P; Díaz Moreno, A. Dossier de cuidados. Un análisis experimental. Rev. ROL de Enfermería, 149: 39-42.
- (6) Manual de documentación clínica. (Formato provisional). Comisión Historias Clínicas. Complejo Hospitalario de Albacete.
- (7) Perea Martínez, I; Reyes Cruz, C; Tosquilla i Babiloni, R. La importancia de registrar en un ABS. Rev. ROL de Enfermería, 215-216: 13-15.
- (8) Carpenito, L. Planes de cuidados y documentación en Enfermería. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1994.
- (9) Ferrús, L; Portella, E; Mata, R. Determinación de estándares sobre cuidados enfermeros. Rev. ROL de Enfermería, 153: 37-42.
- (10) Galindo Casero, A; Porras de Larrínaga, S; Gómez Pérez, F. J; Nogueira Loro, P. Definir el producto enfermero. Rev. ROL de Enfermería, 191-192: 96-97.

REGISTROS DE ENFERMERÍA: PERSPECTIVAS DE FUTURO Y POSIBLES SOLUCIONES

Como autoras del trabajo "El Dossier de Enfermería en el Complejo Hospitalario de Albacete: composición y control de calidad", creemos que no puede finalizar con la enumeración de los problemas que se plantean en el mismo, sino que debemos apuntar algunas posibles soluciones:

-Formación de los profesionales en una metodología científica de trabajo (planificación de cuidados) y en la importancia de los registros como reflejo de la actividad realizada.

-Implicación de los gestores y mandos intermedios en el control de la calidad de los registros, evaluando periódicamente tanto la adecuación de los documentos existentes a las actividades reales como el contenido de lo registrado. La realización de evaluaciones periódicas y la difusión de los resultados motivan sin duda a los profesionales a mejorar sus registros.

-Establecimiento de objetivos de cumplimentación de registros en cada Unidad, mejorando paulatinamente los índices y consensuando con los profesionales el nivel que pueden alcanzar en la siguiente evaluación. Según los diferentes centros, puede ponerse en relación esta mejora con el reparto de productividad variable.

-Introducir el uso de programas informáticos de planificación de cuidados que reduzcan el tiempo empleado en la cumplimentación manual de los documentos, formando a los profesionales en el uso de estas tecnologías.

-La incorporación de las últimas promociones de profesionales puede generar un beneficio en las Unidades, aprovechando su formación para mejorar la metodología de trabajo y el registro de las actividades.

-Mejorar la colaboración entre los distintos ámbitos profesionales de Enfermería: Docencia, Atención Primaria y Especializada.

En el Complejo Hospitalario de Albacete existe una Comisión de Enfermería cuyo objetivo es la introducción de la metodología científica en la práctica diaria, formando a los profesionales y elaborando los documentos que faciliten la plasmación del plan de cuidados. Esta Comisión viene funcionando desde Octubre de 1995, y está abierta a todos los profesionales, contando en la actualidad con doce miembros (enfermeras y auxiliares).

Las principales actividades desarrolladas por la comisión han sido:

-Elección del modelo Henderson, tras sesiones de profundización y reflexión sobre los diversos modelos teóricos. Se escogió por considerarlo el más sencillo, útil y adaptable a nuestro medio, además de por su amplia difusión.

El profesional de Enfermería recoge toda la información posible sobre el enfermo y valora qué necesidades están alteradas; a continuación se planifican las acciones para suplir o ayudar a cubrir estas necesidades; se realizan las acciones planificadas y se va evaluando si se producen o no cambios que hagan necesario mantener los cuidados o modificarlos.

-Elaboración de registros de Enfermería que faciliten la aplicación de este modelo, teniendo en cuenta el escaso tiempo de que se dispone dada la presión asistencial. Se han elaborado los siguientes registros: Hoja de Anamnesis de Enfermería, Hoja de Plan de cuidados (que incluye problemas, objetivos y actividades de Enfermería, tanto dependientes como independientes), y Hoja de Administración de Fármacos, que se añaden a las ya existentes de Gráfica de Constantes y Diario de Enfermería. De estos nuevos registros se ha realizado una primera validación.

-Extender la formación sobre el modelo Henderson y la información sobre las actividades de la Comisión a todas las Unidades del Complejo Hospitalario de Albacete. Para ello se han realizado sesiones en todas las Unidades del Complejo (salvo los Servicios Especiales); a fin de contactar con el máximo número posible de profesionales se realizaban sesiones semanales en el turno de mañanas, que se repetían durante tres semanas consecutivas.

-Se han elegido dos Unidades para el inicio de la experiencia de trabajar con planes de cuidados; una de ellas es la de Cirugía Vasculat. Se ha elaborado un plan de cuidados estandarizado en el proceso de trombosis venosa profunda, tomando como base las actividades consideradas como estándar en talleres de trabajo realizados sobre el tema con los profesionales de la Unidad. Tras un periodo de formación, se irá introduciendo paulatinamente el plan de cuidados en los pacientes que ingresen con este diagnóstico, utilizando los registros diseñados con este fin.

El objetivo final es la mejora de la calidad de los cuidados, de su metodología y de su registro documental. En esta línea estamos trabajando e invitamos a todos los profesionales a colaborar.