

ATS 10 06

Comenzamos ahora el tiempo dedicado al curso de nivelación de ayudantes técnicos sanitarios. Este espacio está dedicado a todos los alumnos del curso de nivelación y en general a todos aquellos interesados en temas de enfermería. El programa de hoy lo vamos a dedicar a conceptos de enfermería.

Belén Cabello y Teresa Ruiz, profesora de esta materia, entrevistan a Maite Martínez del Olmo, que es enfermera jefe del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid. Hola, buenas noches. Este programa de conceptos de enfermería para el mes de noviembre queremos dedicarlo a la experiencia que se está llevando a cabo en el Hospital Clínico de Madrid sobre los registros de enfermería.

En la tercera unidad, que ustedes están estudiando ahora y que está dedicada al PAE, se hace referencia continuamente a ellos y esperamos que con este ejemplo práctico se pueda favorecer su comprensión para este importante concepto. Para ello, contamos con la presencia de Maite Martínez del Olmo, que es la enfermera jefe del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid. Hola Maite, buenas noches.

Hola, ¿qué hay? Mira, ante todo queremos saber qué entendéis vosotras por registro. ¿Qué concepto tenéis sobre lo que es un registro de enfermería? Lo primero consideramos que un registro es una forma de comunicación escrita. Entonces entendemos por registro de enfermería la serie de anotaciones propias de la enfermería sobre el estado del paciente y la constatación del tratamiento administrado hecho por la enfermera.

Los registros se deben basar en unos principios fundamentales. Es decir, la finalidad principal de un registro, tanto si es en un hospital como si es en un consultorio o en una institución sanitaria, debe consistir en contribuir al debido cuidado del paciente. ¿Por qué visteis la necesidad de incluir en los cuidados de enfermería unas técnicas precisas de registro? Precisamente por lo que acabo de decir, porque debe contribuir al debido cuidado del paciente.

Entonces la atención al paciente ha de ser individual, integral y permanente. Entonces si la serie de registros, de anotaciones, de observaciones que se ven en un enfermo no quedan registradas debidamente con la suficiente claridad como para que la interpretación no nos lleve a dudas, la atención deja de ser permanente. Es decir, cuando una enfermera que observa una serie de hechos en un enfermo no lo registra por escrito, nos puede llevar a error porque si lo hace verbalmente se le puede olvidar algo.

Y en todo caso, si se va ella, al no quedar registrada, la atención se interrumpe, ya que no quedan reseñadas una serie de datos que han de tenerse en cuenta en los turnos siguientes de atención al enfermo. Con lo que deja de cumplir uno de sus principios fundamentales, la atención integral y permanente. De acuerdo.

Y este programa, ¿dónde lo estáis llevando a cabo? ¿Tenéis un grupo piloto o ya es una

implantación para todo el hospital generalizada? No, es una implantación para todo el hospital. En el año 78 empezamos a hacer una unificación de criterios. Es bastante difícil llevar a la enfermería en general a escribir basándose en unos criterios únicos.

Entonces en el hospital nuestro teníamos los registros de enfermería como muy diseminados. Había a nivel de gráficas, porque no he dicho que los registros de enfermería en el hospital nuestro constan de una hoja de tratamiento de la enfermera que en ella transcribe el tratamiento hecho por el médico y escrito. Además tenemos una hoja de observaciones e incidencias donde se anotan todas las observaciones que se hacen respecto al enfermo.

Tanto de cómo evoluciona, como si se encuentra nervioso, si viene con familiares, si no viene, etc. Entonces las gráficas también había, pues en el hospital nuestro teníamos 26 modelos de gráficas. Entonces lo que hemos intentado hacer ha sido unificar no sólo los modelos, sino también el criterio que nos debe llegar o que nos debe llevar a hacer una serie de anotaciones.

En la actualidad sólo hemos dejado cuatro modelos de gráficas. Una general para todo el hospital, otra para las recuperaciones y uvi, la unidad de cuidados intensivos, otra para pediatría por la especificidad misma de la especialidad y otra en el servicio de diálisis. Cada año procuramos revisar las necesidades nuevas que surgen en base a las evoluciones que hay en la atención y a los datos nuevos que esa nueva atención implique registrar.

No sé qué más me habías preguntado. No, te preguntaba si era una implantación generalizada para todo el hospital. Es una implantación generalizada, sí.

Se empezó a hacer como en el año 79 y actualmente se está realizando ya con bastante unidad de criterio en todos los servicios del hospital. ¿Sobre qué actividades realizáis los registros? Sobre todas las actividades propias de la enfermería, es decir, sobre la aplicación del tratamiento que realiza la enfermera, sobre los cuidados especiales, cambios posturales, sobre la dieta, sobre todas las actividades relacionadas directamente con el paciente. ¿Y quién realiza estas anotaciones y también cuándo y cómo, el formato, el tipo de anotaciones que hacéis, cuándo se efectúan? Generalmente cuando ingresa un enfermo, ingrese en el turno que ingrese y a la hora que ingrese se le abren los registros de enfermería.

Es decir, se le abre la hoja de tratamiento en cuya cabecera se constata el servicio a que pertenece, el nombre del médico que va a llevar al enfermo, el nombre y los apellidos, sexo, edad y diagnóstico y grupo sanguíneo si lo tuviésemos, el número de cama, el número de historia si es reingreso, la fecha en que ingresa y después tenemos otro espacio donde si va a ser operado se pondrá el día en que se le ha operado. En el cuerpo central la primera parte se dedica a cuidados especiales. Los cuidados especiales son todos aquellos cuidados que no están pautados con horarios fijos.

Y a continuación tiene dos partes, en la parte de la izquierda que va un espacio, van unas casillas donde pone medicamento y debajo otro espacio donde pone observaciones que se corresponden con cada uno de los medicamentos. Y a la derecha ya van unas casillas que pone

fecha y hora y el día con que se corresponde. Debajo de cada día, cuando se pone la medicación a una hora concreta, cada enfermera responsable que ha puesto la medicación la firma.

La hoja de observaciones e incidencias en donde se constata, además de todos los datos que hemos visto antes, se constata por qué sistema ha ingresado el enfermo, si ha sido por urgencias o por recepción de enfermos, en qué grado de dependencia está ese enfermo, qué grado de consciencia o no tiene, si venía solo o acompañado, si estaba haciendo una medicación en su casa o no la estaba haciendo. En caso de que la estuviese haciendo se llama al médico de guardia, confirma la medicación o se la suspende prescribiendo otra nueva si la estima oportuna. Se le abre también una hoja que llamamos la hoja de petición y recepción de exploraciones complementarias en donde quedan reseñadas todas las pruebas que se le piden al enfermo.

Y por supuesto se le abre la gráfica para hacerle los registros de signos vitales en el momento de su llegada. Maite, ¿y cuándo lleváis a cabo estos registros? ¿Te quiero decir en cambio de turno o solamente una vez por turno? Sí, ya hemos visto que cuando ingresa el enfermo se le abren todos esos registros y quedan constatadas todas las incidencias, estado del paciente y demás. Después, cada mañana, después de pasar visita al médico, si ha habido algún cambio de tratamiento se modifica y la hoja está preparada para ello, de modo que no haya que abrir otra hoja nueva.

Y sobre la marcha, quiero decir, cada día, el turno de mañana, al final de la jornada escribe las incidencias y observaciones acerca del paciente. La tarde hace lo mismo y la noche también, lo que no quita que la entrega de turno se haga además verbalmente. ¿Cómo han aceptado los profesionales estos registros? ¿Lo consideran una actividad burocrática o una actividad profesional? En principio lo aceptaron así, con una actividad burocrática y con un poco de rechazo.

Ahora bien, los registros son algo más que una actividad burocrática. Es decir, hay que considerar desde varios puntos de vista lo que es o lo que debe ser un registro de enfermería. Entonces, desde el punto de vista legal, cada enfermo tiene derecho a tener sus documentos o los documentos que van a formar parte de la historia clínica donde queden reseñados todos los datos acerca de su estado, del estado de su enfermedad y la evolución que ha tenido.

Entonces, es algo más que una burocracia, es algo necesario para la atención del enfermo y la seguridad en la misma. ¿Y habéis observado que con estos registros hay una mayor sensación de seguridad en el paciente, en las personas que le atienden, si se considera más individual en los cuidados o si la continuidad de los cuidados es mejor? Sí. ¿Una reacción positiva en el paciente? Sí, hemos observado que hay una reacción positiva.

El enfermo se siente más conectado con todos los turnos, se siente más seguro, porque sabe que está anotado ahí, sabe que no se le va a poner algo que no fuera para él, porque incluso algunas veces se da el caso de que el médico le ha suspendido la medicación y el enfermo pide

que se le ponga, oiga, pues que me tocaba una inyección a tal hora y la enfermera le dice, no, pero mire, esta mañana al pasar visita se lo suspendieron porque está usted mejor de esto o tal. Entonces, eso da una sensación de seguridad y a la enfermería también creo que le ha beneficiado de alguna forma el que queden anotadas todas estas observaciones. ¿Quién utiliza estos registros de enfermería? ¿Solo la enfermera o también lo pueden utilizar los alumnos, los médicos, los auxiliares? En principio lo utiliza la enfermería como sistema básico de trabajo, pero lo utilizan también todos los médicos, es decir, cuando pasan visita piden estos registros porque de alguna forma tienen conocimiento de qué es lo que ha pasado con el enfermo en los distintos turnos, o sea, cualquier hora del día.

No olvidemos que la enfermería está a las 24 horas al pie del enfermo y por lo tanto es la que recoge todos los datos. Entonces lo utilizan los médicos, lo utilizan los alumnos, lo utiliza la auxiliar de clínica también. En los registros, en la hoja de tratamiento de enfermera se constata también el tipo de dietas y generalmente, vamos, en el hospital nuestro los auxiliares reparten la comida, son las que llevan la comida a los enfermos.

Entonces tienen que saber qué tipo de dietas tiene cada enfermo, aunque además la enfermera vaya a ver que realmente a cada enfermo se le da la dieta que le corresponde. Y también hay una cosa que me gustaría saber, ¿tenéis previsto sobre estos datos que vais recogiendo, sobre estos registros que se van haciendo en todos los pacientes que van pasando por vuestro hospital, algún programa de investigación que pueda suponer un avance ya para la profesión de enfermería, no tanto para el trabajo diario? Sí, tenemos previsto una investigación también sobre la historia clínica de enfermería, pero de entrada está previsto porque consideramos que los registros forman parte de la investigación y de la docencia. Es decir, el tratamiento de un enfermo se pone en principio porque se espera corregir la causa o anularla, la causa de la enfermedad.

Lógicamente, en base a eso se hace un tratamiento. Entonces, el tratamiento va haciendo una modificación que se manifiesta en los registros del enfermo, en las constantes vitales, cómo se van cambiando. Entonces, eso nos da pie para poder hacer, no sé, una investigación, para poder ir aprendiendo, porque muchas veces hemos visto que con el uso del tiempo, cuando se aplica un antibiótico, estamos viendo que con el tiempo termina haciéndose resistente a ciertos gérmenes.

La forma de verlo, desde luego, o de hacer esa investigación es a través de los registros. Se ve cuándo se le puso, en qué casos, en qué dosis, cómo modificó esas constantes vitales, y eso nos puede llevar a saber, con el paso del tiempo, que ese antibiótico se ha hecho resistente en qué casos, en qué dosis, cuando se ha aplicado de una forma o de otra. Entonces, sí está previsto ir haciendo investigaciones al respecto.

Muchas gracias, Maite. Esperamos que la intervención de hoy sirva para dar una visión práctica sobre los registros de enfermería, y que pueda ser de utilidad para ustedes, no sólo desde el punto de vista de alumnos, sino como una mejora en la situación de la enfermería en el país.

Buenas noches.

Maite Martínez del Olmo, enfermera jefe del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid, explicó aquí en qué consiste el registro de enfermería, entendido como forma de comunicación escrita entre paciente y enfermera. Y nos vamos por hoy. Será el próximo martes a la hora habitual, cuando volvamos con un nuevo espacio.

Hasta entonces, buenas noches. Más información www.alimmenta.com Más información www.alimmenta.com