

Revista Nursing de marzo de 2003, volumen 21, número 3, páginas 22-27

Registros de enfermería: cuidados de calidad

FAY YOCUM (RN, BS, MSN)

CUANDO OIGO A UNA ENFERMERA DECIR, "estudié enfermería para cuidar a pacientes, no para hacer papeles", me pregunto si ha considerado de qué manera los malos registros afectan a la calidad de los cuidados de los pacientes. La documentación es el núcleo de lo que somos como enfermeras. Nuestra práctica de enfermería y los estándares profesionales requieren registrar, y los registros son necesarios para los pacientes. Mediante éstos seguimos los cambios del estado del paciente, tomamos decisiones relacionadas con sus necesidades y aseguramos la continuidad de los cuidados. Unos buenos registros ahorran el tiempo, el esfuerzo y el dinero necesarios para administrar cuidados de alta calidad al paciente.

En este artículo mostraré por qué unos malos registros afectan a los pacientes, desperdician tiempo y dinero, y disminuyen la calidad de cuidados que se van a administrar. Siga esta guía práctica para registrar el curso del paciente alrededor de estos problemas.

UN BUEN REGISTRO SIGNIFICA MEJORES CUIDADOS

¿Ha valorado alguna vez a un paciente al comienzo de su turno y ha comparado sus hallazgos con los del final de su jornada de trabajo para evaluar su evolución? Si la enfermera anterior anotó sus observaciones de forma correcta, usted podrá tomar, de forma eficaz, buenas decisiones de enfermería. Si las anotaciones están mal hechas, usted perderá tiempo buscando respuestas, comprometiendo la calidad de los cuidados que administra. Cuando documente de forma adecuada sus hallazgos e intervenciones, proporcionará a los futuros lectores todas las herramientas necesarias para asegurar, de forma oportuna, la continuidad de cuidados para el paciente.

Para que sea significativa, la documentación debe tener sentido y comunicar lo que se pretende decir. Si cumple estas reglas comunes, los registros tendrán valor para la enfermera del siguiente turno.

* Asegúrese de que la documentación cubra las normas de calidad de la práctica enfermera de su país y los códigos o reglas administrativas, los estándares profesionales nacionales, los estándares de cualquier especialidad y las normas de su centro. (Véase el apartado *Lo que requiere la ley*). Si los requerimientos de su centro son menos rigurosos que los de la práctica o las normas de enfermería, debe adherirse a las normas de calidad de la práctica enfermera.

* Apoye su documentación con los hechos, incluyendo sus observaciones (volúmenes, totales, cantidades y valores) y los hallazgos de la valoración física, las manifestaciones del paciente y la información recogida por otros profesionales de la salud.

* Incluya los hallazgos negativos y positivos, de forma que el siguiente profesional que los lea pueda valorar si el estado del paciente ha cambiado. Si no registra los hallazgos negativos nadie sabrá si estos problemas ya se han valorado.

* Evite manifestaciones tales como "no expresada ni anotada ninguna alteración". El problema con esta observación es que aquí no se afirma si la enfermera observó al paciente. Una manifestación mejor sería una como ésta: "niega dolor o falta de aliento". Permita al lector (que algún día podría ser un miembro de un tribunal) que conozca que usted estaba al lado de la cama y evaluó al paciente. Si la enfermera del siguiente turno encuentra que el paciente experimenta dolor o falta de aliento, verá que su estado ha cambiado.

* Escriba de forma legible, utilice la gramática, la escritura y la terminología correctas, y evite abreviaciones no aprobadas. No suponga nunca que el lector siguiente "conocerá" su significado. No

olvide que usted registra para comunicar. Si el siguiente lector interpreta mal lo que usted ha escrito, no ha comunicado.

- Utilice términos que se puedan medir, como centímetros. No haga comparaciones con frutas o vegetales. Por ejemplo, en lugar de decir que una herida tiene "el tamaño de un guisante", especifique sus dimensiones: "1,5 cm de diámetro".

REGISTROS DE CALIDAD

Después del registro, lea lo que ha escrito y pregúntese: "Si yo fuera la próxima enfermera responsable del cuidado de este paciente, ¿me permitirían estas notas tomar unas buenas decisiones de enfermería? ¿Podría decir si el estado del paciente ha cambiado, si he cubierto sus necesidades y si he cumplido con mis deberes?" Si ha observado las normas siguientes, su respuesta debe ser *sí*.

Documente con precisión el dolor

La documentación errónea del dolor puede dar lugar a un sufrimiento innecesario. Considere este ejemplo: una paciente que se había sometido a una intervención ginecológica se quejaba de cefalea. Durante 3 días todas las enfermeras documentaron "dolor", pero ninguna especificó su localización; por tanto, todas suponían que el dolor implicaba la incisión abdominal de 12,5 cm. Sólo, más tarde, una enfermera descubrió que la paciente tenía cefalea debido a la falta de cafeína por no beber las seis Coca-Colas diarias que acostumbraba. Una bebida no alcohólica le alivió el dolor. Sin embargo, entre tanto, había sufrido innecesariamente, se retrasó el alta, sus hijos se asustaron cuando les dijeron que su madre no podía irse a casa cuando ellos la esperaban y los familiares tuvieron que asumir ciertos gastos debido a la estancia prolongada. Por tanto, no obligue a que otras personas supongan cualquier cosa. Documente siempre la localización del dolor, de forma que ningún cuidador tenga que adivinarlo.

El dolor debe ser valorado, tratado y revaluado. La capacidad de documentar de forma significativa los hallazgos e intervenciones tiene un gran impacto sobre la calidad de los cuidados. Pida al paciente que valore y describa todos los aspectos del dolor. Utilice un número estándar o reconozca la escala de valoración del dolor. Para llevar a cabo la continuidad de los cuidados, asegúrese de que todos los cuidadores utilicen la misma escala para las evaluaciones subsiguientes. Documente, de forma objetiva, la descripción del dolor del paciente en sus propias palabras.

Que lo que diga tenga sentido y diga lo que quiere decir

Las observaciones generalizadas y vagas no tienen sentido y fácilmente son mal interpretadas. Por ejemplo, una valoración global de enfermería del paciente consistiría en "día mejor". Incluso aunque usted conozca al paciente, esta anotación no le aporta nada. Una observación mejor diría esto: "la paciente manifiesta que anduvo por el vestíbulo 15 m sin sentirse cansada. Sin embargo, afirma que ayer se cansó después de andar sólo 6 m". Incluya siempre los datos que la hayan llevado a esta consideración.

"Pulmones disminuidos" es otra anotación vaga y sin significado. ¿Se refiere a los sonidos o al tamaño? ¿El problema afectaba a todos los campos pulmonares o sólo al lóbulo inferior derecho? La enfermera del siguiente turno tardaría mucho tiempo en planificar e implementar unos cuidados adecuados basándose en una anotación como ésta. Elija palabras específicas, claras y descriptivas, como por ejemplo: "sonidos respiratorios disminuidos en ambas bases pulmonares. Se auscultan crepitancias sólo en la base del lado derecho. No se auscultan crepitancias ni silibancias en el ápex del lado derecho o sobre el lado izquierdo".

Siga las normas de calidad o estándares profesionales para los cuidados de enfermería

Asegúrese de que los cuidados de enfermería cubran todos los estándares legales, profesionales y de la organización. Si se desvía del estándar de cuidados por una razón válida, documente por qué, qué hace normalmente para el paciente y a quién ha comunicado la desviación. Por ejemplo: "debido a un apósito apretado en el brazo derecho y a la existencia de una escayola en el brazo izquierdo

hasta encima del codo, se tomó la presión arterial en el muslo izquierdo con el manguito apretado. Se anotó en el Kardex, en el plan de cuidados, en la gráfica y en la ficha del lado de la cama, de forma que todo el equipo quedó informado".

Nombre a todas las personas implicadas en el cuidado del paciente, incluyendo a los gestores y los profesionales de atención primaria

Es posible que el centro disponga de un protocolo escrito o no escrito, de cuándo notificar a un gestor, a un supervisor o a un profesional de atención primaria los cambios o problemas relacionados con el estado del paciente. En algunos centros las enfermeras se resisten a registrar el nombre de la supervisora que ha informado del cambio de estado de un paciente. Sin embargo, ésta es una mala política, ya que si deja de registrar que informó a la supervisora, tal como está requerido, no podrá demostrar que siguió el protocolo, si más adelante surge algún problema. Y salvo que anote el nombre de la supervisora no podrá demostrar que lo notificó a la persona adecuada.

Por ejemplo, suponga que usted escribe "notificado a la supervisora". ¿Quién es esta persona, la supervisora de la unidad de hospitalización o la supervisora del turno de noche? Incluya su nombre, apellido y cargo. Si anota un nombre de enfermera en el registro, asegúrese de que ha comunicado con claridad los problemas a esta persona, de forma que pueda proporcionar y documentar los cuidados necesarios al paciente.

Documente, asimismo, el nombre de cualquier médico u otros profesionales que participen en el cuidado del paciente. Digamos, por ejemplo, que el paciente presenta una alteración respiratoria y usted llama al médico. ¿Cuál de las siguientes anotaciones no presentarían duda de quién fue notificado: "llamado médico; "llamado Dr. J.V." o "llamado al Dr. Juan Vidal"?

Anotar los nombres es igualmente importante desde el punto de vista de la calidad de cuidados. Más tarde, un profesional que lea la documentación sabrá de quién debe obtener información, ahorrando tiempo cuando surja una cuestión. Por tanto, siempre que documente un contacto o un intercambio de información con alguien, identifique claramente quién es (p. ej., "Berta, la hija del paciente" o "María J., la recepcionista del Dr. J. Vidal").

Piense antes de abreviar

Cada centro debería tener aprobada una lista de abreviaciones para asegurar una comunicación exacta. Asegúrese de que puede encontrarla fácilmente y utilice solamente las abreviaciones que aparecen en ella. Si en su centro no existe esta lista, piense antes de abreviar. Usted u otro lector conocerá lo que significa una abreviación más tarde, la semana próxima o de aquí a unos años. ¿O el significado es ambiguo? Usted documenta para comunicar, y si un lector no comprende lo que ha escrito o lo comprende mal, usted no ha comunicado y es posible que el paciente sufra daños.

Considere, por ejemplo, "vaciado c/t". ¿Significa esto "vaciado cada turno" o "vaciado una cantidad suficiente"? Si es la última, ¿qué es "suficiente"? Documente la cantidad en mililitros.

"MSO₄" también es potencialmente erróneo. Un lector podría decir "sulfato de morfina"; otro, en cambio, "sulfato de magnesio". Escriba los nombres de todos los fármacos para disminuir el potencial de errores de medicación.

Escriba siempre "unidad". Una "u" escrita a mano puede fácilmente interpretarse como un cero o un cuatro, lo que provocaría resultados desastrosos. En un caso un médico prescribió una unidad de insulina para un recién nacido de unos minutos. La "u" escrita de forma descuidada se interpretó como un 0, y el recién nacido recibió una sobredosis diez veces mayor.

No haga abreviaciones para ahorrar un poco de tiempo: el registro del paciente no es lugar para ser creativo. Un registro incluía esta prescripción: "el paciente podría levantarse TPRC". El médico ahorró 4 s y un poco de tinta no escribiendo el significado, pero ¿cuánto tiempo desperdició la enfermera intentando averiguar el significado? Y si esta observación fuese a parar al tribunal al cabo de unos

años, ¿se acordaría el médico de lo que significaba? (El significado era "tan pronto como le retirasen el catéter".)

Una auxiliar de enfermería había escrito "300 ml +DS". El significado que se pretendía era "más lo que se había derramado en el suelo". Una nota como ésta hace que los miembros del jurado piensen que alguien esconde algo. Y ¿cuánto tiempo se ha gastado intentando averiguar lo que significa esto? ¿Qué otros cuidados se han retrasado? Si hay espacio para dudas, escríbalo.

Siga las mismas reglas con los protocolos

Muchas enfermeras caen en el hábito de crear abreviaciones mientras intentan apiñar información en espacios pequeños de la hoja del curso. Pero aquí se deben aplicar las mismas reglas. Si es necesario para la comunicación, añada otra hoja del curso.

No juegue con su título o, lo que es más importante, con la vida del paciente, en los pocos segundos que debería ahorrar cuando no emplea el tiempo para registrar de forma exhaustiva. Si no puede expresar claramente lo que le pasa al paciente en la hoja del curso, escriba una nota narrativa en el reistro.

Escriba de forma legible

La escritura manual legible no es ninguna broma. Pregunte a la mujer que perdió a su marido cuando una prescripción escrita de forma ilegible desencadenó un error de medicación fatal. Escriba con claridad.

Si se ha enfrentado a una prescripción mal escrita, no adivine nunca ni se fíe del consenso del grupo. Llame siempre a la persona que lo ha escrito para su aclaración. La vida del paciente podría estar en peligro.

LOS PACIENTES Y LOS TRÁMITES BUROCRÁTICOS

La documentación no es una tarea incómoda. Es una herramienta que utilizamos para garantizar cuidados de alta calidad al paciente. Como ilustran los puntos que hemos analizado, la documentación afecta directamente a la calidad de los cuidados del paciente. Una mala documentación desperdicia tiempo e invita a errores que pueden perjudicar o incluso matar a los pacientes. Una buena documentación minimiza el riesgo de errores, asegura la continuidad de los cuidados, y ahorra tiempo y dinero. Proteja a sus pacientes con buenos hábitos de registro como parte de su rutina.

BILBIOGRAFÍA SELECCIONADA

Frank-Stromborg, M., and Christensen, A.: "Nurse Documentation: Not Done or Worse, Done the Wrong Way, Part I," Oncology Nursing Forum. 28(4):697-702, May 2001.

Frank-Stromborg, M., and Christensen, A.: "Nurse Documentation: Not Done or Worse, Done the Wrong Way, Part II," Oncology Nursing Forum. 28(5):841-846, June 2001.

Tammelleo, A.: "Failure to Chart that Dr. Was Notified of Pt.'s Deterioration," The Regan Report on Nursing Law. 36(10):2, March 1996.

"Warning--Avoid Violating the Law Due to Improper Documentation," Momentum. 7, Spring 1999.

Yocum, R.: Documentation Skills for Quality Patient Care, 2nd edition. Tipp City, Ohio, Awareness Productions, 1999.

Yocum, R.: Quick Notes. Tipp City, Ohio, Awareness Productions, 2000.