

M. L. López Coig<sup>1</sup>  
J. Perpiñá Galvañ<sup>1</sup>  
J. Cabrero García<sup>2</sup>  
M. Richart Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermera. UCI Hospital General de Alicante  
<sup>2</sup> Dpto. Enfermería. Universidad de Alicante

## RESUMEN

En los últimos años la necesidad de implantar registros escritos de enfermería ha saltado desde las Escuelas a los distintos organismos oficiales, el Servicio Valenciano de Salud lo puso como objetivo a alcanzar en el año 1992, sabemos que también el Insalud y otros organismos sanitarios autonómicos han mostrado su interés en la realización en los mismos, e incluso existe un consenso generalizado a nivel teórico de los requisitos que deberían reunir. Con este trabajo nos planteamos: 1º conocer el porcentaje de enfermeras que, de nuestra unidad, escriben relevos; 2º- conocer el tipo de acontecimientos o actividades que reflejamos por escrito en estos relevos, y por último, categorizar los contenidos de dichos registros. Para ello analizamos 113 relevos extraídos al azar y sin previo aviso al personal de la unidad, del total de relevos disponibles, en distintos períodos de tiempo comprendido entre enero y noviembre de 1993. Se realizó un análisis de contenido del que resultó un cómputo de 13 categorías. La posterior clasificación de los contenidos de los registros en este ítem de categorías, por equivalencia entre jueces, denotó la alta fiabilidad del procedi-

## Categorización de los registros escritos de enfermería en la UCI del Hospital General de Alicante

59

miento. El grado de acuerdo obtenido fue del 98,08% para todas las categorías. Los resultados obtenidos indican: 1) no se utilizan diagnósticos de enfermería, sino médicos; 2) los acontecimientos reflejados por escrito son de tipo biomédico; 3) repetimos información de las gráficas; 4) el porcentaje de relevos escritos fue del 94,95%. Se comentan diversas cuestiones que se nos plantean a raíz de los resultados obtenidos y de la bibliografía utilizada para esta investigación.

## PALABRAS

Análisis de contenido; Documentación; Registros de enfermería; Relevos.

## ABSTRACT

*During the last few years the need to implant written Nursing registers has been transferred from Schools to the different official organisms. The Servicio Valenciano de Salud took it as an aim to achieve by 1992 and we also know the Insalud and other autonomic*

*sanitary organisms have shown their interest for the creation of such registers, and there is also a general consensus at a theoretical level of the requirements they ought to fulfill.*

*With this work we plan to: first, know the percentage of nurses who, in our unit, write intershift reports.*

*Second, know the kind of events or activities which we write down in these intershift reports, and last, classify the contents of such registers. To do this we analyse*

*123 intershift reports, randomly chosen and without previous notice to the unit staff, of the total number of available intershift reports in different periods of time*

*between, January and November 1993. A content*

*analysis was performed with a result of 13 categories. The latest classification of the contents of the registers in this category item, by equivalence among judges,*

*indicated the high reliability of the process. The*

*Agreement Degree obtained was 98.08% for all the*

*categories. The results obtained indicate: 1) only*

*medical diagnosis are used, not nursing ones 2) the events*

*written down are of a biomedical type 3)*

*information from graphics is repeated 4) the*

*percentage of written intershift reports was 94.95%.*

*Several questions arisen from the results obtained and the bibliography used for this research are revised.*

## KEY WORDS

*Content analysis; Documentation; Nursing registers; Intershift reports.*

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, tanto desde las Escuelas de Enfermería como desde los distintos organismos oficiales (INSALUD, SVS, etc.), se insiste en la necesidad de implantar, en todas las unidades o servicios, registros escritos de enfermería. Entre los teóricos de la enfermería existe un consenso generalizado respecto a esta necesidad, y sobre los requisitos que deberían reunir los mismos. A nivel práctico, sin embargo, nuestra experiencia nos dice que muchos profesionales de enfermería ofrecen ciertas resistencias ante la implantación de estos

Para constatar nuestra imprevisión, revisamos los formatos de registros que están en vigor en 26 hospitales repartidos en distintas Comunidades Autónomas. Observamos que no existe un consenso a la hora de realizar registros de forma estandarizada, sino que en cada uno de los centros estudiados, y dentro de éstos en cada servicio, se realizan de distinta forma.

Después de revisar la literatura de los últimos cinco años, encontramos pocos artículos nacionales sobre el tema. La mayoría hacen referencia, o bien a planes de cuidados, o bien a aspectos legales<sup>(1,2)</sup>. En la literatura extranjera traducida encontramos, principalmente, artículos referentes a problemas legales<sup>(3-6)</sup> y numerosos manuales dedicados a modelos teóricos de cuidados, planes de cuidados, y diagnósticos de enfermería<sup>(7-10)</sup>; mientras que la literatura internacional pone de manifiesto que, aun existiendo registros estandarizados (fundamentalmente países de habla inglesa), éstos están siendo puestos en tela de juicio por la enfermería (poco operativos a corto y medio plazo, poca repercusión sobre la salud de los pacientes y sobrecarga de trabajo burocrático), y se ha empezado a buscar modelos alternativos<sup>(11-17)</sup>. Esto último no significa que se renuncie a la necesidad de contar con registros escritos adecuados. En toda la literatura revisada observamos la preocupación común por encontrar un modelo que se adecue a los requisitos teóricos necesarios y que a la vez sea viable en la práctica.

La complejidad y diversidad de los cuidados de enfermería que se prestan en las UCIs requiere modelos específicos que se adecuen a la naturaleza particular de las mismas (más o menos complejas tecnológicamente), sin olvidar cuidados de enfermería comunes para todos los pacientes, con independencia del servicio en que estén hospitalizados. Ésta es una tarea difícil que, desde luego, no hemos abordado con el presente estudio. Como contribución particular a este confuso panorama en torno a los registros de enfermería en UCI, y como punto de partida de nuestra línea de investigación, nos propusimos los siguientes objetivos:

- 1) Conocer el porcentaje de enfermeras que, en nuestra unidad, escriben relevos en formato abierto.
- 2) Conocer el tipo de acontecimientos o actividades que se reflejan, de modo abierto, por escrito en estos relevos.

- 3) Categorizar los contenidos de los registros abiertos al objeto de elaborar, posteriormente, un registro mixto -con formato abierto y cerrado- que sea fiable y válido para evaluar el estado de los pacientes y planificar los cuidados de los mismos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha realizado en la UCI del Hospital General de Alicante, que cuenta con 25 camas distribuidas de la siguiente forma: ocho camas para Coronaria y Cirugía Cardiovascular, 12 camas para Médico-Quirúrgica y Politrauma, y cinco para Pediatría.

Se han analizado 113 relevos extraídos al azar, y sin previo aviso al personal de enfermería de la realización de este estudio, del total de relevos disponibles en el servicio, en distintos períodos de tiempo comprendidos entre enero y noviembre de 1993. A partir de éstos, y mediante un análisis de contenido, se desarrollaron 13 categorías, en las que quedó reflejada la cualidad de la información contenida en los registros. Una vez definidas las categorías, tarea realizada por los dos primeros firmantes de esta comunicación, se vació la información de los 113 registros en las distintas categorías. Para ello, los dos primeros firmantes examinaron todos los registros, y se determinó el grado de acuerdo entre los dos calificadores. El grado de acuerdo se determinó en dos fases: en primer lugar sobre la mitad de los registros y en segundo lugar sobre la totalidad de los mismos. Dado que el paciente de UCI es un paciente dinámico en el que el tratamiento y los cuidados se van modificando según su respuesta, decidimos marcar una sola referencia por relevo para cada categoría, aunque apareciese más de una.

## RESULTADOS

Las categorías definidas y el grado de acuerdo (G.A.) alcanzado en cada una de ellas fueron los siguientes:

- 1) *Hemodinámica*. Referencia a T.A., F.C., F.R., P.V.G, P.C.P., G.C., es decir, los parámetros que utilizamos para reflejar el estado hemodinámico. G.A.=100%.
- 2) *Ritmo cardíaco*. Normal o sinusal y anormal o arritmias. G.A.= 99,12%.

- 3) *Temperatura*. Referencia a hipo o hipertermia y medidas utilizadas para resolverla. G.A.= 99,12%.
- 4) *Estado de vías respiratorias*. Referencia a: oxigenoterapia, ventilación mecánica, sedación y/o relajación y todos los cuidados de enfermería relacionados con vías aéreas (clapping, aspiración, expectoración, cambios posturales relacionados con drenaje bronquial, saturación de oxígeno y modificación de parámetros respiratorios). G.A.= 99,12%.
- 5) *Pruebas realizadas o pendientes de realizar o ser vistas por el médico*. Referencia a laboratorio, radiología, consultas a otros especialistas, vías venosas o arteriales, Swan-Ganz, ECG, hemodinámica, neurofisiología, etc. G.A.= 98,3%.
- 6) *Cambios en el tratamiento*. Referencia a dosis de medicación, frecuencia, aumento o suspensión del mismo. G.A.= 98,3%.
- 7) *Grado de conciencia*. Referencia a la escala de Glasgow, examen pupilar, grado de orientación, confusión, agitación, colaboración y estado de ánimo. G.A.=94,7%.
- 8) *Ingesta*. Referencia a tolerancia a la dieta, enteral, parenteral, grado de apetencia y posibles intolerancias (aspirado gástrico, distensión abdominal, diarreas, etc.). G.A.=98,3%.
- 9) *Eliminación*. Referencia a pérdidas relacionadas con balance hidroelectrolítico (diuresis, heces, drenajes y características de los mismos). G.A.= 96,5%.
- 10) *Estado de la piel*. Referencia a úlceras por presión, heridas quirúrgicas o por procedimientos invasivos (vías, traqueostomías y drenajes, como problema de alteración de integridad de la piel, ya que lo relacionado con cantidad y calidad lo contabilizamos en la categoría de eliminación), edemas y necesidad y tolerancia de cambios posturales. G.A.=94,7%.
- 11) *Descanso*. Referencia al sueño y a la necesidad de ayuda para el mismo. G.A.= 97%.
- 12) *Dolor*. Referencia a cualquier tipo de color mostrado por el paciente. G.A.=100%.
- 13) *Relevo oral o inexistente*. Especificación en el registro de que se da el relevo oral o ausencia del mismo. G.A.=100%.

El G.A. para todas las categorías fue del 98,08%. Tanto este valor como los referidos a cada una de las categorías son muy elevados, denotando la alta fiabilidad del procedimiento.

Con respecto a la información contenida en los registros y codificada en las categorías, los principales resultados obtenidos fueron:

- 1) No se utilizan diagnósticos de enfermería, sino médicos.
- 2) Los acontecimientos reflejados por escrito son mayoritariamente de tipo biomédico, concediendo es casa importancia a los aspectos psicosociales.
- 3) Habitualmente se escriben datos ya reflejados en la gráfica.
- 4) Las categorías más citadas en los relevos fueron: 1,4 y 5, que corresponden a estado hemodinámico, estado de vías respiratorias y pruebas realizadas o pendientes de realizar o ser vistas por el médico. Por último, el porcentaje de relevos escritos fue del 94,95%, lo que muestra que la enfermería de nuestra unidad reconoce la importancia de los registros escritos.

## DISCUSIÓN

Si bien la enfermería de nuestra unidad reconoce la importancia de los registros escritos, a la hora de hacerlos, registra preferentemente aspectos técnicos y biomédi-

tos sobre los aspectos de cuidados que le son propios.

La preocupación por las funciones vitales queda patente en las referencias a estos apartados.

Una vez realizado el estudio, en charlas informales con nuestras compañeras acerca de los registros, recogimos muchas opiniones sobre los mismos que ya habíamos encontrado en la revisión de la literatura sobre el tema (cf.14): la falta de tiempo, la dificultad que se encuentra para expresarse por escrito, las dudas a la hora de emitir "juicios de enfermería", etc. El relevo oral es, sin embargo, mucho más extenso y, en este caso, no parece importar, paradójicamente, salirse del horario para hacerlo, aunque se es consciente de que al trabajar en un turno rodado su utilidad acaba en la persona que lo recibe y que se pierde así mucha información que sería interesante resaltar.

El interés que nos mueve a presentar este trabajo en el XX Congreso Nacional de la SEEIUC es el de plantear la posibilidad de emprender una investigación de carácter multicéntrico y ámbito nacional. Creemos que es imperativa la búsqueda de un modelo empíricamente fundado, validado científicamente y que se adapte a las necesidades prácticas de la enfermería de cuidados críticos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Proceso de atención de enfermería. *Rol*, 47:59.
- 1b Proceso de atención de enfermería. *Rol*, 34:78.
- 1c Proceso de atención de enfermería. *Rol*, 2:36.
- 2 Gutiérrez de Terán G. Aspectos legales de los registros de enfermería. *Enfermería Clínica* 1993;3(1):21.
- 3 Iyer PW. Seis nuevas reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. *Nursing* 1992:32.
- 4 Iyer PW. Trece reglas para realizar unos registros que nos protejan legalmente. *Nursing* 1992:40.
- 5 Bergeson BR. Charting with a jury of mind. *Nursing* 1988;88:51-56.
- 6 Poletti R. *Cuidados de enfermería*. Tendencias y conceptos actuales. Barcelona: Rol.
- 7 Henderson V. El modelo de cuidados de enfermería. *Rol* 105:63.
- 8 Paul Greve JD. Documentación: cada palabra cuenta. *RN* 1992.
- 9 Campbell C. *Tratado de enfermería. Diagnósticos y métodos*. Barcelona: Doyma.
- 10 Yura-Wolf. *Proceso de atención en enfermería*. Madrid: Alhambra.
- 11 Iyer PW. Nuevas tendencias de los registros de enfermería. *Nursing* 1991, nov:42.
- 12 Tapp RA. Inhibitors and facilitators to documentation of nursing practice. *Western J Nurs Res* 1990;12(2):229-240.
- 13 Murphy J, Bellinger JE, Johnson B. Charting by exception. *Nurs*.
- 14 Howse E, Bailey J. Re-evaluation of documentation. A nursing research issue. *Int J Nurs Stud* 1992;29(4):371-380.
- 15 Montmuro M. CORE documentation. *Nurs Management* 1988;19(1):29-32.
- 16 Nichols EG, Barstow RE. Do nurses really use standard care plans? *J Nurs Admin* 1980;5(27):5-10.
- 17 Richard J. Congruence between intershift reports and patients actual conditions. *J Nurs Scholarship* 1988;20(1):4-6.