

Registro e información

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Al finalizar el capítulo, usted será capaz de:

1. Enumerar las medidas empleadas para mantener la confidencialidad y seguridad de las historias clínicas informatizadas.
2. Explicar la finalidad de las historias médicas.
3. Comparar y contrastar los distintos métodos de registro: historias médicas orientadas a los problemas y orientadas a la fuente, PIE, registro centrado, registro por excepción, registros informatizados y el modelo de gestión del caso.
4. Explicar cómo se usan varios formularios en la historia del paciente (p. ej., vías críticas, planes asistenciales, Kardex, diagramas de flujo, notas del progreso, formularios de alta/transferencia) para registrar los pasos del proceso de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, aplicación y evaluación).
5. Comparar y contrastar el registro necesario para los pacientes en los marcos de la asistencia de procesos agudos, la atención prolongada y la asistencia a domicilio.
6. Explicar las directrices para un registro eficaz que aúne estándares éticos y legales.
7. Identificar las abreviaturas, los acrónimos y los símbolos prohibidos que no pueden usarse en ningún tipo de registro clínico.
8. Identificar las directrices esenciales para comunicar los datos a los pacientes.

TERMINOS CLAVE

Comunicación de «transferencia», 267
Conversación, 251
Diagrama de flujo, 255
Gráfica, 251
Historia clínica, 251
Historia clínica narrada, 252
Historia clínica orientada a la fuente, 252

Historia clínica orientada al problema (POR), 254
Informe, 251
Informe de cambio de turno, 267
Kardex, 261
Nota del progreso, 254
PIE, 255
Registro, 251

Registro centrado, 256
Registro por excepción (CBE), 257
Registro orientado al problema (POMR), 254
Registro del paciente, 251
SOAP, 254
Varianza, 260

La comunicación eficaz entre los profesionales de la salud es vital para que la atención al paciente sea óptima. Por lo general, el personal de salud se comunica mediante conversaciones, informes y registros. Una **conversación** es una consideración oral informal de un tema por dos o más personas pertenecientes al personal de salud para identificar un problema o establecer estrategias para resolverlo. Un **informe** es una comunicación oral, escrita o informática que pretende transmitir información de unos a otros. Por ejemplo, los profesionales de enfermería siempre hacen un informe sobre los pacientes al final del turno de trabajo.

Una **historia clínica**, también llamada **gráfica** o **registro del paciente**, es un documento legal y formal que proporciona pruebas del cuidado del paciente; puede estar escrito a mano o por ordenador. Aunque las organizaciones de cuidados de salud utilizan diferentes sistemas y formas de documentación, todas las historias clínicas tienen una información similar. El procedimiento de introducir una entrada en una historia clínica de un paciente se llama **registro**.

Todas las organizaciones de salud tienen normas sobre el registro y comunicación de los datos del paciente, y cada profesional de enfermería es responsable de cumplir estos estándares. Las instituciones indican además qué intervenciones y valoraciones de enfermería pueden registrar los diplomados en enfermería y cuáles el personal no licenciado. Además, la *Joint Commission* exige que el registro de la historia clínica sea oportuno, completo, preciso, confidencial y específico del paciente.

Consideraciones éticas y legales

El código ético (2001) de la *American Nurses Association* establece que «...el personal de salud tiene la obligación de mantener la confidencialidad de toda información referida al paciente» (p. 12). La historia médica también está protegida legalmente ya que es un documento privado sobre la atención médica del paciente. El acceso a la historia clínica está restringido únicamente a los profesionales de la salud implicados en la atención prestada al paciente. La institución o agencia es el propietario legítimo de la historia clínica. Lo que no excluye, sin embargo, los derechos del paciente sobre estos documentos.

Los cambios en las leyes respecto a la intimidad del paciente se hicieron efectivos el 14 de abril de 2003. La nueva regulación de la HIPAA mantiene la intimidad y la confidencialidad de la información de salud protegida (ISP). La HIPAA hace referencia a la *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996. La ISP es una infor-

mación de salud identificable que se transmite o se mantiene por cualquier forma o medio, incluidas las conversaciones, las comunicaciones informáticas con o sobre los pacientes y las comunicaciones escritas (Hebda y Czar, 2009).

Si el objetivo es la educación y la investigación, la mayoría de las instituciones permiten que el estudiante y el investigador tengan acceso a las historias clínicas. Las historias clínicas se usan en las reuniones con el paciente, en las sesiones clínicas, en las visitas médicas, en las investigaciones sobre el paciente y en los artículos escritos. El estudiante y el investigador están obligados a un código ético estricto y tienen la responsabilidad legal de mantener la confidencialidad de toda la información. Proteger la intimidad del paciente es responsabilidad del estudiante o del profesional de la salud, que no pueden emplear el nombre ni ninguna otra declaración en sus anotaciones que pudieran identificar al paciente.

Aseguramiento de la confidencialidad de las historias clínicas informatizadas

Debido a que se ha incrementado el uso de registros médicos electrónicos (RME, v. capítulo 9 ∞), las instituciones de salud han elaborado normas y procedimientos para asegurar la intimidad y la confidencialidad de la información sobre los pacientes almacenada en los ordenadores. Además, la *Security Rule* de la HIPAA se hizo obligatoria en 2005. Estas reglas guían la seguridad de la ISP. A continuación mostramos algunas sugerencias para asegurar la confidencialidad y la seguridad de las historias clínicas informatizadas:

1. Es necesaria una clave personal para acceder y para cerrar los archivos informáticos. No se debe compartir esta clave con nadie, tampoco con otros miembros del equipo médico.
2. Después de entrar, nunca debemos dejar el ordenador desatendido.
3. No se debe dejar la información sobre el paciente en la pantalla del ordenador cuando otros pueden verla.
4. Triturar todas las hojas de trabajo generadas por el ordenador que no sean necesarias.
5. Conocer las normas y procedimientos de la institución para corregir un error en una entrada.
6. Seguir los procedimientos de la institución para registrar el material delicado, como un diagnóstico de sida.
7. El personal técnico tiene que instalar un antivirus para proteger el servidor de los accesos sin autorización.

ALERTA DE SEGURIDAD

Hay que adoptar medidas de seguridad antes de enviar un fax con información confidencial. La cubierta del fax debe contener instrucciones para que solo tenga acceso al contenido el receptor nombrado. Es necesario el consentimiento del paciente al que va dirigida la información. Hay que asegurarse de que se elimina la información personal (p. ej., el nombre del paciente, el número de la seguridad social). Finalmente, comprobar que es correcto el número de fax que aparece en la pantalla después de teclearlo y, antes de pulsar el botón de «envío», comprobarlo una tercera vez.

ALERTA CLÍNICA

El *Código Deontológico para Profesionales de Enfermería de la American Nurses Association* establece específicamente que «el bienestar del paciente podría verse amenazado y la confianza fundamental entre paciente y profesional de enfermería destruida por el acceso innecesario a sus datos o por la descripción inadecuada de información identificable del paciente» (Trossman, 2009b, p. 31). Debido a su formación ética y moral, de todos los profesionales de enfermería (estudiantes, nuevos y experimentados) se espera que mantengan la privacidad y la confidencialidad de todos los pacientes.

Objetivos de las historias clínicas

Las historias clínicas se conservan por diversos motivos, como son la comunicación, la planificación de la atención al paciente, los controles de los organismos de salud, la investigación, la formación, el reembolso, la documentación legal y el análisis de los cuidados de salud.

Comunicación

La historia clínica es un vehículo mediante el cual se comunican diferentes profesionales de la salud que interactúan con un paciente. Esto impide la fragmentación, la repetición y el retraso en la atención al paciente.

Planificación de la atención al paciente

Todos los profesionales de la salud emplean datos de la historia clínica del paciente para planificar la atención que le proporcionan. Por ejemplo, un médico de atención primaria puede recetar un antibiótico específico después de comprobar que la fiebre de un paciente ha aumentado de forma continua y que las pruebas del laboratorio revelan la presencia de cierto microorganismo. Los profesionales de enfermería emplean datos basales y actuales para evaluar la eficacia del plan asistencial de enfermería.

Auditoría de las instituciones de salud

Una auditoría es una revisión de la historia clínica de un paciente con el objetivo de garantizar su calidad (v. capítulo 14 ). Las agencias acreditadas como la *Joint Commission* pueden revisar la historia clínica de los pacientes para determinar si una institución de salud en particular cumple los estándares establecidos.

Investigación

La información recogida en las historias clínicas puede ser una fuente valiosa de datos para la investigación. Los planes de tratamiento para distintos pacientes con los mismos problemas de salud pueden ofrecer información útil para el tratamiento de otros pacientes.

Educación

Los estudiantes de las disciplinas de salud suelen emplear las historias clínicas como herramientas educativas. Una historia clínica suele proporcionar un punto de vista integral sobre el paciente, las enfermedades, las estrategias de tratamiento efectivas y los factores que afectan al desenlace clínico de la enfermedad.

Reembolso

El registro también ayuda a recibir los reembolsos del gobierno federal. Para que un centro obtenga una remuneración por la atención médica, la historia clínica de un paciente tiene que contener códigos del grupo relacionado por el diagnóstico (GRD) correctos y manifestar que ha prestado la atención apropiada.

Los diagnósticos codificables, como los GRD, están apoyados por un registro preciso y exhaustivo realizado por los profesionales de enfermería. No solo facilita el reembolso por parte del gobierno federal, sino que también da facilidades para el reembolso de compañías aseguradoras y otras entidades pagadoras. Si para el bienestar del paciente se necesitara una atención, tratamiento o permanencia adicionales, a través de la historia clínica pueden justificarse estas necesidades.

Registro legal

La historia clínica del paciente es un documento legal y suele admitirse en un juicio como prueba. Sin embargo, en algunas jurisdicciones, la historia clínica es inadmisibles como prueba cuando el paciente se

opone, porque la información que el paciente proporciona al médico es confidencial.

Análisis de la asistencia de salud

La información de las historias clínicas puede estimular a los planificadores de la asistencia de salud a identificar las necesidades de la institución, como los servicios hospitalarios que están saturados y los infrutilizados. Las historias clínicas pueden usarse para establecer los costos de varios servicios y para identificar los servicios que cuestan dinero a la institución y los que generan ingresos.

Sistemas de registro

Actualmente se emplean varios sistemas de registro: la historia clínica orientada a la fuente; la historia clínica orientada al problema; el modelo de problemas, intervenciones y evaluación (PIE, por sus siglas en inglés); el registro centrado; el registro por excepción (CBE, por sus siglas en inglés); el registro computarizado, y el modelo de gestión del caso. Estos sistemas de documentación pueden consignarse en los tradicionales impresos en papel o a través de los RME.

Historia clínica orientada a la fuente

La historia clínica tradicional es una **historia clínica orientada a la fuente**. Todas las personas y los departamentos hacen anotaciones en una sección o secciones separadas de la historia clínica del paciente. Por ejemplo, el departamento de admisiones tiene una hoja de admisiones; el proveedor de atención primaria tiene una hoja de órdenes, una hoja con la anamnesis y con las notas del progreso; los profesionales de enfermería emplean anotaciones propias, y los demás departamentos tienen sus propios registros. En este tipo de registro, la información sobre un problema en particular se distribuye por todo el registro. Por ejemplo, si un paciente tiene una hemiplejía izquierda (parálisis de la parte izquierda del cuerpo), los datos sobre este problema podrían encontrarse en la hoja de la anamnesis del médico, en la hoja de órdenes del médico, en las anotaciones del profesional de enfermería, en el registro de los fisioterapeutas y en el registro de los servicios sociales. La tabla 15-1 enumera los componentes de una historia clínica orientada a la fuente.

La **historia clínica narrada** es una parte tradicional de la historia clínica orientada a la fuente (figura 15-1 ). Consiste en notas escritas que comprenden el cuidado habitual, las observaciones normales y los problemas del paciente. No hay un orden correcto ni equivocado de la información, aunque suele emplearse el orden cronológico. Hoy en día hay pocas instituciones que empleen solo la historia clínica narrada. Otros sistemas están reemplazando dicha historia, como por ejemplo el registro por excepción y el registro centrado. Muchas instituciones combinan la historia clínica narrada con otro sistema. Por ejemplo, una institución que emplea el sistema del registro por excepción (expuesto más adelante) puede emplear la historia clínica narrada cuando se describen observaciones anómalas. Cuando se emplea la historia clínica narrada, es importante organizar la información de forma clara y coherente. Una forma de hacerlo es emplear el proceso de enfermería como estructura de trabajo (cuadro 15-1).

Las historias clínicas orientadas a la fuente son prácticas porque el personal de salud de cada disciplina puede localizar con facilidad la forma de recoger los datos y es fácil localizar la información específica de cada disciplina. La desventaja es que la información sobre un problema particular del paciente está dispersa por toda la historia clínica, lo que dificulta encontrar la información cronológica sobre los problemas de un paciente y sus progresos. Esto puede llevar a que disminuya la comunicación entre los miembros del equipo de salud, a

TABLA 15-1 Componentes del registro orientado a la fuente

IMPRESO	INFORMACIÓN
Hoja de ingreso	Nombre legal, fecha de nacimiento, edad, sexo Número de la seguridad social Dirección Estado civil; familiares más cercanos o persona a la que llamar en caso de emergencia Fecha, hora y diagnóstico de ingreso Alergias alimentarias o farmacológicas Nombre del médico responsable del ingreso (que realiza la asistencia) Información de seguros Cualquier grupo relacionado por el diagnóstico (GRD) asignado
Valoración inicial de enfermería	Hallazgos en la historia de enfermería inicial y valoración de la salud física
Registro gráfico	Temperatura corporal, frecuencia respiratoria, frecuencia del pulso, presión arterial, peso diario y mediciones especiales, como ingesta y excreción de líquidos o saturación de oxígeno
Registro de asistencia diaria	Actividad, dieta, baño y registro de las excreciones
Diagramas de flujo especiales	Ejemplo: registro del equilibrio líquido, valoración de la piel
Hoja de medicación	Nombre, dosis, vía de administración, hora y fecha de los fármacos administrados de forma habitual Nombre o iniciales de la persona que administra el fármaco
Notas de enfermería	Valoración pertinente del paciente Cuidados específicos de enfermería, incluida la educación del paciente y su respuesta Quejas del paciente y forma de afrontarlas
Anamnesis médica y exploración física	Antecedentes médicos personales y familiares, problemas médicos actuales, diagnóstico actual y diferencial, hallazgos de la exploración del médico de atención primaria
Formulario de prescripción del médico	Órdenes médicas de medicamentos, tratamientos, etc.
Notas de evolución del médico	Observaciones médicas, tratamientos, evolución del paciente, etc.
Hojas de consulta	Informes de especialistas médicos y clínicos
Informes diagnósticos	Ejemplos: informes de laboratorio, informes de radiodiagnóstico, informes de TC
Informes de las consultas	Fisioterapia, terapia respiratoria
Plan de alta para el paciente y resumen de las derivaciones	Se comienza en el momento del ingreso y se completa al alta: incluye los problemas de enfermería, datos generales y datos para la derivación

NEEHR PERFECT 100-0-0-1230 Dec 07, 1990 (40) ER Current Provider Not Selected Primary Care Team Unassigned

Last 100 Signed Notes

- Aug 18 10:10 VDE SCANNED DOCUMENT, FAMILY CLINIC, ONE DOCTOR
- Aug 18 10:10 NURS: EP NOTE, FAMILY CLINIC, ONE NURSE

Visit 08/18/10 NURS: ER NOTE, FAMILY CLINIC, ONE NURSE (Aug 18, 10:10:07:00)

LOCAL TITLE: NURS: ER NOTE
DATE OF NOTE: AUG 18, 2010 09:07:00
ENTRY DATE: AUG 18, 2010 09:41:45
AUTHOR: NURSE, ONE
EXP COURSE: URGENT
STATUS: COMPLETED

SECTION A: TO BE COMPLETED BY A TRIAGE NURSE

Time of Arrival: August 18, 2010 09:06:45
Age: 49 Sex: MALE
Mode of Arrival: AMBULATORY
Homeless: NO

Allergies:
No Allergy Assessment
New Allergies reported: YES LATEX

Vs - Vital Signs
No data available O2 SAT: 99%

Chief Complaint/Onset: Patient presented to ER via private vehicle (drove self), within 40 minutes of symptoms as follows: Chest pressure, described as tightness across front of chest, like a belt squeezing.

Pain and pressure radiate to the neck and left jaw to shoulder and back. He is feeling short of breath, nervous and significantly nauseous, has not vomited. He appears sweaty, skin is pale, cool and slightly damp.

Encounter Information:
Temperature 98.6 F (37 C) Aug 18, 2010 09:45
Pulse 92 Aug 18, 2010 09:45

Cover Sheet | Problems | Meds | Orders | Notes | Consults | Surgery | DIC Summ | Labs | Reports

Figura 15-1 ■ Historia clínica narrada en un RME.

Producto de RME educativo en red Neehr Perfect®, WorldVista. Por cortesía de Archetype Innovations, LLC 2010.

CUADRO 15-1 Ejemplo de la organización de una historia clínica narrada

Situación: paciente en el segundo día del postoperatorio de una cirugía abdominal.

Preguntas que se debe plantear:

- ¿Qué datos de la valoración son importantes?
- ¿Qué intervenciones de enfermería he completado?
- ¿Cuál es la evaluación que yo hago del resultado de las intervenciones, de la respuesta del paciente ante ellas o de ambos aspectos?

EJEMPLO

10:00 Disminución del murmullo vesicular en todos los campos pulmonares con roncus en el LII. No utiliza la espirometría de incentivación (EI). Afirma «no estar seguro de cómo se utiliza». Temperatura de 37,5 °C. Se le enseña a utilizar la EI. Se comenta la importancia de la respiración profunda y la tos tras la cirugía. Se administra analgesia para el dolor abdominal clasificado como 5/10. Tras el alivio del dolor (1/10), puede demostrarse un uso correcto de la EI. _____ S. Martin, DE

14:00 Utiliza la EI cada hora. Murmullo vesicular menos reducido con menos roncus en LII. Temp. 37,2 °C. _____ S. Martin, DE

un cuadro incompleto de la atención al paciente y a la falta de coordinación en la atención (*Chart Smart*, 2007).

Registro orientado al problema

En el **registro orientado al problema** (POMR, del inglés *problem-oriented medical record*), o **historia clínica orientada al problema** (POR, del inglés *problem-oriented record*), establecidos por Lawrence Weed en 1960, los datos se organizan por los problemas que tiene el paciente más que por la fuente de información. Los miembros del equipo de salud contribuyen a la lista de los problemas, el plan asistencial y las notas del progreso. Se redactan los planes para cada actividad o el posible problema, y se registran notas del progreso de cada problema.

La ventaja del POMR es que: a) estimula la colaboración, y b) el problema indicado en la parte delantera de la historia alerta a las personas que están al cuidado del enfermo sobre sus necesidades y hace que sea más fácil seguir el estado de cada problema. Sus desventajas son que: a) las personas que están al cargo del enfermo tienen distintas habilidades en el uso del formato de registro requerido; b) es necesaria la vigilancia constante para mantener la lista de problemas al día, y c) es algo ineficiente porque tienen que repetirse las valoraciones y las intervenciones que se aplican a más de un problema.

El POMR tiene cuatro componentes básicos:

- Base de datos
- Lista de problemas
- Plan asistencial
- Notas del progreso

Además, si es necesario se añaden diagramas de flujo y notas del alta a la historia clínica.

Base de datos

La base de datos es toda la información conocida sobre el paciente cuando entra por primera vez en una institución de asistencia de salud. Está formada por la valoración de enfermería, la anamnesis del

médico, los datos sociales y familiares y los resultados de la exploración física y las pruebas diagnósticas iniciales. Los datos se ponen al día constantemente a medida que cambia el estado de salud del paciente.

Lista de problemas

La lista de problemas (figura 15-2 ■) deriva de la base de datos. Suele escribirse en la parte delantera de la historia clínica y sirve de índice. Suele situarse en la parte delantera de la historia clínica y sirve de índice de las entradas numeradas en las notas del progreso. Los problemas se enumeran a medida que se identifican y la lista se pone al día continuamente según se identifican nuevos problemas y se resuelven otros. Todas las personas que atienden al enfermo pueden contribuir a elaborar la lista, que consta de las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales, espirituales, de desarrollo y ambientales del paciente. Los médicos describen los problemas en forma de diagnósticos médicos, procedimientos quirúrgicos o síntomas; los profesionales de enfermería describen los problemas como diagnósticos de enfermería.

A medida que cambia el cuadro clínico del paciente o se obtienen más datos, puede que sea necesario redefinir los problemas. La figura 15-2 ■ ilustra cómo se hace esto para los problemas 1B, 1C y 2. Cuando se resuelve un problema, se tacha y no vuelve a emplearse el número para ese paciente.

Plan asistencial

La lista inicial de órdenes o plan asistencial se hace con referencia a los problemas activos. Los planes asistenciales los genera la persona que enumera los problemas. Los médicos escriben órdenes del médico o planes asistenciales médicos; los profesionales de enfermería escriben órdenes de enfermería o planes asistenciales de enfermería. El plan escrito en el registro se enumera debajo de cada problema en las notas del progreso y no está aislado como una lista aparte de órdenes.

Notas del progreso

Una **nota del progreso** en el POMR es una entrada del registro hecha por todos los profesionales de la salud implicados en la asistencia de un paciente; todos usan el mismo tipo de hoja para las notas. Las notas del progreso se numeran para que se correspondan con los problemas de la lista de problemas y se les pueden asignar letras para el tipo de datos. Por ejemplo, se usa con frecuencia el formato SOAP. **SOAP** es un acrónimo de datos subjetivos, datos objetivos, valoración (en inglés *assessment*) y planificación.

S: Los **datos subjetivos** consisten en información obtenida de lo que el paciente dice. Describe las percepciones y experiencias del problema que percibe el paciente (v. capítulo 11 ∞). Cuando sea posible, el profesional de enfermería cita las palabras del paciente; o si no, las resume. Los datos subjetivos se incluyen solo cuando son importantes y relevantes para el problema.

O: Los **datos objetivos** constan de información que se mide y observa mediante el uso de los sentidos (p. ej., constantes vitales, resultados de laboratorio y radiográficos).

A: La **valoración** es la interpretación o conclusiones sacadas sobre los datos objetivos y subjetivos. Durante la valoración inicial, la lista de problemas se crea a partir de la base de datos, de manera que la entrada «A» debe ser una declaración del problema. En todas las notas posteriores SOAP para ese problema, la «A» debe describir el estado del paciente y el nivel de progreso en lugar de volver a establecer el diagnóstico o el problema.

Vista CFRS in use by: Nurse,One (10.65.128.10)

File Edit View Action Tools Help

SAMPLE.CHART **NEU** Primary Care Team Unassigned

100-0-0-1230 Aug 18, 1936 (74) Provider: DOCTOR,ONE

View options Active Problems (10 of 10)

Active	St...	Description	Onset ...	Last U...	Provider
Inactive	A	Incontinence, Urge Urinary urge incontinence at night	Sep 16 2:	Sep 27 2:	Nurse,One
Both active and inactive	A	Impaired physical mobility Needs 2-person assistance to transfer and walk	Sep 27 2:	Oct 01 2:	Nurse,One
Removed	A	History of depression Not currently receiving treatment	Sep 30 2:	Oct 26 2:	Doctor,Two
	A	CONSTIPATION Constipation R/T immobility	Mar 16 2:	Apr 02 2:	Nurse,One
	A	Essential Hypertension Average systolic BP 140s-160s	Jun 17 2:	Jun 17 2:	Nurse,One
	A	Cerebrovascular Accident Resulting in Rt hemiplegia and left-sided weakness	Sep 08 2:	Sep 09 2:	Nurse,One
	A	Cerebrovascular Accident Self-care deficit RT CVA.AEB difficulty feeding, toileting	Sep 08 2:	Sep 09 2:	Nurse,One
	A	Cerebrovascular Accident Impaired physical mobility (turning and positioning)	Sep 08 2:	Sep 09 2:	Nurse,One
	A	Cerebrovascular Accident Probable urinary incontinence RT CVA Revised: Total urinary incontinence	Sep 08 2:	Sep 09 2:	Nurse,One
	A	Cerebrovascular Accident Progressive dysphasia RT CVA Thicken fluids	Sep 08 2:	Sep 09 2:	Nurse,One

New problem

Cover Sheet Problems Meds Orders Notes Consults Surgery D/C Summ Labs Reports

Figura 15-2 ■ Ejemplo de un problema en el POMR de un RME.

Producto de RME educativo en red Neehr Perfect®, WorldVistA. Por cortesía de Archetype Innovations, LLC 2010.

P: El *plan* es el plan asistencial diseñado para resolver el problema establecido. El plan inicial lo escriben las personas que introducen el problema en el registro. Todos los planes posteriores, incluidas las revisiones, se introducen en las notas del progreso.

A lo largo de los años, el formato SOAP se ha modificado. Los acrónimos *SOAPIE* y *SOAPIER* se refieren a formatos que añaden las intervenciones, la evaluación y la revisión.

I: Las *intervenciones* se refieren a intervenciones específicas que ha realizado el cuidador.

E: La *evaluación* incluye las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería y los tratamientos médicos. Son sobre todo datos de reevaluación.

R: La *revisión* refleja las modificaciones del plan asistencial indicadas por la evaluación. Los cambios pueden ser resultados deseados, intervenciones o fechas objetivo.

Las nuevas versiones de este formato eliminan los datos objetivos y subjetivos y comienzan con la *valoración*, que combina los datos subjetivos con los objetivos. El acrónimo se ha convertido en *API*, *APIE* o *APIER* (v. ejemplos en la figura 15-3 ■).

PIE

El modelo de registro *PIE* agrupa la información en tres categorías. *PIE* es el acrónimo de problemas, intervenciones y evaluación de la asistencia de enfermería. Este sistema consiste en un diagrama de flujo de valoración del paciente y unas notas del progreso. El **diagrama de flujo** usa criterios de valoración específicos en un formato particular, como las necesidades humanas o los patrones de salud funcional. Los parámetros temporales para un diagrama de flujo pueden variar de minutos a meses. En una unidad de cuidados intensivos hospitalaria, por ejemplo, la presión arterial del paciente puede monitorizarse por minutos, mientras que en una clínica ambulatoria una glucemia de un paciente puede registrarse una vez al mes.

NURS: SOAP NOTE & REGIONAL WRITE-UP		Sep 08,2010@16:33	N Change...
Adm: 09/08/10 NEURO		Expected Cosigner: Doctor.Eight	
Subject: SOAPIER Format: 6/6/11 #5 Generalized pruritus			
1400			
S-- "My skin is itchy on my back and arms, and it's been like this for a week."			
O-- Skin appears clear, no rash or irritation noted. Marks where client has scratched noted on left and right forearms. Allergic to elastoplast but has not been in contact. No previous history of pruritus.			
A-- Altered comfort (pruritus): cause unknown.			
P-- Instruct to not scratch skin.			
-- Apply calamine lotion as necessary.			
-- Cut nails to avoid scratches.			
-- Assess further to determine whether recurrence associated with specific drugs or foods.			
-- Refer to physician and pharmacist for assessment.			
I-- Instructed not to scratch skin. Applied calamine lotion to back and arms at 1430 h. Assisted to cut fingernails. Notified physician and pharmacist of problem.			
1600			
E-- States, I'm still itchy. That lotion didn't help.			
R-- Remove calamine lotion and apply hydrocortisone cream as ordered.			
--- T. Ritchie, RN			
Diagnoses: Pruritus * (ICD-9-CM 698.9) (Primary)			
Examinations: GENERAL EXAM			

Figura 15-3 ■ Ejemplo de una nota de progreso de enfermería mediante el uso de SOAPIER en un RME.

Neoh Percept® networked educational EHR featuring WorldVista. Por cortesía de Archetype Innovations, LLC 2010.

Tras la valoración, el profesional de enfermería establece y registra problemas específicos sobre las notas del progreso, a menudo los diagnósticos de la NANDA. Si no hay un diagnóstico de enfermería aprobado para un problema, el profesional de enfermería elabora una declaración del problema usando el formato en tres partes de la *NANDA International*: la respuesta del paciente, las causas contributivas o probables de la respuesta y las características manifestadas por el paciente (v. capítulo 12 ∞).

La declaración del problema se etiqueta «P» y se denomina por un número (p. ej., P n.º 5). Las intervenciones empleadas para tratar el problema se etiquetan «I» y se numeran en función del problema (p. ej., I n.º 5). La evaluación de la eficacia de las intervenciones también se etiqueta y numera en función del problema (p. ej., E n.º 5).

El sistema PIE elimina el plan asistencial tradicional e incorpora un plan asistencial continuo en las notas del progreso. Por tanto, el profesional de enfermería no tiene que crear ni actualizar un plan aparte. Una desventaja es que el profesional de enfermería debe revisar todas

las notas de enfermería antes de prestar asistencia para determinar qué problemas son actuales y qué intervenciones son eficaces.

Registro centrado

El **registro centrado** pretende convertir el paciente y sus preocupaciones y fortalezas en el objetivo de la asistencia. Suelen usarse tres columnas para el registro: la fecha y la hora, el objetivo y las notas del progreso. El *objetivo* puede ser un trastorno, un diagnóstico de enfermería, una conducta, un signo o síntoma y un cambio agudo en el estado del paciente, o una fortaleza del paciente. Las notas de progreso se organizan en (D) datos, (A) acción y (R) respuesta, lo que se denomina DAR. La categoría *datos* refleja la fase de valoración del proceso de enfermería y consta de las observaciones del estado y conductas del paciente, incluidos los datos procedentes de los diagramas de flujo (p. ej., constantes vitales, reactividad de la pupila). El profesional de enfermería registra datos subjetivos y objetivos en esta sección.

La categoría *acción* refleja la planificación y la aplicación y comprende acciones de enfermería inmediatas y futuras. También puede

incluir cambios en el plan asistencial. La categoría *respuesta* refleja la fase de evaluación del proceso de enfermería y describe la respuesta del paciente a cualquier asistencia médica y de enfermería.

El sistema de registro centrado proporciona una perspectiva integral del paciente y de sus necesidades. También ofrece una estructura del proceso de enfermería para las notas del progreso (DAR). Los tres componentes no necesitan registrarse en orden y cada nota no necesita tener las tres categorías. Los diagramas de flujo y listas de comprobación se utilizan con frecuencia en el historial del paciente con el fin de registrar tareas de enfermería y datos de valoración rutinarios.

Fecha/hora	Objetivo	Notas del progreso
11/2/07	Dolor	D: Defensa en incisión abdominal. Mueca de dolor. Puntúa el dolor en «8» en escala de 0 a 10. A: Administrar 4 mg de morfina IV. R: Puntúa el dolor en «1». Refiere el deseo de andar.
09:00		
09:30		

Registro por excepción

El **registro por excepción (CBE, del inglés *charting by exception*)** es un sistema de registro en el que solo se guardan las observaciones anormales o significativas o las excepciones a la norma. El CBE incorpora tres elementos clave (Guido, 2010):

1. **Diagramas de flujo.** Los ejemplos de diagrama de flujo incluyen un registro gráfico (figura 15-4 ■), un registro del equilibrio hídrico, un registro de valoración diaria de enfermería (figura 15-5 ■), un registro de educación del paciente, un registro de alta del paciente y un registro de valoración cutánea (figura 15-6 ■).
2. **Modelos de asistencia de enfermería.** El registro por referencia a modelos impresos de la institución sobre la práctica de la enfermería elimina gran parte del registro repetitivo de la asistencia habitual. Una institución que usa el CBE debe elaborar sus propios modelos específicos de práctica de enfermería que identifiquen los criterios mínimos para la asistencia del paciente sea cual sea el área clínica. Algunas unidades pueden contar además con modelos específicos de la unidad a su tipo de paciente. Por ejemplo, «el profesional de enfermería debe asegurarse de que el paciente inconsciente recibe cuidados orales al menos cada 4 horas». El registro de la asistencia basado en estos modelos específicos implica solo una marca de verificación en el recuadro del modelo de asistencia habitual sobre el registro gráfico. Si no se ejecutan todos los modelos, se escribe un asterisco sobre el diagrama de flujo que haga referencia a las notas del profesional de enfermería. Todas las excepciones a los modelos se describen exhaustivamente en forma narrativa sobre las notas del profesional de enfermería.
3. **Acceso junto a la cama a los formularios del historial.** En el sistema CBE, todos los diagramas de flujo se mantienen junto al paciente para permitir un registro inmediato y eliminar la necesidad de transcribir datos desde la hoja de trabajo de enfermería al registro permanente.

La ventaja de este sistema es la eliminación de las notas largas y repetidas y que hace más obvios los cambios en el estado del paciente.

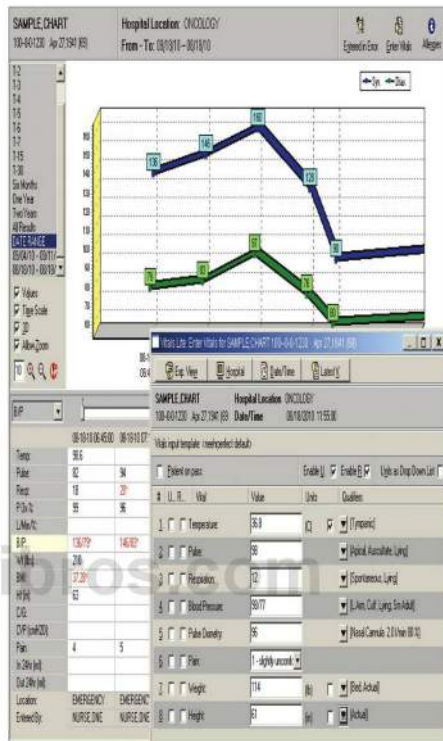


Figura 15-4 ■ Un ejemplo de registro gráfico con constantes vitales en un RME.

Producto de RME educativo en red Neehr Perfect®, WorldVistA. Por cortesía de Archetype Innovations, LLC 2010.

Inherente al sistema CBE está la presunción de que el profesional de enfermería valoró al paciente y determinó qué respuestas eran normales y anormales. Muchos profesionales de enfermería creen el dicho «no registrado, no hecho» y por ello se sienten incómodos con el sistema de registro CBE. Una sugerencia es escribir N/A en los diagramas de flujo cuando los puntos no sean aplicables y no dejar espacios en blanco. Esto evitaría entonces una posible interpretación errónea de que el profesional de enfermería no hizo la valoración o la intervención.

Registro informatizado

Los registros médicos electrónicos (RME) se utilizan para gestionar los grandes volúmenes de información necesarios en los cuidados de salud contemporáneos. Es decir, los RME pueden integrar toda la información relevante de los pacientes en una sola historia clínica. Los profesionales de enfermería usan los ordenadores para almacenar la base de datos del paciente, añadir datos nuevos, crear y revisar planes asistenciales y registrar el progreso del paciente (figura 15-7 ■). Algu-

Vista CPRS in use by Nurse_One (10:05:126.10)
File Edit View Action Options Tools Help

SAMPLE.CHART		SUR	Primary Care Team Unassigned
100-0-0-1230	Dec 07, 1960 (49)	Provider: DOCTOR.ONE	

Reminder Dialog Template: NURS: ADMISSION NOTE

☒ SYSTEMS REVIEW...

EYES/ENT:

☐ No problems.

☐ Problem(s) as follows: _____

CARDIOVASCULAR:

☐ No problems.

☐ Problem(s) as follows: _____

☒ IMPLANT DEVICE: ☒ PACEMAKER ☐ CARDIOVERTER DEFIB

RESPIRATORY:

☐ No problems.

☒ Coarse crackles at bases-clears with coughing. Enc

GASTROINTESTINAL:

☐ No problems.

☒ B/S absent. N/G tube draining mod amt brown fluid

☒ Date and time of last BM: *Sep 8, 2011 07:00 ...

GENITOURINARY:

☐ No problems.

☐ Problem(s) as follows: _____

MUSCULOSKELETAL:

☒ No problems.

☐ Problem(s) as follows: _____

Visit Info Finish Cancel

SYSTEMS REVIEW:

EYES/ENT:
No problems.

CARDIOVASCULAR:
IMPLANT DEVICE: PACEMAKER

RESPIRATORY:
Coarse crackles at bases-clears with coughing. Encourage B&C

* Indicates a Required Field

Figura 15-5 ■ Muestra de una parte de un impreso de valoración CBE de enfermería diario en un RME.

Producto de RME educativo en red Neehr Perfect©, WorldVista. Por cortesía de Anchetyp Innovations, LLC 2010.

nas instituciones tienen una terminal de ordenador junto a todos los pacientes, o los profesionales de enfermería tienen una pequeña terminal portátil que les permite registrar de inmediato la asistencia una vez prestada.

Los diagramas de flujo múltiples no son necesarios en los sistemas de registros informatizados porque la información puede recuperarse fácilmente en diferentes formatos. Por ejemplo, el profesional de enfermería puede obtener resultados de una prueba sanguínea del paciente, un programa de todos los pacientes a los que se va a operar durante el día, una lista aconsejada de intervenciones para un diagnós-

tico de enfermería, un registro gráfico de las constantes vitales del paciente o una hoja impresa de todas las notas de progreso de un paciente. Muchos sistemas pueden generar una lista de trabajo para el turno, con una lista de todos los tratamientos, procedimientos y medicamentos necesarios para el paciente.

Los ordenadores facilitan relativamente la planificación y el registro. Para registrar las acciones de enfermería y las respuestas del paciente, el profesional de enfermería elige de unas listas estandarizadas de términos o teclea información redactada en el ordenador. La tecnología de reconocimiento automatizado de la voz permite ahora a

Template: NURS SKIN CARE ASSESSMENT

☒ **PRESSURE ULCER ASSESSMENT I (BRADEN SCALE)**

=====

☒ **SENSORY PERCEPTION**

☐ (1) Completely Limited - Unresponsive (does not moan, finch or gasp to painful stimuli due to diminished level of consciousness or sedation OR limited ability to feel pain over most of body surface.

☐ (2) Very Limited - responds only to painful stimuli. Cannot communicate discomfort except by moaning or restlessness. OR has a sensory impairment which limits the ability to feel pain or discomfort over 1/2 of body.

☐ (3) Slightly Limited - Responds to verbal commands, but cannot always communicate discomfort or need to be turned. OR has some sensory which limits ability to feel pain or discomfort in 1 or 2 extremities.

☐ (4) No Impairment- Responds to verbal commands. Has no sensory deficit which would limit ability to feel or voice pain or discomfort.

☒ **MOISTURE**

☐ (1) Constantly Moist -Skin is kept moist almost constantly by perspiration, urine, etc. Dampness is detected every time patient is moved or turned.

☐ (2) Very Moist -Skin is often, but not always moist. Linen must be changed at least once a shift.

☒ (3) Occasionally Moist - Skin is occasionally moist, requiring an extra linen change approximately once a day.

☐ (4) Rarely Moist - Skin is dry. Linen only requires changing at routine intervals.

☐ **ACTIVITY**

☐ **MOBILITY**

☐ **NUTRITION**

☐ **FRICTION AND SHEAR**

☐ **TOTAL SCORE: -----**

Maximum score is 23.

SCORE	RISK LEVEL
9 or Below	VERY HIGH RISK
10-12	HIGH RISK
13-14	MODERATE RISK

Figura 15-6 ■ Muestra de la valoración de una úlcera por presión (escala Braden) en un RME.

Producto de RME educativo en red Neehr Perfect®, WorldVistA. Por cortesía de Archenpe Innovations, LLC 2010.



Figura 15-7 ■ Un ordenador situado junto al paciente.

Mike English/MediChrome.

los profesionales de enfermería introducir datos mediante la voz que se convierten en registros escritos. De nuevo, según la HIPAA, si se usa la palabra hablada para crear el PHI, el profesional de enfermería debe estar alerta y ser consciente de que otros podrían escuchar el dictado.

La informatización de los registros clínicos ha hecho posible transmitir información de un marco de salud a otro. El *Nursing Minimum Data Set (NMDS)* es un esfuerzo por establecer definiciones y categorías uniformes (p. ej., diagnósticos de enfermería) para reunir los datos de enfermería esenciales para su inclusión en bases de datos informáticas. Las ventajas y desventajas del registro informático se muestran en el cuadro 15-2.

Gestión del caso

El modelo de gestión del caso subraya la asistencia de calidad y rentable prestada dentro de un período de una duración establecida. Este modelo utiliza un método multidisciplinar para planificar y registrar la asistencia del paciente usando *vías críticas*. Estos formularios identifican los resultados que se espera que alcancen ciertos grupos de

CUADRO 15-2 Algunas ventajas e inconvenientes del registro informatizado

VENTAJAS

- Los registros informáticos pueden facilitar un objetivo en los resultados del paciente.
- Las terminales situadas junto a las camas pueden sintetizar información del equipo de monitorización.
- Permite a los profesionales de enfermería usar su tiempo de forma más eficiente.
- El sistema une varias fuentes de información.
- La información, las peticiones y los resultados del paciente se envían y reciben con rapidez.
- Los enlaces a los monitores mejoran la precisión del registro.
- Los terminales que están junto a las camas eliminan la necesidad de tomar notas en un diagrama de flujo antes del registro.
- Los terminales que están junto a las camas permiten al profesional de enfermería comprobar una orden inmediatamente antes de administrar un tratamiento o medicamento.
- La información es legible.
- El sistema incorpora y refuerza los modelos de asistencia.
- La terminología estándar mejora la comunicación.

INCONVENIENTES

- La intimidad del paciente puede infringirse si no se usan medidas de seguridad.
- Las averías impiden el acceso temporal a la información.
- El sistema es caro.
- Pueden ser necesarios períodos largos de formación cuando se instala un sistema nuevo o una actualización.

pacientes cada día de asistencia, junto a las intervenciones necesarias para cada día. Véase en la figura 15-8 ■ y en el capítulo 6 ■ más información sobre las vías críticas.

Junto a las vías críticas, el modelo de gestión del caso incorpora gráficos y diagramas de flujo. Las notas del progreso suelen usar algún tipo de registro por excepción. Por ejemplo, si los objetivos no se cumplen, no es necesario ningún registro adicional. Un objetivo que no se cumple se llama una **varianza**. Una varianza es una desviación de lo que se esperaba en la vía crítica: ocurrencias inesperadas que influyen en la asistencia planificada o las respuestas del paciente a la asistencia. Cuando se produce una varianza, el profesional de enfermería escribe una nota que registra el acontecimiento inesperado, la causa, las acciones realizadas para corregir la situación o justificar las

VÍA CRÍTICA: ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

	DOS/Día 1	Días 2-3
Tratamiento del dolor	Resultado: • Verbaliza bienestar o tolerancia del dolor Circulo: V NV Varianza:	Resultado: • Verbaliza bienestar con medidas de control del dolor Circulo: V NV Varianza:
	Resultados: • Ruidos respiratorios limpios a la auscultación • Consigue el 50% del volumen objetivo con espirómetro incentivador Circulo: V NV Varianza:	Resultados: • Ruidos respiratorios limpios a la auscultación • Consigue el 100% del volumen objetivo con espirómetro incentivador Circulo: V NV Varianza:
Clave: V = Varianza NV = No varianza		
Firma: Iniciales:		
Firma: Iniciales:		

Figura 15-8 ■ Extracto de un formulario de registro con vía crítica.

acciones tomadas. Véase en la tabla 15-2 un ejemplo de cómo podría registrarse una varianza.

El modelo de la gestión del caso promueve la colaboración y el trabajo en equipo entre los cuidadores, ayuda a reducir la duración de la estancia y realiza un uso eficiente del tiempo. Como la asistencia se centra en los objetivos, la calidad puede mejorar. Pero las vías críticas trabajan mejor para pacientes con uno o dos diagnósticos y pocas necesidades individualizadas. Los pacientes con múltiples diagnósticos (p. ej., un paciente con una fractura de la cadera, una neumonía, una diabetes y úlceras por presión) o aquellos con una evolución de los síntomas impredecible (p. ej., un paciente neurológico con convulsiones) son difíciles de registrar en una vía crítica.

Registro de actividades de enfermería

El registro del paciente debe describir el estado del paciente y reflejar todo el espectro del proceso de enfermería. Sea cual sea el sistema de

TABLA 15-2 Ejemplo de registro de varianza (vía crítica)

Un paciente ha sufrido una amputación por debajo de la rodilla. En el tercer día del postoperatorio tiene una temperatura de 38,8 °C. Los ruidos pulmonares son limpios y el paciente no tose. El profesional de enfermería observa enrojecimiento y rotura de la piel en el sacro del paciente. Los resultados de la vía crítica especificados para el día 3 son «temperatura oral de 37,7 °C y «piel intacta sobre las prominencias óseas». El profesional de enfermería debe registrar las siguientes varianzas:

FECHA/HORA	VARIANZA	CAUSA	ACCIÓN TOMADA/PLANES
16/4/07 09:00	Temperatura elevada (38,8 °C)	Posible septicemia	16/4: Hemocultivos x3 por orden. Monitorizar temp. cada hora. Monitorizar I y P, hidratación y estado mental.
16/4/07 11:30	Deterioro de la integridad cutánea; estadio 1, zona de 5 cm enrojecida en el sacro	El paciente no se mueve en la cama a no ser que se le recuerde	16/4: Colocar parches lado izq. Girar de un lado al otro cada 2 horas mientras esté despierto. En cada contacto con el paciente, recordarle que se mueva en la cama. Aplicar Duoderm después del baño.

TABLA 15-3 Registro del proceso de enfermería

PASO*	FORMULARIOS DE REGISTRO
Valoración	Formulario de valoración inicial, varios diagramas de flujo
Diagnóstico de enfermería	Plan asistencial de enfermería, vía crítica, notas del progreso, lista de problemas
Planificación	Plan asistencial de enfermería, vía crítica
Aplicación	Notas del progreso, diagramas de flujo
Evaluación	Notas del progreso

*Todos los pasos se registran en los resúmenes de alta/remisión.

registro utilizado en una institución, los profesionales de enfermería registran las pruebas del proceso de enfermería en diferentes formas a lo largo del historial clínico (tabla 15-3).

Valoración de enfermería del ingreso

Cuando el paciente ingresa en la unidad de enfermería, se completa una valoración exhaustiva del ingreso, también denominada base de datos inicial, anamnesis de enfermería o valoración de enfermería. Como se comentó en el capítulo 11 ∞, estas formas pueden organizarse en función de los patrones de salud, los sistemas corporales, las capacidades funcionales, los problemas y riesgos de salud, el modelo de enfermería o el tipo de marco de salud (p. ej., dilatación y parto, pediatría, salud mental). El profesional de enfermería registra generalmente valoraciones o revaloraciones en diagrama de flujo o en notas del progreso de enfermería.

Planes asistenciales de enfermería

La *Joint Commission* exige que el registro clínico incluya pruebas de las valoraciones del paciente, los diagnósticos de enfermería o necesidades del paciente, las intervenciones de enfermería, los resultados del paciente y pruebas de un plan asistencial de enfermería actual. Dependiendo del sistema de registro que se use, el plan asistencial de enfermería puede estar separado del historial del paciente, registrado en las notas de progreso y otros formularios en el registro del paciente o incorporarse en un plan asistencial multidisciplinar.

Existen dos tipos de planes asistenciales de enfermería: tradicional y estandarizado. El *plan asistencial tradicional* se escribe para cada paciente. El formulario varía entre instituciones en función de las necesidades del paciente y del departamento. La mayoría de los formularios tiene tres columnas: una para los diagnósticos de enfermería, otra para los resultados esperados y una tercera para las intervenciones de enfermería. Véase información adicional en el capítulo 13 ∞.

Los *planes asistenciales estandarizados* se elaboraron para ahorrar tiempo de registro. Pueden basarse en un modelo de práctica de la institución, lo que ayuda a proporcionar una calidad de asistencia de enfermería alta. Para mayor información, véase el capítulo 13 ∞. Los planes estandarizados debe individualizarlos el profesional de enfermería con el fin de abordar de manera adecuada las necesidades de cada paciente.

Kardex

El **Kardex** es un método conciso muy usado para organizar y registrar los datos sobre el paciente, que hace accesible con rapidez la información a todos los profesionales de la salud. El sistema consta de una serie de tarjetas que se mantienen en un índice portátil o en formularios generados por ordenador. A la tarjeta de un paciente en particular se puede acceder con rapidez para revelar datos específicos. Kardex puede formar

parte o no del registro permanente del paciente. En algunas organizaciones es una hoja temporal escrita con lapicero para facilitar un registro de cambios frecuentes en los detalles de la asistencia del paciente. La información en los Kardex puede organizarse en secciones, por ejemplo:

- Información pertinente sobre el paciente, como el nombre, el número de habitación, la edad, la fecha del ingreso, el nombre del médico, el diagnóstico y el tipo de intervención quirúrgica y la fecha
- Alergias
- Lista de medicamentos, con la fecha de la orden y los momentos de administración de cada uno
- Lista de líquidos intravenosos, con las fechas de las infusiones
- Lista de tratamientos y procedimientos diarios, como irrigaciones, cambios de vendajes, drenaje postural o medida de las constantes vitales
- Lista de procedimientos diagnósticos ordenados, como radiografías o pruebas de laboratorio
- Datos específicos sobre cómo se van a satisfacer las necesidades físicas del paciente, como el tipo de dieta, la ayuda necesaria con la alimentación, los dispositivos para la evacuación, la actividad, las necesidades higiénicas y las precauciones en cuanto a la seguridad (p. ej., ayuda de una persona)
- Una lista de problemas, objetivos establecidos y métodos de enfermería para cumplir los objetivos y aliviar los problemas

Aunque gran parte de la información de un Kardex puede registrarla el profesional de enfermería encargado o un delegado (p. ej., el administrativo), cualquier profesional de enfermería que atienda al paciente desempeña una función crítica en la iniciación del registro y el mantenimiento actualizado de los datos. Ya esté escrito el Kardex en papel o en un ordenador, es importante dejar un sitio en el que registrar la fecha y las iniciales de la persona que lo revisa. Es una guía visual rápida para asegurarse de que la información es actual y se actualiza de forma periódica.

Diagramas de flujo

Un diagrama de flujo facilita al profesional de enfermería el registro de los datos de enfermería con rapidez y concisión y proporciona un registro de lectura fácil del estado del paciente en el tiempo.

Registro gráfico

Este registro suele indicar la temperatura corporal, el pulso, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y, en algunas instituciones, otros datos clínicos significativos como el día del ingreso o del postoperatorio, las deposiciones, el apetito y la actividad.

Registro de ingestas y pérdidas

Todas las vías de ingesta y pérdida de líquido se miden y registran en este formulario. Véase más información en el capítulo 52 ∞.

Registro de la administración de medicamentos

Los diagramas de flujo de medicamentos suelen incluir zonas designadas para la fecha de la orden del medicamento, la fecha de caducidad, el nombre y dosis del medicamento, la frecuencia y vía de administración y la firma del profesional de enfermería. Algunos registros también incluyen un lugar para registrar las alergias del paciente (v. capítulo 35 ∞).

Registro de la valoración de la piel

Una valoración de la piel o de la herida se registra a menudo en un diagrama de flujo como el que se muestra en la figura 15-6. Estos

registros pueden incluir categorías relacionadas con el estado de la lesión cutánea, el drenaje, el olor, información del cultivo y tratamientos.

Notas del progreso

Las notas del progreso hechas por profesionales de enfermería proporcionan información sobre el progreso que un paciente está haciendo hacia la consecución de los resultados deseados. Por tanto, además de los datos de valoración y revaloración, las notas del progreso incluyen información sobre los problemas del paciente y las intervenciones de enfermería. El formato usado depende del sistema de registro utilizado en la institución. En la sección previa de este capítulo «Sistemas de registro» se exponen varios tipos de notas del progreso de enfermería.

Resúmenes de alta/remisión de enfermería

Se completa una nota de alta y un resumen de remisión cuando se está dando de alta y transfiriendo a un paciente a otra institución o a su casa, donde será necesaria la visita de un profesional de enfermería comunitario. Véase la exposición del plan de alta en el capítulo 7 y los parámetros a valorar aconsejados cuando se prepara a los pacientes para irse a casa. Muchas instituciones proporcionan formularios para estos resúmenes. Algunos registros combinan el plan de alta, incluidas instrucciones para la asistencia, y la nota del progreso final. Muchos están diseñados con listas de comprobación para facilitar el registro de los datos.

Si el plan de alta se da directamente al paciente y a la familia, es imperativo que las instrucciones se escriban en términos que puedan comprenderse con facilidad. Por ejemplo, los medicamentos, los tratamientos y las actividades deben escribirse en términos legos, y hay que evitar las abreviaturas médicas (como *ad lib*).

Si se traslada a un paciente dentro de la institución o de una institución de cuidados prolongados a un hospital, un informe debe acompañar al paciente para asegurar la continuidad de la asistencia en el nuevo marco. Deben incluirse todos los componentes de las instrucciones del alta, pero también describir el estado del paciente antes de la transferencia. Cualquier formación o instrucción para el paciente que se haya realizado debe describirse y registrarse.

Si se va a trasladar al paciente a otra institución o a su casa, donde será necesaria la visita de un profesional de enfermería comunitario, la nota de alta toma la forma de un resumen de remisión. Sea cual sea el formato, los resúmenes de alta y remisión suelen incluir alguno o todos los siguientes:

- Descripción del estado mental, físico y emocional en el momento del alta o la transferencia
- Problemas de salud resueltos
- Problemas de salud sin resolver y necesidades de asistencia que continúan; puede incluir una lista de revisión por sistemas que considere los problemas cutáneos, respiratorios, cardiovasculares, neurológicos, osteomusculares, digestivos, de eliminación y reproductores
- Tratamientos que deben continuarse (p. ej., cuidado de la herida, oxigenoterapia)
- Medicamentos actuales
- Restricciones que se relacionan con: a) actividades como levantarse, subir escaleras, caminar, conducir o trabajar; b) dieta, y c) bañarse, como un baño con esponja, bañera o ducha
- Capacidades funcionales/autocuidado en términos de visión, audición, habla, movilidad con o sin ayudas, preparación y consumo de comidas, preparación y administración de medicamentos y otros

- Nivel de bienestar
- Redes de apoyo, incluidos la familia, otras personas significativas, consejeros religiosos y otras instituciones disponibles y otros
- Educación proporcionada al paciente en relación al proceso morboso, las actividades y el ejercicio, dietas especiales, medicamentos, asistencia o tratamientos especiales, citas de seguimiento y otros
- Destino tras el alta (p. ej., casa, residencia) y modo de alta (p. ej., andador, silla de ruedas, ambulancia)
- Servicios a los que remitir al paciente (p. ej., trabajador social, profesional de enfermería domiciliario)

Registro de la asistencia a largo plazo

Las instituciones de cuidados a largo plazo suelen proporcionar dos tipos de asistencia: especializada o intermedia. Los pacientes que necesitan asistencia especializada precisan una asistencia de enfermería más extensa y habilidades de enfermería especializadas. Por el contrario, una asistencia intermedia es necesaria para pacientes que suelen padecer enfermedades crónicas y pueden necesitar solo asistencia con las actividades de la vida diaria (como el baño o el vestirse).

Los requisitos para el registro en el marco de la asistencia prolongada se basan en modelos profesionales, regulaciones federales y estatales y las normas de la institución de asistencia de salud. Las leyes que influyen en el tipo y frecuencia del registro exigido son la *Health Care Financing Administration* y la ley Ómnibus de Reconciliación de Presupuestos (OBRA) de 1987. La ley OBRA, por ejemplo, exige: a) una valoración exhaustiva (la *Minimum Data Set [MDS] for Resident Assessment and Care Screening*) que se realice en los 4 días siguientes al ingreso del paciente en una institución de cuidados prolongados; b) un plan formulado de asistencia que debe completarse en los 7 días siguientes al ingreso; y c) un proceso de cribado de la valoración y la asistencia que debe revisarse cada 3 meses.

Para obtener reembolsos de Medicare y Medicaid se requiere la cumplimentación minuciosa del MDS. Estos requisitos varían con el nivel de servicios proporcionados y otros factores. Por ejemplo, Medicare proporciona escaso reembolso por los servicios proporcionados en una institución de asistencia prolongada excepto por servicios que requieren una asistencia especializada como la quimioterapia, las sondas de alimentación, los respiradores y otros. Para este tipo de pacientes de Medicare, el profesional de enfermería debe proporcionar un registro diario para verificar la necesidad del servicio y su reembolso.

Los profesionales de enfermería deben familiarizarse con las leyes que influyen en el tipo y frecuencia del registro preciso en las instala-

Consideraciones según la edad

Asistencia a largo plazo

ANCIANOS

Los ancianos en las instituciones de cuidados prolongados tienden a padecer trastornos crónicos y experimentan generalmente pequeños cambios sutiles en su estado. Pero cuando los problemas aparecen, como una fractura de la cadera, un ACV o una neumonía, son graves y precisan una atención rápida. Esto señala la importancia de mantener los Kardex y registros actualizados en estos centros para el caso de que el paciente tenga que ser transferido para una asistencia más especializada y un tratamiento adicional. Un resumen exhaustivo de la transferencia facilitará la comunicación y promoverá la continuidad de la asistencia en estas situaciones.

PAUTAS PARA LA PRÁCTICA Registro de la asistencia a largo plazo

- Completar los formularios de valoración y cribado (MDS) y el plan asistencial en el período especificado por los organismos reguladores.
- Mantener un registro de todas las visitas y llamadas telefónicas de la familia, amigos y otros relacionados con el paciente.
- Escribir resúmenes de enfermería y notas del progreso que cumplan la frecuencia y modelos exigidos por los organismos reguladores.
- Revisar y repasar el plan asistencial cada 3 meses o cuando el estado de salud del paciente cambie.
- Registrar y comunicar cualquier cambio en el estado del paciente al médico y a su familia en las 24 horas siguientes.
- Registrar todas las medidas puestas en marcha en respuesta a un cambio en el estado del paciente.
- Asegurarse de que las notas del progreso abordan el progreso del paciente en relación con los objetivos o resultados definidos en el plan asistencial.

ciones de cuidados prolongados. El profesional de enfermería suele completar un *resumen* de la asistencia de enfermería al menos una vez a la semana en los pacientes que exigen una asistencia especializada y cada 2 semanas en los que requieren una asistencia inmediata. Los resúmenes deben abordar lo siguiente:

- Problemas específicos anotados en el plan asistencial
- Estado mental
- Actividades de la vida diaria
- Estado de nutrición e hidratación
- Medidas de seguridad necesarias
- Medicamentos
- Tratamientos
- Medidas preventivas
- Valoraciones sobre la modificación conductual, si es pertinente (si el paciente está tomando medicamentos psicotrópicos o muestra problemas conductuales)

Véase en «Pautas para la práctica» el registro en las instituciones de cuidados prolongados.

Registro de la asistencia domiciliaria

En 1985, la *Health Care Financing Administration*, una filial del U.S. Department of Health and Human Services, obligó a las instituciones de asistencia de salud domiciliaria a que estandarizaran sus métodos de registro para cumplir los requisitos de Medicare y Medicaid y otras entidades financiadoras. Son necesarios dos registros: a) una certificación de salud domiciliaria y un formulario con el plan de tratamiento, y b) un formulario actualizado de información médica y del paciente. El profesional de enfermería asignado a la asistencia domiciliaria del paciente completa los formularios, que deben firmar el profesional de enfermería y el médico. Véase el registro de la asistencia de salud domiciliaria en «Pautas para la práctica».

Algunas instituciones de salud domiciliaria proporcionan a los profesionales de enfermería un ordenador portátil para poder hacer los registros desde múltiples lugares. Con el uso de un módem, el profesional de enfermería puede añadir información nueva del paciente a los registros de la institución sin trasladarse a la oficina.

PAUTAS PARA LA PRÁCTICA Registro de la asistencia de salud domiciliaria

- Completar una valoración de enfermería exhaustiva y elaborar un plan asistencial que cumpla los requisitos de Medicare y otras entidades financiadoras. Algunas instituciones usan la certificación y el formulario del plan de tratamiento como plan asistencial oficial del paciente.
- Escribir una nota evolutiva en cada visita del paciente, anotando cualquier tipo de cambio producido en el estado del paciente; las intervenciones de enfermería realizadas (incluidas la educación, los folletos y materiales instructivos proporcionados al paciente y cuidador del hogar); las respuestas del paciente a la asistencia de enfermería, y las constantes vitales según se indique.
- Proporcionar un resumen mensual de enfermería sobre el progreso al médico y a la entidad financiadora para confirmar las necesidades de continuar los servicios.
- Mantener una copia del plan asistencial en la casa del paciente y actualizarla si su estado cambia.
- Comunicar los cambios en el plan asistencial al médico y registrar que se comunicaron. Medicare y Medicaid reembolsarán solo por los servicios especializados proporcionados que se comunicaron al médico.
- Animar al paciente y al cuidador del domicilio a registrar los datos cuando sea adecuado.
- Escribir un resumen del alta con el fin de que el médico autorice el alta y notificar a las entidades financiadoras para que los servicios se han acabado. Incluir todos los servicios proporcionados, el estado de salud del paciente en el momento del alta, los resultados conseguidos y las recomendaciones para futuras asistencias.

Directrices generales para el registro

Como el registro del paciente es un documento legal y puede usarse para proporcionar pruebas en un tribunal, hay que tener en cuenta muchos factores a la hora de hacer el registro. El personal de salud no solo debe mantener la confidencialidad del registro del paciente, sino cumplir todos los estándares legales en el proceso del registro.

Fecha y hora

Registrar la fecha y la hora de todos los registros. Esto es esencial no solo por razones legales, sino para la seguridad del paciente. Registrar la hora del modo tradicional (p. ej., 9:00 am o 3:15 pm) o siguiendo las 24 horas del reloj (reloj militar), que evita la confusión sobre si la hora es antes o después del mediodía (figura 15-9 ■).

Momento

Seguir las normas de la institución sobre la frecuencia de registro, y ajustar la frecuencia a lo que indique el estado del paciente; por ejemplo, un paciente cuya presión arterial está cambiando necesita un registro más frecuente que un paciente cuya presión arterial es constante. Como regla, el registro debe hacerse lo antes posible después de una valoración o intervención. No debe hacerse el registro *antes* de proporcionar la asistencia de enfermería.

Legibilidad

Todas las entradas deben ser legibles y fáciles de leer para evitar errores de interpretación. La escritura a mano fácil de entender suele ser permisible. Siga las normas de la institución sobre la escritura a mano.

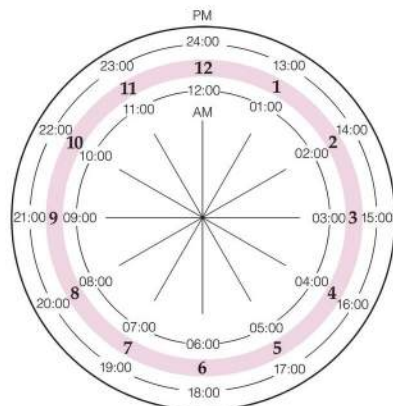


Figura 15-9 ■ El reloj de 24 horas.

Permanencia

Todas las entradas en el registro del paciente se hacen con tinta oscura de manera que el registro sea permanente y puedan identificarse los cambios. La tinta oscura se reproduce bien en microfilm y en procesos de duplicación. Seguir las normas de la institución respecto al tipo de bolígrafo y tinta usado para el registro.

Terminología aceptada

Las abreviaturas se usan porque son cortas, cómodas y fáciles. Las prisas que caracterizan a la vida en el siglo XXI conducen a emplear abreviaturas en la redacción y la compaginación de textos. Aun cuando su utilización resulte cómoda, las abreviaturas médicas han sido responsables de errores graves e incluso muertes (Kuhn, 2007, p. 393). Algunos de los problemas más comunes son la ambigüedad, las abreviaturas no familiares y las abreviaturas similares. Se produce ambigüedad cuando una misma abreviatura puede significar más de un concepto, lo que conduce a equívocos. Por ejemplo, en inglés CP puede significar *chest pain* (dolor torácico), *cerebral palsy* (parálisis cerebral), *cleft palate* (fisura palatina), *creatine phosphate* (creatina-fosfato) o *chickenpox* (varicela). Las abreviaturas no familiares se producen en áreas especializadas de la medicina y la enfermería. Lo que resulta evidente para una especialidad (p. ej., cardiología) puede no serlo para

TABLA 15-4 Abreviaturas usadas con frecuencia*

ABREVIATURA	TÉRMINO	ABREVIATURA	TÉRMINO
#	Número	I y P	Ingestas y pérdidas
Ø	Ninguno	inmed	Inmediatamente, una vez
Abd	Abdomen	IV	Intravenoso
ABO	Sistema principal de grupo sanguíneo	liq	Líquido
ac	Antes de las comidas	meds	Medicamentos
ad lib	A voluntad	ml	Millilitro
Adm	Admitido o admisión	mod	Moderado
AM	Mañana	neg	Negativo
amb	Ambulatorio	NPO	Nada por vía oral
aprox	Aproximadamente	O ₂	Oxígeno
AVD	Actividades de la vida diaria	OD	Ojo derecho
bid	Dos veces al día	OI	Ojo izquierdo
c	Con	OT	Orden telefónica
C	Celsius (centígrados)	OV	Orden verbal
cant	Cantidad	þ	Después
CV	Constantes vitales	p	Peso
(D)	Derecha	PA	Presión arterial
DC	Después de las comidas	PB	Privilegios de baño
DEP (dep)	Deposición	per	Por o a través
Dig	Digestivo	PM	Tarde
Disc	Discontinuo	postop	Postoperatorio
DLN	Dentro de límites normales	preop	Preoperatorio
DST	Dieta según tolerancia	prep	Preparación
Dx	Diagnóstico	prn	Cuando sea necesario
ECG	Electrocardiograma	qid	Cuatro veces al día
EF	Exploración física	§	Sin
F	Fahrenheit	sint	Síntomas de
FDC	Fuera de la cama	SN (S/N)	Salino normal
gt	Gota	tid	Tres veces al día
h (hr)	Hora	TPR	Temperatura, pulso, respiraciones
H ₂ O	Agua	UPM	Último período menstrual
HEM	Hemograma	vest	Vestido
I	Izquierda	VO	Por vía oral

*Las instituciones pueden elegir incluir algunas de estas abreviaturas en su lista de «No usar». Comprobar las normas de la institución.

los expertos en otras. Las abreviaturas similares, que incluyen números y letras, son causa de errores comunes. Por ejemplo, «5» miligramos puede interpretarse como 5 miligramos. Kuhn (2007) presenta otro ejemplo en el que una orden de medicación se escribió como *per os* y fue interpretada como O.S. (ojo izquierdo en su abreviatura en latín).

Por tanto, es importante usar solo abreviaturas, símbolos y términos aceptados comúnmente y especificados por la institución. Muchas abreviaturas son estándar y se usan de forma universal; otras se usan solo en ciertas zonas geográficas. Muchas instituciones de salud suministran una lista aprobada de abreviaturas y símbolos para evitar confusiones. Cuando hay duda sobre si usar una abreviatura, escribir el término completamente hasta que se esté seguro de la abreviación. La tabla 15-4 enumera algunas abreviaturas comunes (excepto las usadas para medicamentos, que se describen en el capítulo 35).

En 2004, la *Joint Commission* desarrolló los *National Patient Safety Goals* (NPSG) para reducir los errores de comunicación. Estos objetivos hay que aplicarlos en todas las organizaciones acreditadas por la comisión. Debido a ello, las organizaciones acreditadas deben elaborar una lista de «no usar» de abreviaturas, acrónimos y símbolos. Esta lista debe incluir las prohibidas por la *Joint Commission* (tabla 15-5).

Escritura correcta

La escritura correcta es esencial para la precisión del registro. Si no está completamente seguro de cómo se escribe una palabra, búsquela en un diccionario u otro libro. Dos medicamentos decididamente

diferentes pueden tener nombres comerciales parecidos; por ejemplo, Fosamax y Flomax.

ALERTA CLÍNICA

La escritura incorrecta da una impresión negativa al lector y, por tanto, reduce la credibilidad del profesional de enfermería.

Firma

Todo registro en las notas de enfermería debe ir firmado por el profesional de enfermería que lo hace. La firma incluye el nombre y el título; por ejemplo, «Susan J. Green, DE» o «SJ Green, DE». Algunas instituciones tienen una hoja de firmas y, tras firmarla, los profesionales de enfermería pueden usar sus iniciales. En el registro informatizado todos los profesionales de enfermería tienen su propio código, que permite identificar sus registros.

A menudo se utilizan las siguientes abreviaturas, pero los profesionales de enfermería deben seguir las normas de la institución sobre cómo consignar sus nombres.

DE	diplomado en enfermería
LVN	profesional de enfermería auxiliar licenciado
LPN	profesional de enfermería en prácticas licenciado
AE	auxiliar de enfermería
NS	estudiante de enfermería
PCA	asociado para la asistencia del paciente
SN	profesional de enfermería estudiante

TABLA 15-5 Lista oficial de «no usar»

NO USAR	POSIBLE PROBLEMA	USAR EN SU LUGAR
U (unidad)	Confusión con 0 (cero), el número «4» (cuatro), o cc	Escribir «unidad»
IU (unidad internacional)	Confusión con IV (intravenoso) o con el número 10 (diez)	Escribir «unidad internacional»
Q.D.	Confusión entre sí. El punto tras la Q puede confundirse con una «I» y la «O» puede confundirse con una «I».	Escribir «diario» y «días alternos»
Q.O.D.		
(Abreviatura latina de una vez al día y cada 2 días)		
Cero colgante (X,0 mg)	Se omite la coma.	Nunca escribir un cero tras una coma (X mg) y usar siempre el cero antes de una coma (0,X mg)
[Nota: Prohibido solo para notaciones relacionadas con medicamentos] Omisión de cero previo coma (X mg)		
SM		
MSO ₄	Confusión entre sí. Puede significar sulfato de morfina o sulfato de magnesio.	Escribir «sulfato de morfina» o «sulfato de magnesio»
MgSO ₄		
Los siguientes elementos se revisarán anualmente por su posible inclusión en la lista de «no usar»		
> (mayor que)	Confusión con el número «7» (siete) o con la letra «L»	Escribir «mayor que»
< (menor que)	Confusión entre ellos	Escribir «menor que»
Abreviaturas de nombres de fármacos	Confusión debido a abreviaturas similares para múltiples fármacos	Escribir los nombres de fármacos completos
Unidades farmacéuticas	No familiares para muchos profesionales	Usar unidades métricas
	Confusión con unidades métricas	
@	Confusión con el número «2» (dos)	Escribir «a»
cc (centímetro cúbico)	Confusión con U (unidades) cuando no se escribe bien	Escribir «ml» o «mililitros» (se prefiere «ml»)
µg (microgramos)	Confusión con mg (miligramos) con el resultado de una sobredosis multiplicada por mil	Escribir «mcg» o «microgramos»

Precisión

El nombre del paciente y su información identificadora deben pegarse o escribirse en todas las páginas del registro clínico. Antes de introducir cualquier dato, comprobar que es la tarjeta adecuada. No identificar las tarjetas solo por el número de habitación; comprobar el nombre del paciente. Es necesario un cuidado especial para los pacientes con el mismo apellido.

Las anotaciones en los registros deben ser precisas y correctas. Las anotaciones correctas consisten en hechos u observaciones en lugar de opiniones o interpretaciones. Es más preciso, por ejemplo, escribir que el paciente «rechazó el medicamento» (hecho) que escribir que el paciente «no cooperó» (opinión); escribir que un paciente «estaba llorando» (observación) es preferible a anotar que el paciente «estaba deprimido» (interpretación). De forma análoga, cuando un paciente expresa su preocupación sobre el diagnóstico o problema, esto debe reflejarse directamente en el registro: «Dijo: “Estoy preocupado por la pierna”». Cuando se describe algo, evitar palabras generales, como *grande*, *bueno* o *normal*, que pueden interpretarse de forma diferente. Por ejemplo, datos específicos de la tarjeta como «hematoma de 2 × 3 cm» en lugar de «hematoma grande».

Cuando se realiza un registro erróneo, se traza una línea transversal para identificarlo como erróneo con las iniciales y el nombre encima o junto a la línea (dependiendo de las normas de la institución). No la borre, tape ni use líquido corrector. La entrada original debe permanecer visible. Cuando use un registro informatizado, el profesional de enfermería debe conocer las normas de la institución y procesarlo para corregir errores de registro. Véase un ejemplo en la figura 15-10 ■.

Escribir sobre cada línea pero nunca entre ellas. Si aparece un espacio en blanco en la anotación, trazar una línea a través de él para que no pueda registrarse información adicional en ningún otro momento ni por otra persona, y firmar en la anotación.

ALERTA CLÍNICA

Evitar escribir la palabra *error* cuando se registre un error. Algunos creen que la palabra *error* es una «bandera roja» de aviso de lesiones y puede llevar a suponer que un error clínico causó una lesión al paciente.

Secuencia

Registrar los acontecimientos en el orden en que se produjeron; por ejemplo, registrar las valoraciones, después las intervenciones de enfermería y después las respuestas del paciente. Actualizar o eliminar los problemas cuando sea necesario.

Idoneidad

Registrar solo la información que pertenezca a los problemas de salud del paciente y a su asistencia. Cualquier otra información personal que el paciente manifieste es inadecuada para el registro. Registrar información irrelevante puede considerarse una invasión de la intimidad del paciente, ser difamatorio o ambos. La revelación por parte de una paciente de que era adicta a la heroína 15 años antes, por ejemplo, *no*

debe registrarse en el registro médico de la paciente a no ser que tenga una influencia directa en su problema de salud.

Exhaustividad

No todos los datos que un profesional de enfermería obtiene sobre un paciente pueden registrarse. Pero la información que se registra debe ser completa y útil para el paciente y los profesionales de la salud.

Las notas de los profesionales de enfermería deben reflejar el proceso de enfermería. Registrar todas las valoraciones, intervenciones de enfermería dependientes e independientes, problemas del paciente, compromisos del paciente y respuestas a las intervenciones y pruebas, el progreso hacia los objetivos y la comunicación con otros miembros del equipo de salud.

La asistencia que se *omite* por el trastorno del paciente o el rechazo del tratamiento también debe registrarse. Registrar lo que se omitió, por qué se omitió y a quién se le notificó.

ALERTA CLÍNICA

No debe suponer que la persona que lea su registro sabe que ha tenido lugar una intervención común (p. ej., giro) porque usted considere que es un componente «obvio» de la asistencia.

Concisión

Los registros deben ser breves y completos para ahorrar tiempo en la comunicación. El nombre del paciente y la palabra *paciente* se omiten. Por ejemplo, escribir: «Suda profusamente. Respiraciones superficiales, 28/min». Acabar cada pensamiento o frase con un punto.

Prudencia legal

El registro preciso y completo debe aportar protección legal al profesional de enfermería, los otros cuidadores del paciente, la institución de salud y el paciente. Admisible en un tribunal como documento legal, la historia clínica proporciona pruebas de la calidad de la asistencia prestada a un paciente. El registro suelen verlo jueces y abogados como la mejor prueba de lo que en realidad le ocurrió al paciente.

ALERTA CLÍNICA

Complete el registro usando, por ejemplo, el proceso de enfermería como marco. Es la mejor defensa contra la negligencia.

Para obtener la mejor protección legal, el profesional de enfermería no solo debe seguir los modelos profesionales de la asistencia de enfermería, sino también las normas de la institución y los procedimientos para la intervención y registro en todas las situaciones, en especial en las de alto riesgo. Por ejemplo:

11:00: refiere sentirse mareado. Elevadas dos barandillas superiores y se le recomienda permanecer en la cama y llamar al timbre si precisa ayuda. 11:30: le encuentro tumbado en el suelo junto a la cama. Dice: «He salido de la cama por mí mismo».

Fecha	Hora	Notas del progreso
12/9/2011	08:00	Ruidos respiratorios reducidos en todos los campos pulmonares. Refiere «fatiga». N. Smith, DE.

Figura 15-10 ■ Corrección de un error de registro.

PAUTAS PARA LA PRÁCTICA Registro

HACER

- Registrar un cambio en el estado del paciente y mostrar que se acometieron acciones de seguimiento.
- Leer las notas de enfermería antes de la asistencia para determinar si ha habido un cambio en el estado del paciente.
- Ser oportuno. Una entrada tardía es mejor que ninguna entrada; pero cuanto más tiempo transcurra entre la asistencia y el registro, mayor es la sospecha.
- Usar descripciones objetivas, específicas y objetivas.
- Corregir los errores de registro.
- Registrar todas las actividades educativas.
- Registrar las palabras reales del paciente poniendo comillas.
- Registrar la respuesta del paciente a las intervenciones.
- Revisar sus notas: ¿son claras y reflejan lo que quiere decir?

NO HACER

- Dejar un espacio en blanco para que un colega haga un registro más tarde.
- Registrar antes del acontecimiento (p. ej., procedimiento, administración de medicamento).
- Usar términos vagos (p. ej., «parece cómodo», «pasó una buena noche»).
- Registrar en nombre de otro.
- Usar «paciente» como si fuera su registro.
- Alterar un registro aunque lo solicite un superior o un médico.
- Registrar suposiciones o palabras que reflejen sesgos (p. ej., «quejicoso», «desagradable»).

Cuando se le pregunta por el dolor, replica: «Me siento bien, aunque un poco mareado». Le ayudo a meterse en la cama. PA 100/60 P 90 R 24. Se le notifica al Dr. RJ Naden

RS Woo, DE

Elaboración de informes

El objetivo del informe es comunicar información específica a una persona o grupo de personas. Un informe, ya sea oral o escrito, debe ser conciso, e incluir información pertinente pero no detalles irrelevantes. Además de los informes de cambio de turno y de los informes telefónicos, el informe también puede incluir el intercambio de información o ideas con colegas y otros profesionales de la salud sobre algún aspecto de la asistencia del paciente. Ejemplos de ello son las reuniones sobre el plan asistencial y las visitas de enfermería.

Informes del cambio de turno

La comunicación ineficaz es la causa principal de los incidentes centinela (es decir, los que provocan resultados adversos o la muerte) (Chard, 2008). En consecuencia, a todo hospital se le insta a que ponga en marcha un enfoque estandarizado de **comunicación de «transferencia»**, que se define como un proceso en el cual se comunica la información sobre el paciente/cliente/residente de una forma homogénea que dé oportunidad para plantear preguntas y responder a ellas (Riesenberg, Leitzsch y Cunningham, 2010, p. 24). Las transferencias en hospitales tienen lugar muchas veces, entre otras (aunque no exclusivamente), cuando se transfiere a pacientes entre unidades, en los informes de cambio de turno y en el alta médica (Pesanka et al., 2009). El cuadro 15-3 recoge los elementos de rendimiento necesarios para una comunicación de transferencias eficaz.

La comunicación de transferencias o **informe de cambio de turno** se entrega a todos los profesionales de enfermería del turno siguiente.

CUADRO 15-3 Elementos clave para una comunicación de transferencia eficaz

La comunicación debe incluir lo siguiente:

- Información actualizada
- Comunicación interactiva que permite preguntas entre el proveedor y el receptor de la información del paciente
- Método para verificar la información (p. ej., repetición, técnicas de lectura con confirmación)
- Interrupciones mínimas
- Oportunidad para que el receptor de la información revise los datos relevantes del paciente (p. ej., atención y tratamiento previos)

Su finalidad es proporcionar a los pacientes continuidad en la atención al ofrecerles información crítica, así como promover la seguridad del paciente y las mejores prácticas (Athwal, Fields y Wagnell, 2009; Caruso, 2007). El profesional de enfermería debe centrarse en las necesidades del paciente y no distraerse con información irrelevante (cuadro 15-4).

Los informes del cambio de turno pueden ser escritos u orales, ya sea un intercambio cara a cara o mediante registro en cinta de audio. El informe cara a cara permite al que escucha plantear preguntas durante el informe y puede realizarse en una sala especialmente reservada, en el puesto de enfermería o junto a la cama del paciente. Los informes escritos o mediante cinta de audio suelen ser más cortos y llevan menos tiempo; sin embargo, tal vez se necesiten actualizaciones verbales. Los informes se hacen a veces junto a la cama del paciente, y tanto los pacientes como los profesionales de enfermería participan en el intercambio de información. Por ejemplo, un hospital cambió de un informe verbal en el puesto de enfermería a otro en el que el profesional de enfermería responsable ofrecía primero un informe de 5 minutos a todos los profesionales de enfermería que llegaban, para obtener un sentido de unidad en las actividades. Después de ello, el profesional de enfermería cuyo turno iba a terminar se reunía con el que lo relevaba junto a la cama del paciente. De forma conjunta, ambos completaban una valoración y revisaban la información pertinente. Entre las ventajas que se obtenían de este sistema figuraba la de poder ver antes a los pacientes, y no tener que esperar los 30 o 45 minutos habituales hasta obtener el informe. Se evitaban distintos errores, como fallos en los medicamentos o interrupción indebida de tratamientos y de órdenes. La seguridad de los pacientes mejoró, porque los informes contenían controles de seguridad, como alertas de alergias, y gracias a ellos se garantizaba que se contaba con el equipo correcto junto a la cama del paciente. Además, los familiares tenían un sentimiento de inclusión, porque oían lo que se decían los profesionales de enfermería y sabían que podían aportar sus observaciones (Trossman, 2009a).

Se han desarrollado diversas herramientas de comunicación de transferencias para facilitar la coherencia de las comunicaciones. Algunos ejemplos, aunque no los únicos, son «I PASS the BATON», «I-SBAR», «PACE» o las «Cinco P» (Association of Operating Room Nurses, 2007, p. S149). Cada herramienta es única y específica para las necesidades del entorno. El cuadro 15-5 indica las especificidades de cada regla nemotécnica.

Muchos hospitales utilizan la herramienta SBAR junto con un informe verbal para las transferencias o informes de cambio de turno (White y Hall, 2008; Woodhall, Vertacnik y McLaughlin, 2008). Las herramientas pueden variar entre las instituciones respecto a la información que se incluirá en el informe; sin embargo, todas ellas pro-

CUADRO 15-4 Información relevante durante un informe de cambio de turno

- Seguir un orden particular (p. ej., seguir los números de habitaciones en un hospital).
- Proporcionar información identificadora básica de cada paciente (p. ej., nombre, número de habitación, diagnóstico de cama). Ofrecer la información siempre en el mismo orden.
- Para los pacientes nuevos, proporcionar la razón del ingreso o el diagnóstico (o diagnósticos) médicos, la operación quirúrgica (fecha), las pruebas diagnósticas y los tratamientos recibidos en las últimas 24 horas.
- Incluir cambios significativos en el estado del paciente y la información presente en orden (es decir, valoración, diagnósticos de enfermería, intervenciones, resultados y evaluación). Por ejemplo, «El Sr. Ronald Oakes dijo que le dolía la pantorrilla a las 14:00 horas. La inspección no reveló otros signos. El dolor en la pantorrilla se relaciona con una alteración de la circulación sanguínea. El reposo y la elevación de las piernas sobre un estribo durante 30 minutos aliviaron el dolor».
- Proporcionar información exacta, como «La Sra. Jessie Jones recibió 6 mg de morfina IV a las 15:00 horas», no «La Sra. Jessie Jones recibió algo de morfina durante la tarde».
- Comunicar la necesidad de los pacientes de un apoyo emocional especial. Por ejemplo, un paciente que acaba de enterarse de que

su biopsia reveló una neoplasia maligna y para el que se ha programado una laringectomía necesita tiempo para comentar sus sentimientos antes de empezar la educación preoperatoria.

- Incluir las órdenes actuales prescritas por el médico y la enfermería.
- Establecer claramente prioridades de asistencia y la asistencia debida tras el inicio del turno. Por ejemplo, en un informe de las 7 de la mañana el profesional de enfermería podría decir: «Las constantes vitales del Sr. D. deben tomarse a las 7:30 y será necesario reemplazar su bolsa de orina a las 8:00». Dar esta información al final del informe del paciente, porque se recuerdan mejor la primera y la última información dadas.
- Sea conciso. No se extienda sobre datos generales o asistencia habitual (p. ej., no diga «Constantes vitales a las 8:00 y las 11:50» cuando es lo habitual en la unidad). No comunique las entradas y salidas de visitantes a no ser que haya algún problema o preocupación, o los visitantes participen en la educación y la asistencia. El apoyo social y las visitas son la norma.
- Incorporar un proceso de verificación (p. ej., oportunidad para preguntar y responder) que garantice que la información es recibida y comprendida.

porcionan un formulario estandarizado impreso para su empleo por el profesional de enfermería durante la transferencia. El *Institute for Healthcare Improvement* (n.d.) afirma que «SBAR facilita una forma sencilla y enfocada de alcanzar las expectativas sobre lo que se comunicará, y cómo se hará, entre los miembros del equipo, lo que resulta esencial para el desarrollo del trabajo en equipo y el fomento de una cultura de la seguridad del paciente» (párrafo 1). El cuadro 15-6 contiene un ejemplo de una herramienta de comunicación SBAR.

Informes telefónicos

Los profesionales de la salud informan con frecuencia sobre un paciente por teléfono. Los profesionales de enfermería informan a los profesionales de la salud sobre un cambio en el estado del paciente; un radiólogo comunica los resultados de un estudio radiográfico; un profesional de enfermería comunica a otra unidad información sobre el paciente transferido.

El profesional de enfermería que recibe un informe telefónico debe registrar la fecha y hora, el nombre de la persona que da la información y el tema de la información recibida, y firmar en la anotación. Por ejemplo:

CUADRO 15-5 Ejemplos de herramientas de comunicación para la transferencia

- I PASS the BATON: Introducción, Paciente, valoración (Assessment), Situación, Seguridad, antecedentes (Background), Acciones, Tiempo, propiedad (Ownership), siguiente (Next)
- I-SBAR: Introducción, Situación, antecedentes (Background), valoración (Assessment), Recomendación
- PACE: Paciente/Problema, Acciones/valoración (Assessment), Continuidad (tratamientos)/Cambios, Evaluación
- Cinco P: Paciente, Plan, Propósito, Problema, Precauciones, médico (Physician) asignado para la coordinación

Tomado de "Hand-Off Communications" by the Association of Operating Room Nurses, 2007. *ARN Journal*, 88(8), S148-S149.

6/6/11 10:35 G Messina, técnico de laboratorio, informa por teléfono que el hematocrito de la Sra. Sara Ames es del 39% —
B. Ireland, DE

La persona que recibe la información debe repetirla al que la emite para asegurar su precisión.

Cuando se da un informe telefónico a un médico es importante que el profesional de enfermería sea conciso y preciso. La herramienta de comunicación SBAR se utiliza a menudo para informes por teléfono. Se emplea por indicar el nombre y la relación con el paciente (p. ej., «Soy Jania Gómez, enfermera titulada; le llamo en relación con su

CUADRO 15-6 Herramienta de comunicación de muestra SBAR

- S = Situación
- Diga su nombre, su unidad y el nombre del paciente.
 - Enuncie brevemente el problema.
- B = antecedentes (Background)
- Indique el diagnóstico de ingreso del paciente y la fecha de ingreso.
 - Indique la historia médica relevante.
 - Ofrezca un breve resumen del tratamiento hasta la fecha.
 - Indique el código de estado (si fuera pertinente).
- A = valoración (Assessment)
- Constantes vitales.
 - Escala de dolor.
 - ¿Hay cambios con respecto a las valoraciones anteriores?
- R = Recomendación
- Indique lo que le gustaría que se hiciera o especifique lo que necesita el proveedor de la atención para llegar a valorar al paciente.
 - Pregunte si el proveedor de cuidados de salud quiere ordenar alguna prueba o medicación.
 - Pregunte al proveedor de cuidados de salud si quiere que se le avise por algún motivo.
 - Pregunte, si no hay mejoría, cuándo debería volver a llamar.

NOTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la mejor práctica de transferencia en enfermería?

Las transferencias en enfermería se producen con frecuencia, aunque los profesionales de enfermería reciben una educación formal escasa para esta responsabilidad crítica. Por otra parte, a menudo la comunicación deficiente o inadecuada durante las transferencias se cita como un factor que contribuye a los errores médicos. Los investigadores realizaron una revisión sistemática de la bibliografía especializada entre 1987 y 2008 que se centró en las transferencias de enfermería en EE. UU. (Riesenber, Leitzsch y Cunningham, 2010). La búsqueda inicial dio como resultado más de 2.500 artículos. Todos los títulos fueron objeto de revisión en busca de su posible inclusión, y finalmente se seleccionaron 460. Estos artículos fueron revisados a continuación para determinar si cumplían con los criterios especificados (p. ej., barreras y estrategias para transferencias eficaces y para la identificación de reglas nemotécnicas de transferencia, así como estudios de investigación frente a resúmenes, cartas, comentarios). En consecuencia, los investigadores analizaron 95 artículos que describían transferencias de enfermería, de los que solo 20 describían estudios de investigación, ninguno de los cuales era un ensayo controlado aleatorio. Los investigadores concluyeron que existía una evidencia empírica escasa para delinear lo que constituyen las mejores prácticas de transferencias. Sobre la base

de esta revisión de los artículos, los autores identificaron numerosas barreras para las transferencias eficaces, así como estrategias para lograr esta eficacia; la estandarización de la comunicación de las transferencias fue la estrategia más citada en su revisión.

IMPLICACIONES

La creación de los Objetivos Nacionales de Seguridad del Paciente sobre transferencias por parte de la *Joint Commission* tuvo lugar en 2006. Desde entonces, las revistas profesionales han publicado numerosos artículos acerca de los formatos utilizados (p. ej., informes de turno en la cabecera de la cama, rondas andando, entrevistas cara a cara, informes en cintas). Sin embargo, los autores encontraron una evidencia empírica escasa que delineara lo que puede considerarse como mejores prácticas en las transferencias de enfermería. Los autores recuerdan al lector que la *Joint Commission* reclama transferencias estructuradas; aun así, apenas encuentran evidencias que sustenten el uso de alguna estructura, protocolo o método específico. Identifican la necesidad de realizar más investigaciones sobre los dominios del conocimiento, las actitudes, las técnicas, los resultados de los procesos y los resultados clínicos.

paciente, Dorothy Mendes. Soy su enfermera en el turno de 7 de la tarde a 7 de la mañana»).

Los informes telefónicos normalmente incluyen el nombre y diagnóstico médico del paciente, los cambios en la valoración de enfermería, las constantes vitales relacionadas con las constantes vitales basales, los datos de laboratorio significativos y las intervenciones de enfermería relacionadas. El profesional de enfermería debe tener el registro preparado para dar al médico cualquier información adicional.

Tras el informe, el profesional de enfermería debe registrar la fecha, la hora y el contenido de la llamada. Por ejemplo:

12:00: Ingresado de urgencias. Refiere dolor quemante en cuadrante abdominal superior derecho. Puntúa el dolor en 6/10. PA 115/80, P 100, R 15. Se administran 100 mg de meperidina IM por orden. 13:00: PA 100/40, P 115, R 30. El dolor no ha cambiado. Pálido y sudoroso. Informado por teléfono al Dr. Burns a las 13:05. _____ T. Jones, DE

Órdenes telefónicas

Los médicos ordenan a menudo un tratamiento (p. ej., un medicamento) para un paciente por teléfono. La mayoría de las instituciones tienen normas específicas sobre las órdenes telefónicas. Muchas instituciones permiten solo al profesional de enfermería diplomado aceptar órdenes telefónicas.

Mientras el médico da la orden, *escribiremos* la orden completa en el impreso de órdenes médicas y la *leeremos* ante dicho médico para asegurarnos de su precisión. Preguntaremos al médico sobre cualquier orden que sea ambigua, inusual (p. ej., una dosis anormalmente alta de un medicamento) o que el estado del paciente contraindique. Haremos que el proveedor de asistencia primaria se dé por informado verbalmente de la lectura de la orden verbal/telefónica. Después, indicaremos en el impreso de órdenes médicas que se trata de una orden verbal (OV) o de una orden por teléfono (OT). Véanse algunas pautas en el cuadro 15-7.

Una vez que la orden se ha transcrito a la hoja de órdenes médicas, esta debe firmarla el médico en un período descrito por las normas de la institución. Muchos hospitales de pacientes agudos exigen que esto se haga antes de 24 horas.

Reunión sobre el plan asistencial

Una reunión sobre el plan asistencial es un encuentro de un grupo de profesionales de enfermería para comentar posibles soluciones a ciertos problemas de un paciente, como su incapacidad para afrontar un acontecimiento o la falta de progreso hacia la consecución de un objetivo. La reunión sobre el plan asistencial da a cada profesional de enfermería la oportunidad de ofrecer una opinión sobre posibles soluciones al problema. Puede invitarse a otros profesionales de la salud a acudir a la conferencia para ofrecer su experiencia; por ejemplo, un trabajador social puede comentar problemas familiares de un niño con quemaduras graves, o un dietista puede exponer los problemas dietéticos de un paciente con diabetes.

Las reuniones sobre el plan asistencial son más eficaces cuando hay un clima de respeto, es decir, la aceptación sin juicios de otros aunque sus valores, opiniones o creencias parezcan diferentes. Los profesionales de enfermería deben aceptar y respetar las contribuciones de cada persona, y escuchar con una mente abierta lo que otros dicen aunque no estén de acuerdo.

Visitas de enfermería

Las visitas de enfermería son procedimientos en los que dos o más profesionales de enfermería visitan a ciertos pacientes junto a su cama para:

- Obtener información que ayude a planificar su asistencia.
- Proporcionar a los pacientes la oportunidad de comentar su asistencia.
- Evaluar la asistencia de enfermería que el paciente ha recibido.

Durante las visitas, el profesional de enfermería asignado al paciente proporciona un resumen breve de las necesidades de enfermería del

CUADRO 15-7 Directrices para las órdenes telefónicas y verbales

1. Conocer las normas de enfermería sobre quién puede dar y aceptar órdenes verbales y telefónicas.
 2. Saber las normas de la institución sobre las órdenes telefónicas (p. ej., colega que escucha en la extensión y firma conjunta de hoja de la orden).
 3. Pedir al profesional que prescribe que hable lenta y claramente.
 4. Pedir al profesional que prescribe que delecte el nombre del medicamento si usted no está familiarizado con él.
 5. Preguntar sobre el fármaco, la dosis o los cambios si parecen inadecuados para este paciente.
 6. Escribir la orden o introducirla en un ordenador en el impreso de órdenes médicas.
 7. Leer la orden al profesional que la prescribe. Utilizar palabras en lugar de abreviaturas (es decir, tres veces al día por *tid*).
 8. Conseguir que el autor de la prescripción apruebe verbalmente lo que se le ha leído (que diga «sí, es correcto»).
 9. Escribir la orden en la hoja de órdenes del médico. Registrar la fecha y la hora e indicar que se trata de una orden telefónica (OT). Firmar con el nombre y las credenciales.
 10. Cuando escriba una posología ponga siempre un número antes de un decimal (es decir, 0,3 ml), pero nunca después de un decimal (es decir, 6 mg).
 11. Escribir la palabra unidades (p. ej., 15 unidades de insulina, no 15 U de insulina).
 12. Transcribir la orden.
 13. Seguir el protocolo de la institución sobre el protocolo del prescriptor para firmar una orden telefónica (p. ej., en las siguientes 24 horas).
- Otras:
- Nunca cumplir una orden de un contestador telefónico. Llamar al prescriptor para cumplir una orden dada para un paciente. Escribirla y leerla para confirmarla.

paciente y de las intervenciones antes de ponerlas en marcha. Las visitas de enfermería ofrecen ventajas a pacientes y profesionales de enfermería. Los pacientes pueden participar en los comentarios, y los profesionales de enfermería pueden ver al paciente y el equipo que van

a usar. Para facilitar la participación del paciente en las visitas de enfermería, los profesionales de enfermería deben usar términos que el paciente pueda entender. La terminología médica excluye al paciente de la discusión.

Puntos de pensamiento crítico

El Sr. Anderson, un hombre de 80 años, ingresó por un dolor de espalda. Tenía antecedentes de hipertensión. Le dijo al profesional de enfermería que le atendió en el momento del ingreso que había perdido el interés en muchas de sus actividades normales debido al dolor constante.

Lea la siguiente entrada del registro realizada por un profesional de enfermería previo:

- 8:00 El paciente es quejoso. Le he escuchado durante 15 minutos sin éxito. PA 210/90 y 180/70, P 72, R 18
12:00 Rechaza comer
2:00 El paciente se cae de la cama

1. ¿Qué guías no se usaron en este registro?
2. El diagnóstico de enfermería del Sr. Anderson es *Dolor agudo*. ¿Qué espera registrar?
3. Usando los siguientes datos del Sr. Anderson, ordénelos en una nota SOAP:
 - a. «No he dormido la última noche»
 - b. Colocado sobre un lado con almohadas debajo de la espalda

- c. Continúa necesitando opiáceos para conseguir aliviar el dolor
- d. Puntúa el dolor en 8 sobre 10
- e. «Me siento mejor» (tras las intervenciones)
- f. Última dosis de medicamento hace 5 horas
- g. Bolsa caliente aplicada en la zona lumbar
- h. PA 210/90, P 72, R 18
- i. Añadir al plan asistencial ofrecer analgésicos cada 4 horas aproximadamente en lugar de a demanda
- j. 6/6/11 n.º 1 Dolor
- k. «Dolor agudo y lacerante en la zona lumbar que se irradia a la pierna izquierda»
- l. Medicado con el analgésico ordenado

4. Use los mismos datos y ordénelos en una nota DAR.

Véanse las respuestas a «Posibilidades de pensamiento crítico» en la página web de recursos del estudiante.

Capítulo 15 Revisión

PUNTOS CLAVE

- Las historias del paciente son documentos legales que proporcionan pruebas de la asistencia del paciente.
- El profesional de enfermería tiene el deber legal y ético de mantener la confidencialidad de la historia del paciente; esto comprende medidas especiales para proteger la información del paciente almacenada en ordenadores.
- Los registros del paciente se mantienen para diversos propósitos, como la comunicación, la planificación de la asistencia del paciente, la auditoría de instituciones de salud, la investigación, la educación, el reembolso, el registro legal y el análisis de la asistencia de salud.
- Algunos ejemplos de sistemas de documentación son la historia clínica orientada a la fuente, la historia clínica orientada al problema, el modelo PIE, el registro centrado, el registro por excepción, el registro computarizado y el modelo de gestión del caso.
- En las historias clínicas orientadas a la fuente, cada grupo profesional de asistencia de salud proporciona su propio registro. El registro se orienta alrededor de la fuente de la información.
- En las historias clínicas orientadas al problema, el registro se organiza alrededor de los problemas del paciente.
- Los ordenadores facilitan relativamente la planificación y el registro. El uso de terminales de ordenador junto al paciente permite un registro inmediato de las acciones de enfermería.
- El modelo de gestión del caso subraya la asistencia de calidad y rentable prestada dentro de una estancia establecida.
- El Kardex se usa para organizar los datos del paciente, y agiliza el acceso a la información de los profesionales de la salud.
- Las notas del progreso de enfermería proporcionan información sobre el progreso del paciente hacia los resultados deseados. El formato de la nota del progreso depende del sistema de registro en la institución.
- El registro a largo plazo varía en función del nivel de asistencia proporcionada y de los requisitos establecidos por Medicare y Medicaid.
- Las instituciones de salud domiciliarias deben estandarizar sus métodos de registro para cumplir los requisitos de Medicare y Medicaid y de otras entidades financiadoras.
- Las guías legales para el proceso de registro en un historial del paciente incluyen el registro de la fecha y la hora, las entradas legibles, el uso de tinta oscura, el uso de una terminología y escritura correctas, la precisión, la secuencialidad, la idoneidad, la exhaustividad, la concisión y la inclusión de una firma adecuada.
- El objetivo del informe es comunicar información específica con el fin de mejorar la calidad de la asistencia. Ejemplos de ello son los informes de cambio de turno, los informes telefónicos, las órdenes telefónicas, las sesiones sobre el plan asistencial y las visitas de enfermería.
- Un informe de cambio de turno y un informe telefónico se consideran comunicaciones de transferencia. La *Joint Commission* insta a los hospitales a poner en marcha un enfoque estandarizado para «transferir» las comunicaciones, que incluya la oportunidad de plantear preguntas y responder a ellas.

COMPRUEBE SUS CONOCIMIENTOS

1. ¿Cuál de las siguientes acciones llevada a cabo por un profesional de enfermería asegura la confidencialidad del registro informatizado de un paciente?
 1. El profesional de enfermería accede al archivo del paciente y deja el ordenador para contestar a la llamada de un paciente.
 2. El profesional de enfermería comparte su clave de acceso al ordenador.
 3. El profesional de enfermería cierra el archivo de un paciente y sale del sistema.
 4. El profesional de enfermería deja la hoja de trabajo informática en el puesto informático.
2. El modelo de gestión del caso que usa vías críticas sería apropiado para un paciente ¿con qué diagnóstico?
 1. Infarto de miocardio (ataque al corazón).
 2. Diabetes e hipertensión.
 3. Infarto de miocardio, diabetes e hipertensión.
 4. Diabetes, hipertensión, una úlcera en el pie infectada y demencia senil.
3. Tras cometer un error de registro, ¿qué acción debería hacer un profesional de enfermería?
 1. Usar líquido corrector para tapar el error y realizar una nueva entrada.
 2. Trazar una línea sobre él y escribir error encima de la entrada.
 3. Trazar una línea sobre él y escribir entrada equivocada por encima de la entrada.
 4. Trazar una línea sobre el error y escribir *entrada equivocada* con sus iniciales por encima.
4. ¿Qué entrada de registro sería más defendible en un tribunal?
 1. El paciente se cayó de la cama.
 2. Paciente ebrio en el momento del ingreso.
 3. Hematoma de gran tamaño en la pierna derecha.
 4. Se notifica al Dr. Jones una PA de 90/40.
5. Las CV del paciente son DLN. Tiene PB y recibe sus pastillas para el dolor prn. Su nutrición es DST. Interprete las abreviaturas usadas.
 1. DLN: _____
 2. PB: _____
 3. prn: _____
 4. DST: _____
6. Durante su primer día, un profesional de enfermería cuida de un paciente que lleva en el hospital 2 días y le parece que su presión arterial (PA) está elevada. ¿Cuál sería el siguiente paso?
 1. Preguntar al paciente sus límites de presión arterial anteriores.
 2. Revisar el registro gráfico en la historia del paciente.
 3. Examinar el registro de medicamentos en busca de medicamentos antihipertensivos.
 4. Revisar las notas de progreso incluidas en la historia del paciente.
7. Un estudiante de enfermería observa el informe de cambio de turno. ¿Cuáles de las siguientes conductas en el profesional de enfermería que realiza el informe representan una práctica eficaz? Seleccione todas las respuestas correctas.
 1. Proporciona el diagnóstico médico o la razón del ingreso.
 2. Establece la hora en que el paciente recibió por última vez el analgésico.

3. Habla alto cuando da el informe.
4. Establece prioridades de asistencia que deben realizarse poco después del informe.
5. Informa sobre el número de visitantes de cada paciente.
8. ¿Qué entradas de registro están escritas correctamente? Seleccione todas las respuestas correctas.
 1. 5 gr de SM administrados IV para dolor abdominal.
 2. 0,25 mg de digoxina por vía oral por orden de administración inmediata del Dr. Smith.
 3. 15 ml de KCl por vía oral debido a concentración de K⁺ de 2,9.
 4. 10 U de insulina regular SC por glucemia capilar de 180.
 5. Zolpidem 5 mg por vía oral antes de acostarse a petición.
9. Traen al servicio de urgencias a una mujer de 75 años con dolor en la cadera derecha. La pierna derecha es más corta que la izquierda y muestra una rotación externa. Durante la inspección, el profesional de enfermería observa lo que parecen quemaduras de cigarrillo en la parte interna de los muslos de la paciente. ¿Cuál de los siguientes sería el registro más adecuado?

1. Seis lesiones cutáneas redondas parcialmente cicatrizadas en las caras internas de los muslos.
2. Zonas con quemaduras graves en las caras internas de los dos muslos de la paciente.
3. Múltiples lesiones en la cara interna de los muslos relacionadas posiblemente con malos tratos a la anciana.
4. Varias lesiones en la cara interna de los muslos similares a quemaduras de cigarrillo.
10. ¿Qué regla o reglas en las historias contribuirán a la seguridad legal del profesional de enfermería? Seleccione todas las respuestas correctas.
 1. Usar el tiempo militar.
 2. Documentar las preocupaciones o inquietudes expresadas por el paciente.
 3. Completar la mayor parte de la historia al final del turno.
 4. Registrar solo información que corresponda a los problemas de salud del paciente.

Véanse las respuestas a «Compruebe sus conocimientos» en el apéndice A.

Recursos Pearson para estudiantes de enfermería



Puede encontrar materiales de estudio adicionales en nursing.pearsonhighered.com

Prepárese para triunfar con preguntas prácticas adicionales de estilo NCLEX®, tareas y actividades interactivas, enlaces web, animaciones, videos y mucho más.

LECTURAS Y BIBLIOGRAFÍA

LECTURAS RECOMENDADAS

- Atwal, P., Fields, W., & Wagnell, E. (2009). Standardization of change-of-shift report. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2), 143-147.
- Los autores describen una iniciativa dirigida por profesionales de enfermería que modificó el enfoque tradicional de los informes, planteando una combinación de informe por escrito y de datos derivados del intercambio de impresiones verbal en la cabecera de la cama del paciente. Exponen el modo de aplicar este nuevo proceso y los resultados en cuanto a eficacia cronológica, mejora de la calidad de la información y aumento de la seguridad del paciente.
- Smith, S. P., & Barefield, A. C. (2007). Patients meet technology. *The Health Care Manager*, 26(4), 354-362.
- Los autores analizan el impacto de la tecnología sobre los servicios de salud. Los consumidores cada vez recurren de manera más a Internet para buscar información médica y están mucho mejor informados que en el pasado. Los autores aportan ejemplos del modo en el que la tecnología refuerza la experiencia del paciente, tales como los registros electrónicos en virtud de los cuales los pacientes pueden valorar su estado por sí mismos en el hospital. Asimismo se analizan los registros personales de salud.

INVESTIGACIÓN RELACIONADA

- Seranto, K., & Kinnunen, U. (2009). Evaluating nursing documentation—Research designs and methods: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 464-476. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04914.x

BIBLIOGRAFÍA

- American Nurses Association. (2001). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Washington, DC: Author.
- Association of Operating Room Nurses. (2009). *Hand-off communications*. *AORN Journal*, 85(5), 514E-514F.
- Caruso, E. M. (2007). The evolution of nurse-to-nurse bedside report on a medical-surgical cardiology unit. *MEDSURG Nursing*, 16(1), 17-22.

- Chard, R. (2008). Implementing a process for hand-off communications. *AORN Journal*, 88(6), 1005-1008. doi:10.1016/j.aorn.2008.11.023
- Chart smart (2nd ed.). (2007). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guido, G. W. (2010). *Legal and ethical issues in nursing* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hebda, T. L., & Czar, P. (2009). *Handbook of informatics for nurses and healthcare professionals* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI) (n.d.). SBAR technique for communication: A situational briefing model. Retrieved from <http://www.ihioh.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>
- The Joint Commission. (2009). Official "Do Not Use" list. Retrieved from http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/2329FAF5-6E5C-4E21-8932-54B2B7D53F00/0/oldn_list.pdf
- Kuhn, I. F. (2007). Abbreviations and acronyms in nursing: When shorter isn't sweeter. *Pediatric Nursing*, 33(5), 392-398.
- NANDA International. (2009). *Nursing diagnoses: Definitions and Classification 2009-2011*. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Pesman, D. A., Greenhouse, P. K., Rack, L. L., Delucia, G. A., Pennt, R. W., Scholle, C. C., & Janov, C. L. (2009). Ticket to ride: Reducing handoff risk during hospital patient transport. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2), 109-115.
- Riesgen, R. A., Leitzsch, J., & Cunningham, J. M. (2010). Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *American Journal of Nursing*, 110(4), 24-34.
- Trossman, S. (2009a). Shifting to the bedside for report. *The American Nurse*, 41(2), 7.
- Trossman, S. (2009b). No peeking allowed: The benefits of electronic health records still outweigh the risk of unauthorized use. *American Nurse Today*, 4(2), 31-32.
- White, R. S., & Hall, D. M. (2008). The Bermuda triangle of healthcare. *Health Management Technology*, 28(7), 30-31.
- Woodhall, L. J., Vertancic, L., & McLaughlin, M. (2008). Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center. *Journal of Emergency Nursing*, 34(4), 314-317. doi:10.1016/j.jen.2007.07.007

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

- Association of Operating Room Nurses. (n.d.). *Perioperative patient "hand-off" tool kit*. Retrieved from <http://www.aorn.org/Practices/Resources/Toolkits/PatientHandOffToolKit>
- Brous, E. (2009). Documentation & litigation. *RN*, 72(2), 40-43.
- DeVore, D., Price, C., & Natzke, J. (2007). Preparing for electronic charting. *Nursing Homes*, 58(1), 28-31.
- Fennell, K. G. (2007). Documentation, part 2: The best evidence of care. *American Journal of Nursing*, 107(7), 61-64.
- Layman, E. J. (2008). Ethical issues and the electronic health record. *The Health Care Manager*, 27(2), 165-176.
- Mancilla, D., & Biedermann, S. (2009). Health information privacy: Why trust matters. *The Health Care Manager*, 28(1), 71-74.
- McDonald, C. (2009). Protecting patients in health information exchange: A defense of the HIPAA privacy rule. *Health Affairs*, 28(2), 447-449. doi:10.1377/hlthaff.28.2.447
- Monarch, K. (2007). Documentation, part 1: Principles for self-protection. *American Journal of Nursing*, 107(7), 58-60.
- Pacion, S. (2008). The current state of EMRs in LTC settings. *Nursing Homes*, 57(2), 34-36.
- Peck, R. L. (2008). Voice-activated documentation comes into its own. *Nursing Homes*, 57(1), 24-26.
- Roeder, J. A. (2009). The electronic medical record in the surgical setting. *AORN Journal*, 89(4), 677-686. doi:10.1016/j.aorn.2008.12.027
- Schuster, P. M., & Nykolyk, L. (2010). *Communication for nurses: How to prevent harmful events and promote patient safety*. Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Smith, L. S. (2007). Documenting culturally competent psychosocial nursing diagnoses. *Nursing*, 37(1), 70.
- Smith, L. S. (2007). Documenting use of an interpreter. *Nursing*, 37(1), 25.
- Smith, L. S. (2007). Documenting with photographs. *Nursing*, 37(8), 20.
- Stuenkel, J. M. (2009). Health information technology: A HIT with nurses? *American Journal of Nursing*, 109(7), 17-18.