

Formación Continuada / *Continuing Education*

El registro de Enfermería en la historia clínica del paciente

Víctor Diéguez M.

Enfermera. Unidad de Endoscopia Digestiva. Hospital Valle de Hebrón. Barcelona.

Resumen

La historia clínica es el documento legal que recoge toda la asistencia, ya sean cuidados, tratamientos, procedimientos complementarios, etc. que se le proporciona al paciente, durante su estancia o paso por cualquiera de los servicios del sistema sanitario. En este documento se enumeran las actividades relacionadas con las funciones de la enfermera en el servicio de endoscopia digestiva y cuyo registro en la historia clínica del paciente es muy recomendable, no solamente para que quede constancia legal de los servicios y cuidados de enfermería realizados, sino como medio de comunicación multidisciplinar y garantía de la continuidad de los cuidados.

Palabras clave: Seguridad del paciente, registros de enfermería, lista de verificación, consentimiento informado, endoscopia digestiva.

The Nursing record in the patient's clinical history

Abstract

The patient's clinical history is the legal document that collects all the assistance, be it nursing care, treatments, complementary procedures and others that are provided to the patient, during his stay or through any of health system services. This document lists the activities related to the functions of the nurses in the endoscopy unit and whose registration in the patient's medical record is highly recommended, not only as a certification of nursing care performed, but also as a means multidisciplinary communication and guarantee of continuity of care.

Keywords: Patient safety, nursing records, checklist, informed consent, endoscopy.

Objetivos

Los principales objetivos de nuestros registros son los siguientes:

- Claridad y precisión de las técnicas endoscópicas realizadas así como de los cuidados de enfermería facilitados en el servicio.
- Dar la mayor información posible pero de forma concisa: incidencias, medicación administrada, constantes vitales...
- Registro del material utilizado.
- Permitir la continuidad de los cuidados de enfermería en otras unidades fuera del servicio de endoscopias.

Cuestiones relativas al check-list que se plantea al paciente en el momento de su admisión en el servicio de endoscopias.

El paciente ha de responder personalmente a una serie de preguntas relacionadas con su salud y con el seguimiento de las indicaciones de preparación facilitadas en el documento informativo entregado al paciente previamente a la realización de cualquier técnica. El correcto seguimiento del check-list por enfermería es fundamental para llevar a cabo la técnica con la mayor seguridad y eficacia posibles en cualquier unidad de endoscopias.

Autor para correspondencia: montsevictor64@hotmail.com

2341-3476 - © AEEED 2014. Todos los derechos reservados.

No obstante, se contemplan diferentes excepciones a esta norma general:

- En el caso de menores de edad, han de ser sus padres o en su defecto, el tutor legal quienes responden a dichas preguntas.
- En los pacientes disminuidos psíquicos también se sigue el procedimiento anterior.
- Los pacientes con dificultades de comprensión por su edad, nivel de conocimientos, barrera idiomática o presencia de enfermedades que provocan esta situación será su acompañante quien responda a las cuestiones del check- list.

Contenidos del check- list:

Las preguntas más relevantes a plantear son las siguientes:

- Confirmación de la identidad del paciente, preguntando nombre y apellidos y verificando que los datos facilitados por el paciente coinciden con los que figuran en la pulsera identificativa que se coloca al paciente en su admisión o bien es portadora de ella en el caso de enfermos hospitalizados.
- Alergias medicamentosas o alimentarias.
- Tiempo de ayunas tanto sólidos, líquidos o agua.
- En cuanto a la preparación con laxantes: nombre del laxante utilizado, tolerancia y efectividad de éste, número de sobres tomados y horario seguido en su toma.
- Verificar la ausencia de piezas dentales extraíbles. En el caso de ser portador, una vez retiradas se facilitan al acompañante así también como las gafas para evitar las pérdidas en el servicio.
- Verificar también la ausencia de objetos metálicos: joyas, relojes, piercing...
- En el caso de pacientes portadores de audífonos, se recomienda no retirarlos salvo contraindicación médica, ya que esto nos permitirá comunicarnos con el paciente durante todo el procedimiento.
- Medicamentos que toma de forma habitual así como la última dosis.
- En los pacientes diabéticos se ha de realizar una glucemia previa a la técnica así como consultar si

toma antidiabéticos orales o insulina, clase de insulina y última dosis.

- Los pacientes que toman hierro, es conveniente anotar si han suspendido éste y fecha de la última dosis.
- Los pacientes que toman anticoagulantes: anotar el nombre de éste y última dosis. En el caso específico del Sintrom, hay que añadir la pauta de hemostasia al documento del consentimiento donde se especifica el cronograma del paso a heparina subcutánea y el posterior reinicio del Sintrom. También es importante registrar la patología subyacente por la que toma el anticoagulante.
- Incluir con el resto de documentos la última analítica que traiga el paciente cuando éste lo entrega en el servicio. Esta se retorna al paciente cuando éste marcha del servicio después de realizarle la técnica.
- Anotar si es portador de marcapasos o DAI.
- Registro de comorbilidades: enfermedades cardiológicas, respiratorias, hepáticas...
- Tipo de virus en el caso que sea portador.
- Otros datos que pueda explicar el paciente y que sea importante dejar constancia de ellos en el registro.

El check- list "Surgical Safety Checklist", WHO, se ha establecido en medicina para aumentar la seguridad del paciente.

Este ha de ser actualizado constantemente considerando las opiniones de todos los miembros del equipo siguiendo un procedimiento de feed-back o retroalimentación, de acuerdo con la organización local, estructura y necesidades.

Incluir la experiencia de otros departamentos de endoscopia puede ser interesante en este sentido.

Firma del consentimiento informado

Hay que partir de la base de que la información que se le dé al paciente, en todos los pasos del procedimiento permitirá una mayor colaboración de éste.

Preguntas importantes a plantear al paciente antes de la firma del consentimiento informado:

- ¿Conoce verdaderamente la prueba que se le va a realizar?

- En cuanto al documento informativo referente a la prueba que se le va a practicar y que se le facilita conjuntamente con la citación: ¿ha entendido la información facilitada a través de él? En el caso de dudas, es importante facilitar la información necesaria hasta su total comprensión.

- ¿Comprende los riesgos, beneficios y alternativas asociadas con la técnica? Ante las posibles dudas es conveniente aclarar éstas de forma simplificada y comprensible para él.

La información que se da al paciente para responder a estas preguntas son las que dotan de validez la firma del consentimiento informado y pueden evitar muchos problemas médico-legales posteriores.

La firma la hará el enfermo o la persona autorizada en su defecto.

Registro de enfermería durante la técnica

El registro de enfermería durante la técnica ha de contener los siguientes datos:

- Constantes vitales basales así como durante el desarrollo de la técnica.
- Si la técnica se ha realizado bajo sedación o no
- En el caso de paciente hospitalizado aislado, tipo de aislamiento seguido en función del germen que provoca la infección.
- Medicación administrada previa a la prueba o durante la misma.
- Administración de sangre o hemoderivados.
- Utilización de imán cuando un paciente con marcapasos lo ha requerido.
- Si ha precisado la asistencia del profesional de arritmias cuando se trata de pacientes portadores de DAI.
- En caso de intubación oro-traqueal o nasotraqueal, registro de todo el material utilizado: número de mascarilla de ventilación, número de tubo, medicación administrada...
- Registro de las prótesis endoscópicas implantadas.
- En las diferentes técnicas endoscópicas es importante el registro de todo el material utilizado en cada caso.

- En endoscopia infantil, el registro también ha de contener estos datos así como el material utilizado según la técnica aplicada.

También es muy importante el registro de todas las incidencias:

- Arritmias cardíacas
- Híper o hipotensión arterial
- Desaturación de oxígeno
- Parada cardio-respiratoria
- Hemorragia digestiva
- Perforación

También ha de incluirse en el registro de: material utilizado, constantes vitales durante el desarrollo de éstas hasta su estabilización, colocación de vía central o periférica, catéter arterial, sondaje vesical, administración de concentrado de hematíes o hemoderivados...

En el caso del enfermo intubado se ha de indicar el servicio de críticos a donde se deriva el paciente.

Registro de endoscopia diagnóstica o terapéutica

- Tipo de endoscopio utilizado (número para la trazabilidad)
- Escala de Boston: determina el nivel de limpieza del colon
- Registro de todo el material utilizado en las diferentes endoscopias terapéuticas: Cuerpos extraños (descripción de éstos), colocación de bandas elásticas sobre varices esofágicas, dilatación esofágica (Savary-Gilliard, balón de dilatación), fulguración con argón, hemoclips o endoloops en el caso de hemorragia digestiva, tipo de aguja utilizada cuando se trata de ecoendoscopia con punción, cápsula endoscópica, sonda de gastrostomía, catéter de Duodopa, sonda sengstaken-blakemore, ablación por radiofrecuencia en el esófago de Barrett, material utilizado en la ERCP, en la disección submucosa, drenaje de pseudoquistes pancreáticos...

Registro de enfermería posterior a la técnica

El registro de enfermería que se ha de llevar a cabo en la sección de recuperación una vez analizada la información registrada en el box donde se ha realizado la técnica, es el siguiente:

- Valoración del nivel de consciencia así como su evolución.
- Constantes vitales durante la estancia.
- Glucemia en el caso de los pacientes diabéticos.
- Incidencias acontecidas durante la estancia: dolor (escala EVA), vómitos, náuseas, hipoglucemia o hiperglucemia, monitorización (arritmias, dolor precordial, hiper-hipotensión... así como la medicación utilizada para estabilizar el paciente cuando ésta sea necesaria.
- Indicación de los cuidados de enfermería a seguir en el caso de los pacientes hospitalizados: dieta, reposo, valoración de sangrado, dolor o fiebre, así como las curas más específicas de la cápsula endoscópica.

Información que se ha de transmitir al paciente ambulatorio

Es conveniente informar al paciente que el informe que se da una vez concluida la prueba es importante que sea leído y comprendido. En el caso que tenga alguna duda sobre el resultado puede solicitar que el médico que le ha realizado la prueba le haga las aclaraciones que sean necesarias. Es un derecho del paciente.

Cuando el paciente no ha precisado información, éste ha de marchar del servicio con el informe de la técnica realizada. Esta es facilitada por la secretaría del servicio.

Cuando el paciente ha sido sedado durante la técnica, antes de dar de alta del servicio, la información que se ha de facilitar al paciente es la siguiente:

- Ha de esperar una hora antes de empezar a beber agua, si ésta es bien tolerada a los 15 min siguientes puede continuar con yogurt o zumo y seguidamente su dieta habitual siempre que ésta sea suave.
- Una vez iniciada la ingesta de alimentos ya puede reiniciar la toma de la medicación habitual. En cuanto al reinicio de los anticoagulantes, el endoscopista le indicará cuando ha de administrarse la siguiente dosis de anticoagulante. Si se trata de heparina cálcica subcutánea en el caso que se haya hecho el paso de Sintrom a heparina subcutánea, también le informará del momento de su reinicio.

- Es importante que vuelva a su domicilio acompañado. Es peligroso que vuelva sólo ya que puede presentar mareo, descenso del nivel de consciencia...
- No puede conducir, ni tampoco ir detrás en una moto en las 24 horas siguientes.
- No puede tomar alcohol en las siguientes 24 h.
- No puede tomar ninguna medicación que no esté prescrita o que sea desconocida por su médico.
- Es recomendable no tomar decisiones importantes o incluso firmar documentos legales durante las posteriores 24 h.
- Tiene que marchar con el informe de la técnica. También aquí son aplicables las mismas consideraciones expuestas anteriormente sobre la información que se ha de facilitar en caso de dudas o aclaraciones.
- Cuando el paciente presenta las siguientes complicaciones (fiebre, dolor intenso, hemorragia...) es importante explicar que ha de acudir al servicio de urgencias del Hospital.

Conclusiones

La realización de un correcto registro de enfermería es fundamental por varias razones.

- Responde a una necesidad de eficacia y transparencia.
- Permite el conocimiento y seguimiento de las técnicas realizadas tanto en paciente ambulatorio como hospitalizado.
- Favorece la continuidad de los cuidados de enfermería en el caso del paciente hospitalizado, una vez que éste vuelve a su servicio de origen.
- Es importante que éste registro de enfermería constituya un sistema abierto que permita la comunicación e intercambio de información entre la enfermera de endoscopias y la enfermera del servicio a donde regresa el paciente después de realizar la técnica: esto facilita que se puedan aclarar dudas sobre los posteriores cuidados de enfermería en el servicio de destino o ampliar información cuando ésta es requerida.
- Permite identificar el material utilizado así como la trazabilidad de los endoscopios que se han utilizado.

- Repercute en beneficio de la eficacia de todo el equipo asistencial.
- En el fondo, entiendo verdaderamente mi trabajo en endoscopias cuando considero la faceta humana. Y concretamente, los aspectos médico-legales forman parte de esta consideración. Dota de humanidad a todo el proceso.

Bibliografía

1. World Health Organization [Internet]. Implementation Manual WHO. Surgical Safety Check-list. 2009. Disponible en: http://who.int/publications/2009/9789241598590_eng.pdf
2. Haynes AB, Weiser. TG, Berry WR et al. A surgical safety check-list to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009; 360(5): 491-499.
3. www.msssi.gob.es [Internet]. Unidades asistenciales del aparato digestivo. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Disponible en https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Aparato_Digestivo_EyR.pdf
4. Moya Suárez AB. Registro de enfermería en endoscopias digestivas. Marbella: Consejería de Salud y Bienestar de la Junta de Andalucía; Septiembre 2012.