

Audit de la hoja de valoración del paciente al ingreso por el personal de enfermería en el Hospital General Universitario de Alicante.

Autores: Gabaldón Bravo, EM; Gómez Robles, J; Domingo Pozo, M; Terrés Ruiz, C; Torres Figueiras, M; Gomis García, L; Fernández Molina, MA.

INTRODUCCIÓN: La necesidad de realizar una valoración objetiva e integral del paciente es una realidad evidente desde cualquier punto de vista, ya sea a nivel asistencial, docente, investigador o legal (1). Es una herramienta de trabajo fundamental por ser la base del plan de cuidados a realizar de forma que humanicemos el trato al paciente siguiendo el modelo holístico que actualmente está vigente (hábitos, costumbres, situación social y estado de salud del paciente). De esta forma conseguiremos unos cuidados individualizados de calidad.

Desde el punto de vista legal, cumplimentar adecuadamente la hoja de valoración es la mejor defensa frente a demandas judiciales que afronta nuestro colectivo. Enfermería no debe ver el registro como un documento incriminador sino todo lo contrario, ya que todo lo que no se registra no se ha hecho a efectos legales (2,3,4,5 y 6).

El objetivo de esta comunicación es presentar los datos del audit de la hoja de valoración del paciente al ingreso por el personal de Enfermería del HGUA según la hoja oficial de la Conselleria de Sanitat, como parte del proyecto global becado por el FIS y cuyo título es "Estudio del grado de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso por el personal de Enfermería. Evaluación de las distintas alternativas de mejora". La hipótesis del proyecto es la siguiente: basándonos en datos obtenidos en un trabajo previo del grupo investigador se espera encontrar un bajo nivel de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso. Si a su vez se determinaran las causas de éste y se actúa sobre aquellas que son modificables, se debe obtener una mejora en los niveles de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso. Para confirmar esta hipótesis, se plantean 4 objetivos concretos:

1. Cuantificar el nivel de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso por el personal de enfermería en el HGUA según la hoja oficial de la Conselleria de Sanitat.
2. Determinar los motivos de la probable baja cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso y seleccionar, de entre las causas detectadas, aquellas susceptibles de cambio mediante intervenciones.

3. Elaborar un programa para intervenir sobre aquellas causas detectadas que sean susceptibles al cambio e implementarlo.
4. Evaluar el impacto del programa de intervención a corto y medio plazo.

En este momento el proyecto se encuentra en la fase de preparación del grupo nominal para detectar cuáles son las causas del bajo nivel de cumplimentación.

Material y métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los últimos cinco años en las siguientes bases de datos: Currents, Contens, Clinical Medicine, Cuiden, Medline, Cinnal, INI. Los descriptores utilizados fueron muy numerosos, como muestra la transparencia.

El sujeto a estudio es la hoja de valoración del paciente al ingreso por el personal de enfermería.

Criterios de inclusión:

- a) Las unidades son todas las del hospital excepto: Uci, urgencias, reanimación, observación, quirófanos y despertar.

Criterios de exclusión:

- a) Que la valoración esté escrita en una hoja que distinta a la oficial de la Consellería de Sanitat.

Realizamos un estudio transversal para el audit de la hoja, el día 3 de febrero del 2000. Se obtuvieron todas las historias de los pacientes ingresados ese día en el hospital; la muestra fue un total de 590 episodios de hospitalización, de los que 12 no se encontró la historia por diversos motivos, y 108 fueron excluidos puesto que la valoración del paciente, o no se hallaba escrita, o estaba escrita dentro de otro documento.

• VARIABLES:

- ✓ N.H.C. (Número de Historia Clínica).
- ✓ Unidad-mes-año al ingreso.
- ✓ Letra clara: entendible por el observador
- ✓ Identificación del paciente: que aparezca nombre y apellidos del paciente, su ubicación en el hospital y el número de historia.

- ✓ Identificación de la enfermera que realiza la valoración: debe aparecer nombre y primer apellido completos o inicial del nombre y primer
- ✓ apellido completo, con letra legible para el observador que realice la recogida de datos.
- ✓ Procedencia del paciente: de dónde viene remitido el paciente al llegar a la unidad (domicilio, urgencias, otra unidad, otro hospital, etc.).
- ✓ Motivo del ingreso y/o diagnóstico médico: que aparezca uno u otro.
- ✓ Alergias: que refiera el paciente o por escrito en cualquier documento. De no existir ningún tipo de alergia, la enfermera debe reflejar “ no alergias conocidas”.
- ✓ Antecedentes: que aparezca cualquiera de los que a continuación se cita: clínicos ,de interés, números de ingresos previos, enfermedades importantes que haya padecido, intervenciones quirúrgicas, etc.. De no existir antecedentes de relevancia se deberá registrar “ no antecedentes de interés”.
- ✓ Hábitos tóxicos: que el paciente refiera consumo de alcohol, tabaco u otras drogas y en caso negativo deberá aparecer reflejado.
- ✓ Constantes: Tª, T.A., F.C. del paciente en el momento del ingreso.
- ✓ Necesidades básicas:
 1. Respiración: cualquier dato que la enfermera refleje sobre el estado respiratorio del paciente.
 2. Alimentación: cualquier dato que la enfermera refleje sobre la autonomía del paciente en cuanto a esta necesidad, tipo de dieta, preferencias .
 3. Eliminación fecal: cualquier dato referido a esta función (frecuencia, medicación, continente, incontinente etc.)
 4. Eliminación Urinaria: cualquier dato referido a esta función (portador de sonda vesical o no, continente, incontinente, etc.).
 5. Aseo e higiene: cualquier dato que la enfermera refleje poniendo de manifiesto la autonomía o no para que el paciente realice su propia higiene, aspecto general en cuanto al estado higiénico, rechazo a la higiene diaria.
 6. Movilización: cualquier dato referido a la autonomía en el movimiento, limitaciones físicas, dispositivos que limiten su movilidad, uso de material ortopédico como ayuda al movimiento.

Si en la hoja de valoración la enfermera refleja que el paciente es autónomo en todas sus necesidades básicas todos los aspectos de esta variable se considerarán valorados, teniendo en cuenta que todo lo que no se escribe no se valora.

- ✓ Seguridad: cualquier referencia que la enfermera refleje en relación al estado de conciencia y que pueda repercutir en una posible lesión o autoagresión, necesidad de barandillas, supervisión continúa, etc.

- ✓ Integridad de la piel: cualquier dato que la enfermera registre en cuanto al estado de piel o mucosas (coloración, hidratación, turgencia, discontinuidad en la piel, etc.)
 - ✓ Sentidos (vista y oído): cualquier dato que haga alusión a algún tipo de deficiencia en estos sentidos, uso de prótesis, etc.
 - ✓ Aspectos psicológicos y sociales: cualquier tipo de dato recogido por la enfermera que haga referencia a su estado anímico, patrón de interacción con el personal y con la familia, nivel sociocultural, problemática social, etc.
- **RECOGIDA DE LOS DATOS:** Las historias se obtuvieron en la unidad de admisión del H.G.U.A. Se elaboró una hoja de recogida de datos a propósito del estudio.

A la hora de recoger los datos no se tuvo en cuenta el orden de aparición de los mismos, mientras apareciese en algún lugar de la hoja se dió por valorado. Los observadores se entrenaron en la recogida mediante una prueba de recogida de datos piloto para ponerse de acuerdo en los criterios. Todo aquello que no estuviera escrito se dio por no valorado. Se utilizó una escala de si-no; donde el sí significa que si esta valorado y por lo tanto se refleja en la hoja; y no que por el contrario implica que no está valorado. Una vez recogidos los datos, se elaboró una base de datos y se analizaron estos mediante un paquete estadístico (SPSS) .

Se calculó la frecuencia relativa para cada valor, obteniendo así el porcentaje de cumplimentación para cada una de las variables. Para cada uno de los porcentajes se obtuvo un intervalo de confianza de 95%.

Resultados:

Los resultados expresados en frecuencias relativas son los siguientes:

En cuanto datos administrativos, los tantos % de cumplimentación son: Letra clara en un 95,1%, identificación del paciente en un 94,1%, fecha y turno en el momento del ingreso, un 59,8%, firma legible, 50,9%, procedencia, 58,3%.

Respecto a datos de salud generales del paciente, se valora el motivo de ingreso y/o diagnóstico médico, en un 94,7%, alergias en un 49,6%, antecedentes en un 53,4%, hábitos tóxicos en un 6,8%, y en cuanto a las constantes vitales, la menos valorada es la frecuencia cardíaca, en un 4,3% seguida de la temperatura en un 16% y la tensión arterial en un 28,5%.

En cuanto a las necesidades básicas, la respiración en un 23,8%, la alimentación en un 38,1%, eliminación fecal, 16,8%, eliminación urinaria, 22,6%, aseo e higiene, 13,2, y movilidad, 19,8%.

Los porcentajes de cumplimentación del resto de necesidades son: seguridad, 37,9%, integridad de la piel, 12,3%.

En cuanto a los sentidos, la vista en un 2,6% y el oído 1,3%. Las prótesis un 3,8.

En último lugar, los aspectos psicosociales, un 11,5%.

Discusión:

Como hemos podido observar en los resultados del audit, la validez del documento a estudio no es uniforme debido a la gran variabilidad en la cumplimentación de los datos, puesto que depende de la variable a cumplimentar, siendo esta menor en las necesidades básicas. Así lo confirma Topp, M. En "Validation of a cerebral palsy register". Así mismo, Amparo Zaragoza Salcedo constata esto cuando afirma en su tesis doctoral que "las enfermeras no veían útil el llevar a cabo una valoración a los pacientes, ya que los cuidados estaban prácticamente protocolizados en función del diagnóstico médico o iban saliendo sobre la marcha".

En nuestro estudio, el diagnóstico médico se valora en un 94,7% de los casos, y en cambio las necesidades básicas como aseo e higiene, tan sólo se valora en un 13,2%. Esto es una evidencia más de la importancia que las enfermeras dan al diagnóstico médico al reflejarlo en un porcentaje mucho mayor que el de las necesidades básicas.

Les invito a reflexionar sobre la situación actual de la enfermería, en la que por una parte se reivindica la autonomía profesional con proyectos de segundo y tercer ciclo, pero sin embargo, en la realidad del día a día, continúa siendo el principal referente de nuestras actividades los diagnósticos realizados por otros profesionales.

Bibliografía

1. Gutiérrez de Terán Moreno G. Aspectos legales de los registros de enfermería. *Enfermería Clínica* 3(1):21-4.
2. Marc Mandell JD. Si no se ha registrado es que no se ha valorado. *Nursing Mar*, 1995.
3. Aparicio Casals, Martorell Poveda A. Registros de enfermería en atención primaria: pieza clave para la investigación. *Enfermería Científica*, 1993;133:11-4.
4. Amezcua M. La calidad en la documentación clínica de enfermería: del papeleo a los registros para el cuidado. *Index de Enfermería* 1995;11:15-20.
5. Diesser M, Feingold L, Rosenkranz JL, Coltin KL. Clinical quality measurement. Comparing chart review and automated methodologies. *Medical Care*, 1997;35:539-52.
6. Topp M, Langhoff-Ross J, Uldall P. Validation of a cerebral Palsy Register.

- Clinic Epidemiology 1997;9:1017-23.
7. Tara Massie J. Implementation of change: a wound assessment chart. Professional Nursing 1998;14:2.
8. Pike, Kenneth. Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior. Santa Ana, California: Institute of Linguistics, 1954.
9. Ivonne Lincoln S. Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. Investigación y adecuación en enfermería. Medellín XV (2), 1997; p. 57-69.
10. José I Ruiz Olabuénaga. Metodología de una investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto, 1999.
11. Herrero García T, Cabrero Cabrero AI, Burgos Martín MR, García Iglesias M, Fernández Herrainz AI. Control de calidad en los registros de enfermería. Enfermería Intensiva 1998;9(1):10-5.
12. Córcoles Jiménez MP, García Piñero MP, Ruiz Gómez P, Pita Toledo T, Marín Cortés L. El dossier de enfermería en el complejo hospitalario de Albacete: composición y calidad. Revista Rol 1997;1:19-24.
- Fernández Molina MA, et al. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso
144 ENFERMERÍA CLÍNICA 2003;13(3):137-44 20
13. Miró Bonet M, Amorós Cerdá SM, De Juan Sánchez SM, Fortea Cabo J, Fran Morro E, Moragues Mas J. Valoración al ingreso del paciente crítico. Un indicador de calidad asistencial. Enfermería Intensiva 2000;11(2):51-8
14. Alonso González M, García de San José S, Díaz González L, García Caballero J. Valoración de la calidad de las historias clínicas. Gestión Hospitalaria 1996;4:44-50.
15. Polo Tolosana M, García Pardos A, Mairal Salinas EL, Oliván Esco MP, Les Macho A, Vinales Palomar C, et al. Registros: Revisión de la documentación clínica de enfermería de un hospital general en el año 1994. Enfermería Clínica;7(3):72-9.
16. Romera Rufián PF. GARE. Guía de auditoría de los registros enfermeros. Index de Enfermería 1993;6:36-40.
17. Corrales Nevado D, Rubio Villegas C. Protocolización y registro en atención primaria: a propósito de una hoja de monitorización. Aten Primaria 1994;13(4).
- 18 Blanco Rodríguez JM, Rodríguez Jiménez A, De Luis Lozano A, Rodríguez Pita D, Gómez Auñón J, Fernández Martínez A, et al. Control de

la calidad del registro de valoración de enfermería al ingreso.
Enfermería
Científica 1997;184-5.

19. Besora Torradeflot I. Implantación de una hoja de valoración de enfermería en Atención Primaria. Enfermería Clínica 4(3):44-6.

20. Siles J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enfermería Clínica 1997;7(4).

21. Tomás Vidal AM, Sánchez Flores MI, Torres Puerto M. Desarrollo de un formato de valoración por patrones funcionales de salud. Enfermería Científica 1992;128:18-21.

22. González Carrión P, Hernández Padilla M, Rivas Campos A, Toral López I, Sánchez Martínez MP, Quero Rufián A. Validación de los diagnósticos de enfermería de la NANDA: una experiencia en cuatro áreas asistenciales. Enfermería Clínica 4(3):124-7.

Fernández Molina MA, et al. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso