

**REGISTRES INFERMERS
D'URGÈNCIES
GUIA DE RECOMANACIONS**

**GRUP INFERMER DE TREBALL
DE REGISTRES INFERMERS DELS SERVEIS
D'URGÈNCIES**

Autors:

Agramunt, Núria. Hospital Comarcal Mora d'Ebre.

Badal, Pilar i Echevarria Teresa. Hospital Clínic de Barcelona.

Cabistañ, Lillian. Hospital Universitari Sant Joan Societat Anònima i Municipal de Reus.

Cayuela, Montse. Hospital Municipal de Badalona, S. A.

Martinez, Feli. Hospital del Mar de Barcelona.

Nicolas. Teresa. Fundació Privada Hospital de Mollet.

Rodon, Júlia. Hospital de Viladecans.

Rovira, Josefina. Fundació Althaia de Manresa- Fundació Privada

Trullols, Toni. Pius Hospital de Valls.

© Dels autors. Barcelona 2004

Dipòsit Legal: B-27.703-2004

Reservats tots els drets. Queda prohibida, sense autorització escrita dels titulars del copyright, sota les sancions establertes en les lleis, la reproducció parcial o total d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, inclosos la reprografia i el tractament informàtic, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer o préstec públic.

El grup de treball agraeix la col·laboració a:

Fina Aguilar, Ines Díaz, Luis Arellano, Núria Boronat, Miriam Bou, Mei Guitart, Maria Juárez, Encarna López, Lluís Suñol, Carmen Giménez.

Que han participat, en algun moment, en l'elaboració d'aquesta guia de recomanacions.

Per citar aquest document cal fer-ho de la manera següent:

Agramunt N, Badal P, Echevarria T, Cabistañ L, Cayuela M, Martínez F, Nicolás T, Rodón J, Rovira J, Trullols T. Registes Infermers d'Urgències: Guia de Recomanacions. Barcelona. Gener 2004.

PRESENTACIÓ

El Consell Català de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya té la satisfacció de presentar aquesta Guia de Recomanacions que ha fet un grup d'infermeres i infermers de Catalunya amb el suport d'un gran nombre de professionals dels serveis d'urgències del hospitals catalans.

La unificació de registres, el poder disposar de registres comuns i consensuats és la base necessària per a l'avaluació de la qualitat de les cures i per poder comparar l'atenció d'infermeria dels serveis d'urgències. Ambdós objectius són avui una exigència cada vegada més clara dels ciutadans.

Tenim la seguretat que aquesta Guia de Recomanacions esdevindrà una referència útil per a les infermeres i els infermers de tot el país i que servirà sens dubte per millorar l'atenció d'infermeria dels catalans.

El meu agraïment a les infermeres i als infermers que més enllà del seu treball professional diari intens i continuat han fet l'esforç d'elaborar aquesta guia que avui el Consell té l'orgull de presentar.

Moltes gràcies a tots.

Mariona Creus i Virgili

Degana

Consell de Col·legis de diplomats en infermeria de Catalunya

Barcelona, maig 2004

PRÒLEG

Les actuacions infermeres han d'apropar-se cada dia més a les necessitats que en matèria de salut presenta la societat, tant en la seva vessant humana com tècnica. Per arribar al nivell professional òptim, som conscients que s'han de superar determinades mancances que, sobretot a l'àrea metodològica, es donen encara avui en el desenvolupament diari de les activitats que duem a terme. D'entre aquestes mancances, n'hi ha una que per la seva importància requereix un tractament urgent i aprofundit: el registre infermer en l'àmbit de l'atenció urgent.

El registre infermer és una eina imprescindible per al desenvolupament de l'activitat infermera i la sistematització de les cures prestades als usuaris, al mateix temps és un document de suport per a l'elaboració d'indicadors de qualitat del treball infermer a urgències, amb la finalitat d'avaluar la qualitat de l'atenció i realitzar posteriorment estudis d'investigació en els propis Serveis d'Urgències, així com estudis multicèntrics.

És per aquest motiu que en el marc de treball del grup d'infermers de la GISUHC (Grup Intercomarcal dels Serveis d'Urgències Hospitalàries de Catalunya), el juny de 2001 es va crear la Comissió de Registres Infirmers, amb la finalitat de definir i valorar el contingut bàsic que haurien de tenir els nostres registres en l'àrea d'atenció urgent. Davant la manca de criteris comuns vàrem decidir unificar-los en el moment de fer la valoració de la persona que acudeix als Serveis d'Urgències, com el primer pas en el Procés Infermer i elaborar un instrument imprescindible en la nostra pràctica professional, que ens permeti optimitzar l'assistència als usuaris i vetllar per la millora contínua de la qualitat de les cures.

La comissió va realitzar una revisió profunda i rigorosa dels diferents registres i metodologies utilitzades per registrar l'activitat infermera en el nostre entorn. Després d'analitzar la realitat actual vàrem arribar a un consens sobre la informació que caldria registrar-se i que a continuació presentem en aquesta guia de recomanacions.

La intenció, a l'hora de realitzar aquest treball, no va ser la de fer un "format tipus" de registre únic per a les àrees d'urgències de totes les institucions hospitalàries, sinó la d'oferir una guia de recomanacions prou general que serveixi de suport i que permeti les adaptacions específiques que requereixen les particularitats de cadascuna de les institucions sanitàries del nostre entorn.

La comissió manifesta el seu agraïment a totes les institucions que han cedit algun dels seus professionals per formar part d'aquest grup de treball, a totes aquelles persones que amb les seves aportacions han fet pos-

sible l'elaboració d'aquest document, i a la col·laboració i recolzament del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.

La comissió vol fer constar també el seu agraïment per la seva aportació imprescindible en l'assessorament metodològic a Maite Luis, Pilar Hilarión, Rosa Simón, Ma Jesús Vilar, i Isabel Pera.

INTRODUCCIÓ

“La pràctica de la infermeria comporta el desenvolupament de les activitats de cures que responen al rol autònom de la infermera i d'aquelles activitats de col·laboració interrelacionades amb les actuacions d'altres professionals que integren l'equip interdisciplinari de salut”. (Consell Assessor d'Infermeria – 2001).

És per aquesta raó que, juntament amb l'interès de garantir una millora contínua de la qualitat assistencial infermera en l'àmbit de l'atenció hospitalària urgent, es veu la necessitat de disposar d'uns registres propis que a més de proporcionar un instrument facilitador de la pràctica diària, constitueixin un suport documental on quedi constància de la nostra aportació en aquest àmbit des del punt de vista assistencial, docent i investigador.

Des de la vessant assistencial, és el document on es registren les dades del malalt, la valoració de la persona i les activitats realitzades, al mateix temps, ens permet individualitzar el procés d'atenció en base a avaluar l'eficàcia del cuidatge donat, també ens permet la valoració sistemàtica i la prioritza-ció de problemes.

Per entendre aquest procés, cal definir els conceptes que intervenen en el cuidatge infermer, d'una banda el concepte de persona com eix principal de la pràctica infermera i d'altra banda el concepte de salut, que ens permet el desenvolupament de les funcions pròpies infermeres, ja que identifica el propòsit i l'àmbit de la nostra professió.

El receptor del cuidatge infermer és la persona, tant individualment, com for-mant part d'una família, grup o comunitat. La persona s'ha de contemplar amb una perspectiva global i única, tenint en compte la seva dimensió bio-lògica, social, psicològica, cultural i familiar, sense oblidar la seva individua-litat i independència . Es contempla la persona amb un problema de salut i no el problema de salut en si mateix.

L'individu es relaciona amb l'entorn i desenvolupa mecanismes d'adaptació. Aquesta interacció individu-entorn és una peça clau a l'hora d'adequar els recursos necessaris davant d'un problema de salut.

La salut és un concepte dinàmic i segons l'O.M.S. “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.”

Des de la visió integral de la persona/família/comunitat, no hem d'oblidar la responsabilitat professional de la infermera davant dels drets del pacient, els quals ha de respectar, mantenir i fomentar. Aquest drets són:

- Autonomia: dret a ésser un mateix i valorar els propis desigs.
- Llibertat: dret a actuar segons els seus propòsits, sense interferències.
- Veracitat: dret a la informació verídica per a poder decidir (consentiment informat).
- Privacitat: dret a la confidencialitat.
- Beneficència: dret a no rebre danys.
- Fidelitat: dret a mantenir els acords adquirits.

Els conceptes de llibertat, dignitat i igualtat, presents en la definició dels drets humans, han de configurar la pràctica de la professió infermera.

El registre, facilita la transmissió de la informació, serveix com sistema de comunicació entre els professionals, afavoreix el treball en equip i la continuïtat del cuidatge infermer i és un suport documental dels aspectes legals i ètics de l'atenció.

El propòsit d'aquesta guia és ajudar a la infermera que treballa en un Servei d'Urgències a:

- Obtenir la informació necessària del malalt
- Prioritzar els problemes per prendre decisions
- Avaluar críticament l'activitat realitzada
- Desenvolupar l'aspecte científic de la nostra professió
- Facilitar la comunicació i la transferència d'informació intraprofessional i interprofessional

OBJECTIU GENERAL

Elaborar una guia de referència pels Serveis d'Urgències dels Hospitals de Catalunya amb els continguts i criteris bàsics dels registres infermers que facilitin el desenvolupament del cuidatge infermer en aquest àmbit.

OBJECTIUS ESPECÍFICS

Definir els continguts bàsics que han de constar en un registre infermer d'urgències.

Consensuar els continguts i criteris bàsics dels registres infermers, amb els diferents Serveis d'Urgències dels Hospitals de Catalunya.

Unificar els criteris bàsics dels registres infermers.

METODOLOGIA

El treball es va portar a terme en reunions successives des del juny de 2001 al gener de 2004.

El grup de treball es va formar amb infermers experts en l'atenció d'urgències hospitalàries, representant els diferents nivells hospitalaris i els diferents àmbits d'especialitats, va sorgir dins del Grup Intercomarcal dels Serveis d'Urgències dels Hospitals de Catalunya (GISUHC).

Aquest grup de professionals va quedar constituït per:

Sra. Josefina Rovira. *Fundació Althaia de Manresa. Fundació Privada.*

Sra. Montse Cayuela. *Hospital Municipal de Badalona.*

Sr. Toni Trullols. *Pius Hospital de Valls.*

Sra. Pilar Badal i Sra. Teresa Echevarria. *Hospital Clínic de Barcelona.*

Sra. Feli Martínez. *Hospital del Mar de Barcelona.*

Sra. Carmen Giménez, i Lilian Cabistañ. *Hospital Universitari Sant Joan. Societat Anònima i Municipal de Reus.*

Sra. Núria Agramunt. *Hospital Comarcal Mora d'Ebre.*

Sra. Teresa Nicolás. *Fundació Privada-Hospital de Mollet.*

Sra. Júlia Rodon. *Hospital de Viladecans.*

Sra. Montse Aguilar. *Hospital Mútua de Terrassa.*

Els coordinadors del projecte han estat:

Sra. Josefina Rovira. *Fundació Althaia de Manresa. Fundació Privada*

Sr. Toni Trullols. Pius *Hospital de Valls*

Sra. Núria Agramunt. *Hospital Comarcal Mora d'Ebre*

En la primera reunió es varen definir les línies generals del projecte i els objectius: "Elaborar una guia de referència pels Serveis d'Urgències de Catalunya amb els continguts i criteris bàsics dels registres infermers que facilitin el desenvolupament del cuidatge infermer en aquest àmbit".

El projecte conjuntament amb els objectius es varen donar a conèixer a tots el membres de la GISUHC en les reunions periòdiques dels responsables mèdics i infermers dels serveis d'urgències de Catalunya.

Es van establir dos fases metodològiques consecutives:

1.- Metodologia del disseny

2.- Metodologia del consens

1. *Metodologia del disseny*

Els participants del grup de treball varen realitzar una cerca bibliogràfica exhaustiva, varen establir contactes amb les diverses societats científiques: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE); col·legis professionals infermers de Catalunya, escoles universitàries d'infermeria i varen recollir documentació existent en les diferents àrees d'urgències de diversos hospitals de Catalunya.

Analitzant la informació recollida es va arribar a la conclusió de que el disseny del **document de consens** hauria d'agrupar-se en grups genèrics, amb un ordre coherent en el procés assistencial, des de l'arribada del pacient al Servei d'Urgències fins al moment de l'alta.

En un primer moment, els grups genèrics van quedar definits de la següent manera:

- IDENTIFICACIÓ
- DADES GENERALS DEL PACIENT
- DADES GENERALS DELS PROCÉS ASSISTENCIAL
- DADES CLÍNiques
- VALORACIÓ INICIAL
- INTERVENCIIONS INFERMERES

Seguidament aquests grups, es van desglossar en una sèrie d'ítems, considerats com a recomanables i mínims per aconseguir el propòsit de la definició, com són:

1. IDENTIFICACIÓ
 - 1.1 Nom i Cognoms
 - 1.2 Edat
 - 1.3 Sexe
 - 1.4 Núm. Història Clínica
 - 1.5 CIP
 - 1.6 Adreça habitual
 - 1.7 Telèfon particular
2. DADES GENERALS
 - 2.1 Procedència
 - 2.2 Transport
 - 2.3 Acompanyant
 - 2.4 Habitatge
 - 2.5 Idioma habitual
 - 2.6 Objectes personals

3. DADES GENERALS DE PROCÉS
 - 3.1 Temps (Hora)
 - 3.2 Ubicació: Núm. de box
 - 3.3 Personal assistencial
4. DADES CLÍNIQUES
 - 4.1 Motiu de consulta
 - 4.2 Al·lèrgies
 - 4.3 Intoleràncies: medicamentoses / alimentàries.
 - 4.4 Història Clínica bàsica
 - 4.5 Hàbits tòxics
5. VALORACIÓ INICIAL
 - Estat neurològic
 - 5.1 Valoració de l'estat de consciència
 - 5.2 Valoració Glasgow
 - Estat hemodinàmic
 - 5.3 Signes vitals
 - 5.4 Pes / Talla
 - Estat de la pell i mucoses
 - 5.5 Paràmetres
 - Eliminació
 - 5.6 No valorat
 - 5.7 Vesical
 - 5.8 Intestinal
 - 5.9 Pell
 - 5.10 Altres
 - Mobilitat
 - 5.11 No valorat
 - 5.12 No alterada
 - 5.13 Alterada
 - 5.14 Comentaris
 - Estat sensorial
 - 5.15 No valorat
 - 5.16 No alterada
 - 5.17 Alterada
 - 5.18 Comentaris / Observacions
 - 5.19 Valoració del dolor

Conducta

5.20 No valorat

5.21 Manifestacions

6. INTERVENCIIONS D'INFERMERIA.

6.1 Vigilància i control

6.2 Procediments

6.3 Administració de tractament farmacològic

6.4 Pla d'alta

A cada reunió es debatia l'aportació individual de cada participant respecte al contingut de cada grup genèric definit i dels ítems que pertanyien a cada grup; es posava en comú els aspectes o continguts identificats com a vàlids, unificant els coincidents o complementant-los.

Després de les diferents sessions de treball, es va elaborar un primer esborrany del document conjuntament amb una graella de tots els ítems enumerats i desglossats per poder ser consensuats (veure annex -1).

2.- Metodologia del consens

Després d'elaborar el primer esborrany del document "Registres infermers d'Urgències. Guia de recomanacions", conjuntament amb la graella de puntuació amb tots els ítems:

1. Es va procedir a la seva presentació a tots els membres de la GISUHC, en una reunió celebrada al setembre del 2002.
2. Al mes d'octubre 2002, es va remetre la graella i l'esborrany del document al grup consultor de referència, format per professionals d'infermeria, que voluntàriament havien acceptat participar com a col·laboradors per a la seva revisió i que englobava els diferents àmbits d'especialitats als Serveis d'Urgències: medicina interna, cirurgia, pediatria, psiquiatria, traumatologia, ginecologia.

En aquesta primera volta, el grup consultor va haver d'identificar cada ítem, amb les lletres A, B o C segons el grau d'acceptació:

- A. D'acord amb la totalitat del contingut de l'ítem
- B. D'acord amb les modificacions, explicant cada una de les modificacions
- C. Desacord amb la totalitat.

Pregunta oberta a noves propostes i / o comentaris

Què hi afegiríeu? Què suprimireu?...

La metodologia utilitzada va ser la de grups de consens relacionats amb la metodologia Delphi, es considerarà vàlid un ítem quan existia un 80% de consens sobre ell. El total d'ítems a contestar per graella era de 140.

Hospitals i centres participants en el grup consultor:

1. Hospital Mútua de Terrassa.
2. Hospital Arnau de Vilanova de Lleida.
3. Hospital General de Vic.
4. Hospital del Mar de Barcelona.
5. Hospital de Figueres-Centre Hospitalari de L'Alt Empordà.
6. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge-Hospital Prínceps d'Espanya.
7. Fundació Althaia. Hospital Sant Joan de Deu de Manresa.
8. Hospital Clínic Barcelona. Consorci Sanitari Clínic.
9. Hospital Casa Maternitat. Consorci Sanitari Clínic.
10. Hospital General de la Vall d'Hebron.
11. Hospital de Traumatologia i Rehabilitació de la Vall d'Hebron.
12. Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebron.
13. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona.

Una vegada incorporades les modificacions suggerides al document, es va elaborar una nova graella (annex- 2) i es va contactar amb 54 centres per tal de passar una segona volta amb un 2n. grup de consens.

Dels 54 centres amb els que es va contactar, van respondre un total de 38.

Hospitals i centres participants en el 2n grup de Consens:

1. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.
2. Serveis Assistencials d'Amposta.
3. Hospital Universitari de Sant Joan Societat Anònima Municipal, Reus.
4. Hospital Comarcal Mora D'Ebre.
5. Hospital de Campdevàdol-Hospital Comarcal del Ripollès.
6. Hospital Sant Jaume d'Olot.
7. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.

8. Centre Hospitalari Unitat Coronària de Manresa-Fundació privada.
9. Hospital de Figueres-Centre Hospitalari de l'Alt Empordà.
10. Hospital Clínic de Barcelona-Consorci Sanitari Clínic.
11. Hospital del Mar de Barcelona.
12. Hospital Dos de Maig de Barcelona.
13. Fundació Privada Hospital de Mollet.
14. Hospital de Barcelona-SCIAS.
15. Hospital de Viladecans.
16. Hospital Municipal de Badalona, S.A.
17. Fundació Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona.
18. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès.
19. Pius Hospital de Valls.
20. Hospital Sagrat Cor de Barcelona.
21. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.
22. Consorci Sanitari Clínic. Urgències Carrer València.
23. Hospital Nostra Senyora de Meritxell d'Andorra.
24. Hospital de Sant Boi.
25. Hospital Residència Sant Camil.
26. Hospital de l'Esperit Sant.
27. Hospital Comarcal de la Selva.
28. Hospital Sant Jaume de Calella.
29. Hospital Comarcal Sant Bernabé.
30. Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell.
31. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge-Hospital Prínceps d'Espanya.
32. Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebron.
33. Hospital de Puigcerdà-Centre Hospitalari de la Cerdanya.
34. Fundació Hospital-Asil de Granollers.

- 35. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.
- 36. Hospital Comarcal del Pallars.
- 37. Centre d'Urgències Pere Camps.
- 38. Hospital de l'Esperança.

Igual que en la primera volta, cada integrant del grup de consens havia de identificar cada ítem de la graella amb les lletres A, B o C segons el grau d'acceptació.

- A. D'acord amb la totalitat del contingut de l'ítem
- B. D'acord amb modificacions, explicant cada una de les modificacions
- C. Desacord amb la totalitat.

Pregunta oberta a noves propostes i / o comentaris

Què hi afegiríeu? Què suprimiríeu?...

En aquesta fase la tècnica utilitzada va ser també la Delphi, validant els ítems amb un 80% de consens sobre el mateix. Aquests qüestionaris (graelles) van ser remesos per correu electrònic i correu postal al Grup de Treball, en els terminis establerts durant els mesos de gener i febrer 2003. El total de graelles contestades va ser de 108 i 4 de nul·les.

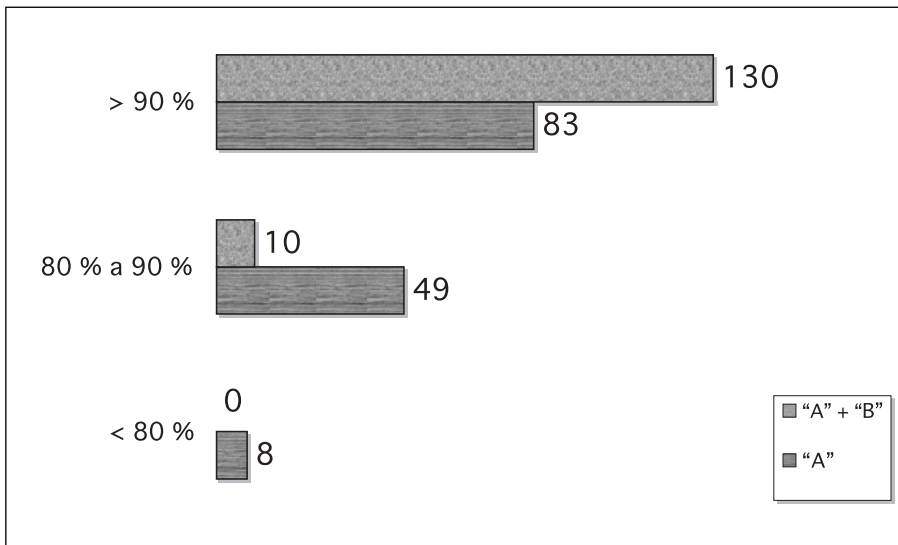
A l'igual que en altres treballs, aquest document restarà obert a la seva revisió i adaptació a mesura que la mateixa pràctica assistencial i/o evidència científica així ho indiqui.

RESULTATS DEL GRUP DE CONSENS

1. PRIMERA VOLTA

- Es van convocar a participar en aquesta primera volta, grup consultor, 13 Centres Hospitalaris.
- Van respondre a les graelles els 13 centres invitats a participar.
- Es van recollir un total de 27 graelles.
- Cada graella constava d'un total de 140 ítem per respondre.

Respostes	< 80 %	80 % a 90 %	> 90 %
" A "	8	49	83
" A " + " B "	0	10	130



Índex de participació:

$$IP = \frac{\text{Núm. hospitals que participen}}{\text{Núm. hospitals convocats a participar}} \times 100$$

$$IP = \frac{13}{13} \times 100 = 100 \%$$

Percentatges:

$$\frac{\text{Núm. ítem que supera "x" \%}}{\text{Núm. ítems totals que formen la graella}} \times 100$$

D'acord amb la totalitat "A":

- El 5,7 % no superen el 80 % establert per validar els ítems.
- El 35 % es troben entre el 80 i el 90 % d'acceptació.
- El 59,3 % restant supera el 90 % d'acceptació.

Si ajuntem "A" + "B" (d'acord amb la totalitat, mes d'acord amb modificacions) els resultats serien els següents:

- No hi ha cap ítem que no superi el 80 % establert per la validació.
- Un 7,2 % dels ítems es troben entre el 80 i el 90 % d'acceptació.
- El 92,8 % superen el 90 % d'acceptació.

Per aquesta raó, la graella de la segona volta va ser modificada respecte de la primera en el canvi d'algunes explicacions dels ítems, es van afegir ítems nous que el grup consultor va aportar i es va eliminar algun.

Després de la revisió del grup consultor, vàrem trobar com aportacions més rellevants dels Serveis d'Urgències més especialitzats, la informació referida a:

Puntuació E. Glasgow

Valoració pupil·lar

Immobilitzacions extrahospitalàries, en tots els pacients traumàtics

Descripció de les condicions en el transport prehospitalari: suport respiratori, accessos venosos

Hematomes

Descripció del dolor

Mesures emprades per tal de garantir la seguretat física del pacient amb patologia psiquiàtrica.

Conducta de risc

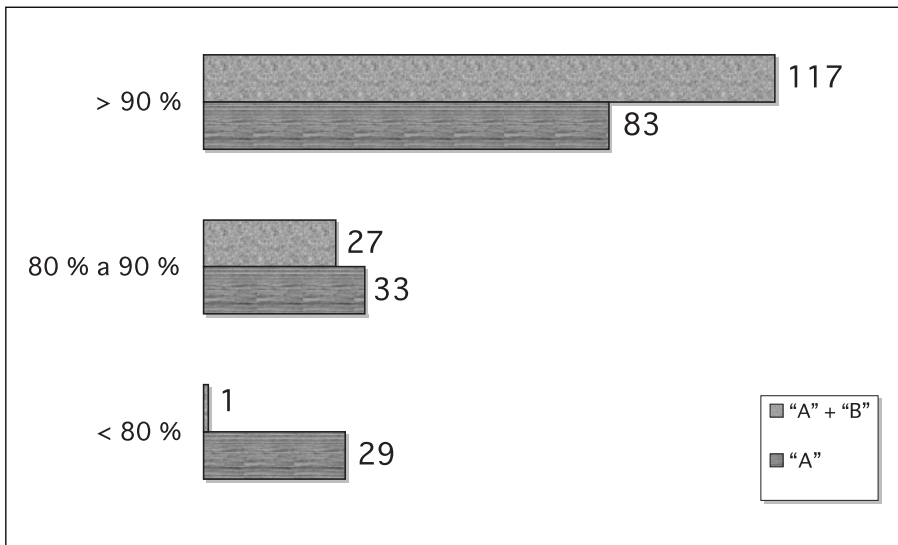
Informació del procés

SEGONA VOLTA

El número d'hospitals convocats a participar en aquesta segona volta va ser de 54, dels quals van respondre 38 centres.

El número de graelles rebudes és de 112 (108 vàlides + 4 nul·les) i estaven formades per 145 ítems per contestar.

Respostes	< 80 %	80 % a 90 %	> 90 %
" A "	29	33	83
" A " + " B "	1	27	11



Índex de participació:

$$IP = \frac{\text{Núm. hospitals que participen}}{\text{Núm. hospitals convocats a participar}} \times 100$$

$$IP = \frac{38}{54} \times 100 = 70,37 \%$$

Percentatges:

$$\frac{\text{Núm. ítem que supera "x" \%}}{\text{Núm. ítems totals que formen la graella}} \times 100$$

D' acord amb la totalitat "A":

- El 20 % no superen el 80 % establert per validar els ítems.
- El 22,75 % es troben entre el 80 i el 90 % d'acceptació.
- El 57,25 % restant supera el 90 % d'acceptació.

Si sumem "A" + "B" (d'acord amb la totalitat, més d'acord amb modificacions) els resultats serien els següents:

- Un 0,7 % dels ítems no supera el 80 % establert per la validació.
- Un 18,6 % dels ítems es troben entre el 80 i el 90 % d'acceptació.
- El 80,7 % superen el 90 % d'acceptació.

Entre la primera i segona volta van respondre a les graelles un total de 45 hospitals o centres d'urgències dels 60 hospitals que van ser consultats.

$$IP = \frac{45}{60} \times 100 = 75 \%$$

Després de la revisió per part d'aquest 2n. grup de consens, (38 centres) es van afegir modificacions relacionades amb:

- L'extensió i profunditat de les nafres
- Localització del dolor, mecanismes que el milloren o l'aguditzen...
- Consentiment informat
- DUR (Data de l'última regla)

ÍTEMS CONSENSUATS

En aquest apartat es defineixen cadascun dels ítems consensuats pel registre de l'acollida del malalt a urgències, per tal de deixar constància documental dels cuidatges donats al malalt.

Inclou la Valoració inicial; que permet la priorització dels problemes de salut, la planificació de les cures; i l'avaluació contínua de les mateixes.

1. IDENTIFICACIÓ

La identificació és un element bàsic de seguretat del malalt, que ens permet la individualització des de l'inici de l'assistència, sigui quin sigui el sistema o circuit utilitzat. És un requeriment imprescindible que hi consti en totes les assistències i es recomana verificar les dades amb el propi malalt o família.

També és cert que en l'atenció urgent ens arriben pacients en els que no és possible recollir aquestes dades en el moment de l'arribada degut a l'estat o gravetat del malalt i en aquest cas recomanem identificar al malalt d'una forma genèrica segons les normatives de cada centre (codi d'identificació, número d'assistència ...).

IDENTIFICACIÓ:

Dades que fan referència a la identitat del pacient. Aquestes dades és possible que constin a l'etiqueta d'identificació del malalt.

1.1	Nom i Cognoms	Nom i cognoms de la persona que fa la demanda d'assistència.
1.2	Edat	Edat de la persona que fa la demanda d'assistència.
1.3	Sexe	Sexe del pacient. Aquesta dada és imprescindible en els pacients estrangers, perquè en ocasions només és possible identificar el sexe de la persona per desconeixement de la llengua (asiàtic, àrab, africà...).
1.4	Núm Història Clínica	Número de l'historial clínic del pacient, si hi ha història clínica oberta en el centre.
1.5	CIP	Codi d'Identificació Personal de la Targeta d'Identificació Sanitària (TIS), en la xarxa sanitària pública.
1.6	Adreça habitual	Domicili habitual de la persona que fa la demanda d'assistència (carrer, pis, població ...).
1.7	Telèfon	Número de telèfon particular de la persona que sol·licita l'assistència.

2. DADES GENERALS

Aquests són els elements que ens donen informació de la capacitat d'autocura del malalt i que poden condicionar els circuits d'ingrés i d'alta del servei:

- Conèixer la procedència, ens pot donar informació de l'existència de valoracions prèvies en un altre nivell assistencial (Atenció primària, Altre

centre...) en el que ens podem posar en contacte, si és necessari, amb altres professionals.

- El tipus de transport, també ens pot ajudar a l'organització interna, tant el moment de l'ingrés al servei (entrada directa, sala d'espera...), com en el moment de l'alta donat que ens permet planificar les demandes de recursos externs (ambulància, avisar algun familiar ...).
- El tenir acompanyants facilitarà establir la comunicació a l'hora de donar i rebre informació dels malalts i planificació de l'alta del servei.
- El conèixer els condicionats de suport habituals en el domicili, o habitatge, pot ser un ajut a l'hora de valorar les necessitats de la cura o autocura del malalt.
- La comunicació verbal és el tipus de expressió habitual del malalt en que ens manifesta el problema de salut, per tant conèixer l'idioma és un factor important que ens permet posar en marxa recursos adequats (traductor...).
- El control dels objectes personals, és un altre factor important a tenir en compte, donat que són els centres i el personal els responsables dels mateixos quan són retirats, per tant cal deixar constància escrita de la custòdia al centre o bé si són lliurats a la família i/o acompanyants, utilitzant els circuits propis de cada centre.

DADES GENERALS:

Dades que fan referència al pacient, relacionades amb la demanda d'assistència.

2.1	Procedència: Qui ha derivat el pacient al servei d'urgències.	
	2.1.1 IP: Iniciativa pròpia	Ell mateix fa la demanda al servei d'urgències.
	2.1.2 MC:	El malalt és derivat pel seu Metge de Capçalera.
	2.1.3 CS: Centre Sanitari	El malalt és derivat d'un altre centre sanitari
	2.1.4 Res: Residència	El malalt és derivat des d'un Geriàtric o altre institució (Centres de desintoxicació, Centres de disminuïts...).
2.1.5 Altres	El malalt és derivat per un altre organisme o institució que no queda reflectida en els apartats anteriors: Cossos de Seguretat, Centre escolar, Transport primari, serveis o unitats del propi centre....	

2.2	Transport: Mitjà de transport utilitzat per arribar al servei d'urgències. Aquesta dada ens pot ajudar a planificar l'alta del malalt.	
	2.2.1 Propi	Ha utilitzat un vehicle particular.
	2.2.2 Ambulància	Ha utilitzat el serveis d'ambulàncies.
	2.2.3 Altres	Ha utilitzat qualsevol altre tipus de vehicle públic: Servei de taxi, autobús, Cossos de Seguretat...

2.3	Acompanyant: Aquesta dada ens dóna informació de qui ha acompanyat al malalt al servei d'urgències. Ens permet planificar l'estada del malalt al servei, facilitar el contacte del malalt amb la família o acompanyant. També ens permet assegurar i garantir la informació del malalt a l'arribada, durant l'estada i a l'alta del servei.	
	2.3.1 Sol	El malalt ve a urgències sense cap acompanyant.
	2.3.2 Família	El malalt ve a urgències acompanyat per algun membre de la família.
	2.3.3 Altres	El malalt ve acompanyat per algun amic, cuidador. En els nens menors d'edat es recomana el nom dels pares i/o tutors.
	2.3.4 Tel. Contacte	Número de telèfon o telèfons de la persona o familiars amb el que ens podem posar en contacte des de l'Hospital.

2.4	Suport socio-familiar: Situació del pacient en quant a suport familiar o d'altres i quines són les possibilitats d'autocura del malalt. Ens ajudarà a planificar l'alta	
	2.4.1 Sol	El malalt viu sol.
	2.4.2 Família	El malalt viu acompanyat.
	2.4.3 Residència	El malalt viu en un Geriàtric o altra institució.
	2.4.4 Altres	El malalt que no viu en cap de les altres situacions: indigent, transeünt ...

2.5	Idioma/ comunicació	Indica quina és la llengua, que ens permetrà establir la comunicació verbal amb ell. Aquesta dada ens permetrà, si cal, posar en marxa altres recursos (necessitat de traductor
-----	--------------------------------	---

2.6	Objectes personals	Registre escrit dels objectes personals i de valor del malalt que són retirats pel personal quedant en custòdia o bé són lliurats als acompanyants o altres persones de referència alienes al centre. Facilitarà el control dels objectes personals: pròtesis, rellotges, cadenes... en el moment de l'alta del servei.
-----	---------------------------	--

DADES GENERALS DE PROCÉS

Aquest apartat inclou el registre, tant de la temporització de l'acte assistencial com de la seva localització, espai físic, així com del personal responsable del malalt durant l'estada al servei.

DADES GENERALS DE PROCÉS:

Dades que fan referència a l'estructuració i organització de cada centre en el procés assistencial dels nostres usuaris

3.1	Temps Temporització (hora) en que s'inicien les etapes del procés d'atenció en el servei d'urgències. Els temps que s'enregistraran estaran en funció dels protocols d'atenció propis de cada centre.	
	3.1.1 Data i Hora del registre de la URG	Moment que la persona fa la demanda d'assistència, el dia i l'hora.
	3.1.2. Hora de Valoració a l'arribada	Hora en que el malalt és valorat per personal assistencial. En els centres on està establerta la tria, és aquesta l'hora de la valoració.
	3.1.3. Hora de l'inici de l'assistència	Hora d'inici de l'atenció infermera.
	3.1.4. Hora de Sortida	Hora en què el malalt abandona el servei després de ser donat d'alta.

3.2	Ubicació:/ Nº box	Identificació del lloc (box, sala, àrea...) on està ubicat el malalt, número, lletra etc.
-----	------------------------------	---

3.3	Personal assistencial	Fa referència al personal que dona l'atenció al malalt durant l'acte assistencial fins que es donat d'alta del servei.
	3.3.1 Infermera responsable	Identificació de la infermera que atén la urgència (el nom i cognom, el codi d'identificació...), segons el reglament intern de cada centre.
	3.3.2. Metge responsable	Identificació del metge que atén la urgència (el nom i cognom, el codi d'identificació...), segons el reglament intern de cada centre.

DADES CLÍNQUES

Aquest apartat fa referència a les dades que, a través de l'entrevista al malalt o família, donen informació de l'estat de salut de l'individu, tant el problema de salut actual que ha desencadenat la demanda d'assistència, com els antecedents clínics rellevants.

Els hàbits tòxics s'inclouen en aquest apartat com una dada relacionada amb els problemes de salut que pateix el malalt. També és cert que podria haver-se situat en un altre apartat, com la conducta del malalt però aquest és un dels aspectes que quedaran en funció del criteri de cada centre.

DADES CLÍNQUES:

Dades que fan referència al problema de salut actual del malalt i als seus antecedents clínics, que ens orienten el maneig i les cures del propi malalt.

4.1	Motiu de consulta	Motiu o problema de salut que la persona manifesta, pel qual fa la demanda d'assistència, expressat en signes i símptomes, o bé la transcripció de l'orientació diagnòstica si ve derivat per un altre professional o centre. Si es coneix, especificar el mecanisme de lesió (accident de trànsit, precipitat, agressió, autolesió...)
-----	--------------------------	--

4.2	Al·lèrgies	Possibles al·lèrgies medicamentoses, alimentàries, de contacte, ambientals... És una dada de seguretat.
-----	-------------------	--

4.3	Intoleràncies medicaments/ aliments	El que el malalt no tolera com pot ser algun aliment o medicament. És una dada de seguretat.
-----	--	---

4.4	Història Clínica bàsica: Dades clíniques del malalt fins el moment de l'urgència.	
	4.4.1 Antecedents mèdics	Relació de patologies mèdiques i/o psíquiques que ha patit el malalt i les patologies actuals.
	4.4.2. Antecedents quirúrgics	Relació d'intervencions quirúrgiques que ha sofert el malalt.
	4.4.3 Medicació habitual: dosi/freqüència/ última dosi	Relació de medicaments que el malalt pren actualment, la dosi i quantitat, la freqüència i quina ha estat l'hora de l'última presa, per tal d'evitar la sobre o manca de dosificació del tractament.
	4.4.4. Vacunació	Relació de les vacunes administrades al malalt en relació al grup d'edat i motiu de consulta, i la data en que va ser vacunat, sobre tot en les vacunes que no són de dosi única.

4.5	Hàbits tòxics Aquesta dada fa referència al consum habitual o sistemàtic de substàncies tòxiques que intervenen en el manteniment de la salut del malalt.	
	4.5.1 No valorat	El professional en funció del motiu pel qual sol·licita l'assistència, decideix no valorar aquest ítem.
	4.5.2. Alcohol	Hàbit de beure begudes alcohòliques
	4.5.3 Tabac	Hàbit de fumar
	4.5.4 Altres	Consum habitual d'altres tipus de drogues

VALORACIÓ INICIAL

La valoració inicial és el primer pas en el procés infermer, donat que la nostra actuació posterior ve determinada per la informació recollida en

aquesta fase i ens permet recollir les dades globals de les respostes de la persona davant la malaltia.

Un element de valoració introduït en aquest apartat és el paràmetre de no valorat com un element de valoració més. És important prendre aquesta consideració ja que si acceptem que el que no està registrat és com “no fet”, és indispensable que quan els professionals decidim no valorar-ho, també quedi constància en els registres. Forma part del nostre rol prendre decisions, bé perquè actuem des de la vessant autònoma o bé perquè actuem des de la vessant de col·laboració, aplicant procediments o protocols consensuats.

En referència a les manifestacions agudes, que estan incloses en algun dels apartats de la valoració inicial, és amb l'interès que quedi reflectit en els registres les possibles alteracions que presenta la persona. És possible que aquest registre quedi reflectit en el motiu de la consulta, pel que cada centre valorarà la ubicació d'aquest criteri.

Així doncs la descripció dels ítems proposats en la valoració inicial, és la següent:

VALORACIÓ INICIAL

Valoració de l'estat general i resposta de la persona davant el problema de salut a l'arribada al servei d'urgències.

Estat neurològic

Estat neurològic del malalt i el tipus de resposta. En pacients pediàtrics, s'hauran d'adaptar les escales de valoració segons l'edat.

Aquest paràmetre és imprescindible, sempre serà valorat.

5.1	Valoració de l'estat de consciència: Tipus de resposta del malalt a l'arribada.	
5.1.1	Conscient	La persona té capacitat de resposta davant d'estímul.
5.1.2	Obnubilat	La persona té una disminució de la capacitat de resposta amb turbulència i lentitud de pensament.
5.1.3	Inconscient	La persona té manca de consciència, no hi ha capacitat de resposta davant els estímuls.
5.1.4	Orientat	La persona pren consciència de la seva situació en l'espai (orientació espacial) o en el temps (orientació temporal).
5.1.5	Desorientat	La persona perd la capacitat de situar-se un mateix en l'espai i en el temps.
5.1.6	Altres	Permet descriure qualsevol signe o manifestació que no estigui descrita anteriorment (Amnèsia, tipus...)
5.2	Valoració Glasgow: Mesura objectiva de l'estat de la consciència, en el que és valorat el tipus de resposta, verbal, sensitiva i motora, davant els estímuls.	
5.2.1.	No valorat	El professional en funció del motiu pel qual sol·licita l'assistència, decideix no valorar aquest ítem.
5.2.2.	Puntuació E.G.	Mesura del nivell de consciència segons l'Escala de Glasgow i en el nen segons l'edat.
5.3	Valoració pupil·lar:	Descripció de l'estat de les pupil·les: reactivitat, mida, simetria ...

Estat hemodinàmic			
Estat i/o resposta física de la persona davant una possible alteració en el seu estat de salut.			
5.4	Signes vitals:		
	La mesura dels signes vitals es realitzarà en funció de la sospita de patologia o el problema de salut del malalt.		
	Els paràmetres mesurats imprescindibles es realitzaran segons els protocols clínics d'actuació definits en cada centre		
	5.4.1.	No valorat	El professional en funció del motiu pel qual sol·licita l'assistència, decideix no valorar aquest ítem
	5.4.2	TA	Mesura de la Tensió Arterial (sistòlica i diastòlica).
		Fc:x' Valor/tipus	Mesura de batec cardíac en un minut i el tipus. Així com el registre del ritme (rítmic /arítmic) com la intensitat (fort /dèbil).
Fr:x' Valor/patró		Mesura del cycle respiratori en un minut i el patró respiratori, tiratge, aleteig...	
Sat O2		Mesura perifèrica del nivell d'oxigenació capil·lar.	
	T ^o corporal	Mesura de la temperatura corporal (axil·lar, rectal òtica...) del malalt en relació a la termoregulació. Aquest paràmetre es mesurarà segons el motiu de la consulta.	
5.5	Pes/Talla		
Mesura antropomètrica del malalt.			
Aquest paràmetre és indispensable en els pacients pediàtrics, donat que la dosificació de la medicació està en funció del pes i segons el motiu de la consulta.			

Estat de la pell i mucoses			
Valoració de l'estat de la pell en relació a la perfusió dels teixits, l'oxigenació, l'eliminació i la seva integritat.			
Aquest paràmetre és indispensable en tota exploració física del malalt, tot i que l'existència d'edemes o l'alteració de la integritat es valoraran segons el motiu de consulta.			
5.6	Paràmetres		
	5.6.1 Coloració	Rosada	Presenta una bona oxigenació i perfusió dels teixits que provoca una coloració rosada de la pell.
		Pàl·lida	Presenta coloració blanquinosa dels turguments per una manca d'irrigació dels teixits.

		Cianòtica	Presenta una coloració blavosa de la pell que pot ser produïda per una oxigenació deficient de la sang o per un augment de la utilització d'oxigen.
		Ictèrica	Presenta un augment de la bilirrubina circulant, que provoca l'aparició d'un color groguenc a la pell, mucoses i a l'escleròtica.
		Altres	Permet descriure qualsevol manifestació que no estigui descrita anteriorment.
5.6.2	Turgència	Hidratada	Hi ha una quantitat equilibrada d'aigua a la pell.
		Deshidratada	Disminució de la quantitat d'aigua de la pell. Presenta una disminució de la resistència de la pell.
		Edemes	Existència d'un excés de líquid a l'espai intersticial, i indicarem on estan localitzats.
5.6.3	Integritat	Integritat	Íntegra. No hi ha cap pèrdua de continuïtat de la pell.
		Erosions	Destrucció d'un teixit orgànic per fricció, compressió i corrosió.
		Ferides	Lesions traumàtiques causades a l'organisme per mitjans mecànics i caracteritzades per la interrupció de la continuïtat normal de les estructures de la pell.
		Hematomes	Acumulació de sang extravasada en els teixits de la pell.
		Cremades	Lesions tisulars produïdes per l'acció de la calor o el fred, agents químics, radioactius o elèctrics.
		Nafres	Solució de continuïtat amb pèrdua de substància d'un teixit orgànic, generalment la pell.
<i>Quan hi hagi una pèrdua de continuïtat anotarem la localització, extensió i profunditat.</i>			
5.6.4	Higiene		Registrarem la informació de les possibles mancances o dèficits.
Eliminació Possibles alteracions en relació a l'eliminació			
5.7	No valorat		El professional en funció del motiu pel qual sol·licita l'assistència, decideix no valorar aquest ítem.
5.8	Vesical: Possible alteració en l'eliminació vesical i a les possibles mesures correctores o de suport.		
	5.8.1	No alterada	No hi ha alteració en l'eliminació.

	5.8.2. Alteració	El pacient presenta qualsevol problema en l'evacuació d'orina: incontinència, retenció aguda d'orina ...)
	Ritme miccional	Ritme de la micció amb augment o disminució de la freqüència.
	Aspecte	Transparència i coloració de l'orina.
	5.8.3 Altres	Qualsevol tipus d'alteració en relació a l'eliminació vesical, mesures de suport (sonda vesical, sonda suprapúbica, bolquers..). Si el pacient és portador de sonda vesical anotarem la causa del sondatge. És important fer constar la data de col·locació si es coneix.
5.9	Intestinal Alteració en l'eliminació intestinal per excés o per defecte.	
5.9.1.	No alterada	No hi ha alteració en l'eliminació.
5.9.2.	Alteració	El pacient presenta qualsevol problema en l'evacuació intestinal.
	Ritme DPS	Ritme de les deposicions amb augment o disminució de la freqüència.
	Aspecte	Consistència i coloració de la femta.
5.9.3.	Altres	Permet registrar qualsevol tipus d'alteració referent a l'eliminació intestinal, per exemple portadors de colostomia.
5.10	Cutània: Resposta de la persona en relació a l'eliminació cutània.	
	Sudoració	Eliminació de fluids a través de la pell.
5.11	Altres Permet descriure qualsevol tipus d'alteració referent a l'eliminació (vòmits, relaxació aguda d'esfínters, pèrdues vaginals, data de l'última regla ...)	

Mobilitat Existència o no d'alguna disfunció en relació a la mobilitat de la persona o d'alguna part del cos.		
5.12	No alterada	El malalt no té cap alteració en la seva mobilitat.
5.13	Alterada	El malalt presenta alguna alteració en la seva mobilitat.
	5.13.1 Aguda	Hi ha una alteració relacionada amb el motiu de la consulta....

		És possible que aquest registre quedi reflectit en el motiu de la consulta, pel que cada centre valorarà la ubicació d'aquest criteri
5.13.2	Crònica	Nivell de dependència habitual (parcial o total) del malalt en quant a la seva mobilitat no relacionada amb el motiu de la consulta.
5.14	Observacions Permet descriure qualsevol dada en relació a la seva mobilitat (embenat, mesures d'immobilització, contenció mecànica ...).	

Estat sensorial Existència o no d'alteració en la comunicació en relació a l'adequació dels sentits		
5.15	No alterada	No hi ha alteració en el sentit de la vista /oïda /o parla.
5.16	Alteració	Disminució o pèrdua parcial / total de la funció en el sentit de la vista /oïda /o parla.
	5.16.1 Aguda	Pèrdua relacionada amb el motiu de la consulta (pèrdua de la visió, acúfens, afàsia ...) És possible que aquest registre quedi reflectit en el motiu de la consulta, pel que cada centre valorarà la ubicació d'aquest criteri
	5.16.2 Crònica	Pèrdua no relacionada amb el motiu de la consulta (ceguesa, hipoacusia)
5.17	Observacions	Permet descriure qualsevol dada en relació al dèficit sensorial, tipus d'alteració, dispositius de suport o ajuda (pròtesis auditives, ulleres ...).

5.18.	Valoració del dolor: Correspon a la mesura objectiva de la intensitat del dolor, manifestat per el propi individu, que ens permetrà el seguiment i l'avaluació de les mesures aplicades.	
	5.18.1. No valorat	El professional en funció del motiu pel qual sol·licita l'assistència, decideix no valorar aquest ítem.
	5.18.2 Puntuació (Escala)	Mesura del nivell de dolor segons l'Escala de valoració adoptada en cada centre.
	5.18.3 Descripció	Intensitat, localització, irradiació, tipus, durada ..., i els factors que ho alleugereren o agreugen.

Conducta:		
Resposta conductual de la persona davant el seu estat de salut i com ho manifesta. En pacients pediàtrics, s'hauran d'adaptar les conductes i manifestacions segons l'edat del nen (irritable, hipotònic).		
5.19.	Manifestacions	
	Són els signes objectius /subjectius que presenta el malalt.	
	Tranquil	El pacient es mostra relaxat.
	Conducta alt risc	El pacient presenta conductes d'alt risc per ell o pels altres (família, personal assistencial ...).
	Angoixat	El pacient expressa temor, por i està preocupat.
	Deprimat	El pacient expressa estar desanimat, plorós, trist ...
	Agitat	El pacient està en un estat d'excitació /agitació
	Nerviós	El pacient no està tranquil, ni relaxat....
	Apàtic	El pacient mostra indiferència.
Altres	Permet descriure qualsevol manifestació que no estigui descrita anteriorment, per ex: el plor en pacients pediàtrics, sospita de maltractaments ...	

Activitats extrahospitalàries		
Cures i intervencions aplicades al malalt en un altre nivell assistencial, primària, prehospitalària ...		
5.20.	Procediments i/o intervencions extrahospitalàries	
	Descripció de les tècniques, tractaments i controls realitzats al malalt en l'atenció extrahospitalària, abans de l'arribada al Servei d'Urgències.	
	5.20.1 Suport ventilatori	Tipus de dispositius i mesures de suport de la via aèria (mascaretes, ulleres nasals)
	5.20.2 Immobilitzacions	Tipus de dispositius d'immobilització aplicats i la seva localització (collarets cervicals, tipus de fèrules i localització...)
	5.20.3 Accessos venosos	Vies canalitzades al malalt, tipus, localitzacions....
5.20.4 Altres	Mesures aplicades si es coneixen: tractaments, controls hemodinàmics... És possible que aquesta informació estigui reflectida en els informes extrahospitalaris, per tant es podria adjuntar aquesta documentació en els registres d'urgències, en funció dels protocols de cada centre.	

INTERVENCIONS INFERMERES

Aquest apartat fa referència a la realització de qualsevol tractament basat en el coneixement i el judici clínic que la infermera aplica per afavorir el resultat esperat en el malalt. Inclouen tant les cures directes que consisteixen en el tractament realitzat a través de la interacció amb el pacient com les indirectes, les quals es realitzen lluny del pacient però en el seu benefici inclouent el cuidatge dirigit a l'ambient que envolta el malalt i la col·laboració interdisciplinària.

Cada intervenció porta implícites una sèrie d'activitats infermeres entenent com a activitat les accions específiques que realitza la infermera i que ajuden al pacient a avançar cap al resultat desitjat.

Les intervencions s'inclouen en el document per ordre cronològic d'intervenció en el procés assistencial, amb l'objectiu de garantir la informació bàsica en els registres escrits.

Cadascuna de les accions i intervencions, s'han de registrar per la infermera que les realitza, doncs en ocasions la infermera responsable pot ser que rebí suport d'un altre professional, bé sigui per l'estat crític del pacient o bé pel solapament d'activitats.

INTERVENCIONS INFERMERES

6.1.	Vigilància i Control	Registre de l'evolució de l'estat del malalt i el seguiment de la seva resposta en front les teràpies i cures donades durant l'estada en el nostre servei.
6.1.1	Monitoratge	Activitats realitzades que fan referència als controls hemodinàmics i neurològics, segons l'estat del malalt i protocols del centre.
6.1.2	Evolució	Seguiment i registre de la resposta del malalt a les intervencions i cures proporcionades durant l'assistència.
6.1.3	Mesures de prevenció	Mesures aplicades al malalt segons el risc de patir lesions (Risc de caigudes, mesures de contenció ...), segons els protocols de cada centre.

6.2.	Procediments	Registre de les activitats en les que la infermera utilitza les habilitats específiques, per aplicar tècniques necessàries per la prestació de les cures infermeres relacionades amb el rol propi i de col·laboració.
6.2.1	Accions autònomes	Tractament iniciat per la infermera en resposta a un judici o fonament científic decidit per ella i executat en benefici del pacient amb relació als resultats projectats. Descripció de les intervencions realitzades segons el grau d'autonomia del malalt (alimentació, higiene, mobilització...)
6.2.2	Tipus de tècniques i altres teràpies	Accessos vasculars: Tipus, calibre i localització. Sondatges: Tipus i calibre Cures: descripció i localització Embenats: Tipus i localització Registrar l'hora i data de cada activitat
6.2.3	Incidències	Particularitats o dificultats en la realització de les tècniques o procediments. Ex: Dificultat per canalitzar una via, col·laboració del malalt a l'hora de realitzar la tècnica, si ha estat un procediment traumàtic...
6.2.4	Proves complementàries	Proves sol·licitades i /o practicades al malalt, amb finalitat diagnòstica. Ha de quedar enregistrat: • Tipus de prova, data i hora i preparació prèvia si cal, • Registre dels consentiments informats, segons la normativa de cada centre
6.2.5	Altres procediments	Descripció de les intervencions realitzades al malalt segons els protocols del centre (aïllaments, preparació de la pell ...)

6.3.	Administració de tractament farmacològic	Medicació administrada, després de la prescripció mèdica. S'enregistrarà: <ul style="list-style-type: none"> • Tipus de medicament. • Dosificació, via d'administració. • Data i hora de l'administració. • Identificació de la infermera que ha realitzat l'administració del tractament.
------	---	--

6.4.	Informació del procés	Informació del procés d'atenció al malalt i /o família i informació de les cures que se li practicaran, el temps d'espera dels resultats de les proves...
------	------------------------------	---

6.5.	Pla d'alta És el registre de les accions realitzades en la planificació de l'alta del malalt relacionades amb el rol propi i de col·laboració.	
6.5.1	Observacions a l'alta	Permet registrar la informació, dificultats o mancances del malalt detectades per la infermera al ser donat d'alta del servei, i els recursos o circuits que s'han utilitzat (Assistent Social, Atenció primària, PADES...).
6.5.2	Recomanacions pautes de salut	Informació donada al malalt i/o acompanyants de les cures i conducta a seguir al ser donat d'alta del servei. Ex: Cures d'embenats, cures de ferides, control i seguiment dels períodes vacunals, pautes de tractament...
6.5.3	Registre de la documentació lliurada al malalt i o família	Descripció o relació de la documentació lliurada a l'alta: Informe d'alta d'infermeria, recomanacions escrites de les cures a domicili...
6.5.4	Data i hora d'alta del servei	Paràmetre que fa referència a l'hora i data en que el malalt és donat d'alta del servei, pot o no coincidir amb l'hora de sortida (apartat de Dades Generals de procés), segons la dinàmica o protocol de sortida de cada centre.
6.5.5	Destí del malalt	Paràmetre que fa referència a on es derivat el malalt a l'alta del servei.
6.5.6	Infermera responsable a l'alta	Infermera/er que es responsabilitza del tancament de l'episodi o assistència, i acomiada al malalt del servei, després de l'alta mèdica.

CONCLUSIONS

El disseny de la Guia de recomanacions és el resultat d'una necessitat sentida, expressada i desenvolupada pels propis professionals de cara a oferir uns cuidatges de qualitat i en els que l'atenció integral i la continuïtat es constitueixen com característiques fonamentals. S'ha pensat no com un fi en si mateix, sinó com una estratègia que, a través d'uns registres de qualitat, afavoreixi la implantació del procés infermer en urgències amb l'objectiu final d'augmentar la qualitat dels cuidatges.

Es destaca l'elevada participació, interès i suport per part dels professionals infermers en aquest projecte, com ho demostra el que la participació en les enquestes de consens ha estat el 75% respecte als hospitals de Catalunya consultats i l'acceptació de més del 80% dels ítems dels Hospitals participants, el que sembla indicar que, tot i que hi hagin diferències entre els diferents nivells hospitalaris representats, tenim un criteri comú a l'hora d'identificar l'atenció infermera al Servei d'Urgències.

El registre infermer pretén ser **una eina** que ens permet identificar a les infermeres els problemes de salut, planificar les accions destinades a aconseguir els objectius preestablerts i avaluar el nostre treball a través de l'evolució de salut dels nostres usuaris. Aquest **registre sistematitzat** ens possibilita plasmar la informació que es necessita per desenvolupar el projecte d'atenció individualitzada i la constància escrita de l'observació continuada que es realitza, la valoració, la planificació de les accions que s'han de portar a terme, els recursos que s'han de posar en marxa, l'execució del pla de cures i l'avaluació de les mateixes.

La unificació dels continguts dels registre infermers d'urgències a partir de la guia de referència que proposem, facilitarà la realització d'estudis multicèntrics, per tal d'avaluar la qualitat dels nostres registres i l'atenció infermera.

Des del punt de vista **d'investigació i de docència** ofereix la informació necessària per obtenir dades sobre la necessitat de coneixements específics, per així crear programes de formació, estudis científics o activitats docents encaminades a incrementar el coneixement científic i pot contribuir a reafirmar la identitat de la nostra professió.

El disposar d'una eina de treball consensuada juntament amb l'esforç i el grau de compromís professional permetrà millorar la qualitat del cuidatge infermer.

ANNEXOS

ANNEX - 1

PROPOSTA D'ÍTEMS

GRUP INFERMER DE TREBALL.

A: D'acord amb la totalitat; **B:** D'acord amb modificacions; **C:** Desacord amb la totalitat

1.	IDENTIFICACIÓ	A	B	C	PER QUÈ?
1.1	Nom i Cognoms				
1.2	Edat				
1.3	Sexe				
1.4	Núm. Història Clínica				
1.5	CIP				
1.6	Adreça habitual				
1.7	Telèfon				
2.	DADES GENERALS DEL MALALT	A	B	C	PER QUÈ?
2.1	Procedència				
	2.1.1 Iniciativa Pròpia				
	2.1.2 Metge Capçalera				
	2.1.3 Centre Sanitari				
	2.1.4 Residència				
	2.1.5 Altres				
2.2	Transport				
	2.2.1 Propi				
	2.2.2 Ambulància				
	2.2.3 Altres				
2.3	Acompanyant				
	2.3.1 Sol				
	2.3.2 Família				
	2.3.3 Altres				
	2.3.4 Telèfon contacte				
2.4	Habitatge				
	2.4.1 Sol				
	2.4.2 Família				
	2.4.3 Residència				
	2.4.4 Altres				

2.5	Idioma habitual				
2.6	Objectes personals				
3.	DADES GENERALS DE PROCÉS	A	B	C	PER QUÈ?
3.1	Temps				
3.1.1	Data i hora del reg.				
3.1.2	Valoració a l'arribada				
3.1.3	Inici de l'assistència				
3.1.4	Sortida				
3.2	Ubicació: Núm. Box				
3.3	Personal assistencial				
3.3.1	Infermera responsable				
3.3.2	Metge responsable				
4.	DADES CLÍNiques	A	B	C	PER QUÈ?
4.1	Motiu de consulta				
4.2	Al·lèrgies				
4.3	Intoleràncies medicam/ alim.				
4.4	Història Clínica bàsica				
4.4.1	Antecedents mèdics				
4.4.2	Antecedents quirúrgics				
4.4.3	Medicació Habitual				
4.4.4	Estat Vacunal				
4.5	Hàbits tòxics				
4.5.1	No valorat				
4.5.2	Alcohol				
4.5.3	Tabac				
4.5.4	Altres				
5.	VALORACIÓ INICIAL	A	B	C	PER QUÈ?
	Estat neurològic				
5.1	Valoració de l'estat de consciència				
5.1.1	Conscient				
5.1.2	Obnubilat				
5.1.3	Inconscient				
5.1.4	Orientat				
5.1.5	Desorientat				
5.1.6	Altres				
5.2	Valoració del Glasgow				
5.2.1	No Valorat				

Estat hemodinàmic			
5.3	Signes vitals		
5.3.1	No Valorat		
5.3.2	Paràmetres		
	T.A		
	Fc x'		
	Fr x'		
	Sat O2		
	Tº corporal		
5.4	Pes / Talla		
Estat de la pell i mucoses			
5.5	Paràmetres		
5.5.1	Coloració		
	Rosada		
	Pàl·lida		
	Cianòtica		
	Ictèrica		
	Altres		
5.5.2	Turgència		
	Hidratada		
	Deshidratada		
	Edemes		
5.5.3	Integritat		
	Íntegra		
	Erosions		
	Ferides		
	Cremades		
	Nafres		
5.5.4	Observacions		
Eliminació			
5.6	No Valorat		
5.7	Vesical		
5.7.1	No alterada		
5.7.2	Alteració		
5.7.3	Altres		
5.8	Intestinal		
5.8.1	No alterada		
5.8.2	Alteració		

5.8.3	Altres				
5.9	Pell				
5.10	Altres				
Mobilitat					
5.11	No Valorat				
5.12	No alterada				
5.13	Alterada				
5.13.1	Aguda				
5.13.2	Crònica				
	Parcial				
	Total				
5.14	Comentaris				
Estat Sensorial					
5.15	No Valorat				
5.16	No alterada				
5.17	Alteració				
5.17.1	Aguda				
5.17.2	Cònica				
5.18	Comentaris				
5.19	Valoració del dolor				
5.19.1	No Valorat				
5.19.2	Puntuació (ED)				
Conducta					
5.20	No Valorat				
5.21	Manifestacions:				
	Tranquil				
	Angoixat				
	Depressiu				
	Agressiu				
	Nerviós				
	Apàtic				
	Altres				
6.	ACCIONS I INTERVENCIIONS	A	B	C	PER QUÈ?
6.1	Vigilància i control				
6.1.1	Hemodinàmica				
6.1.2	Monitorització				
6.1.3	Evolució				

6.2	Procediments				
6.2.1	Tècniques i alt. Teràpies				
6.2.2	Proves complementàries				
6.2.3	Incidències				
6.3	Adm. de tractament farm.				
6.4	Pla d'alta				
6.4.1	Recom. Pautes salut				
6.4.2	Reg. documentació lliurada				
6.4.3	Observacions a l'alta				
6.4.4	Data i hora d'alta				
6.4.5	Destí a l'alta				
6.4.6	Infermera resp. a l'alta				

A: D'acord amb la totalitat; **B:** D'acord amb modificacions; **C:** Desacord amb la totalitat

Noves propostes i / o comentaris

Què hi afegirieu ? Què suprimireu ?

.../...

ANNEXOS

ANNEX - 2

PROPOSTA D'ÍTEMS

GRUP INFERMER DE TREBALL.

A: D'acord amb la totalitat;

B: D'acord amb modificacions;

C: Desacord amb la totalitat

1.	IDENTIFICACIÓ	A	B	C	PER QUÈ?
1.1	Nom i Cognoms				
1.2	Edat				
1.3	Sexe				
1.4	Núm. Història Clínica				
1.5	CIP				
1.6	Adreça habitual				
1.7	Telèfon				
2.	DADES GENERALS DEL MALALT	A	B	C	PER QUÈ?
2.1	Procedència				
2.1.1	Iniciativa Pròpia				
2.1.2	Metge Capçalera				
2.1.3	Centre Sanitari				
2.1.4	Residència				
2.1.5	Altres				
2.2	Transport				
2.2.1	Propi				
2.2.2	Ambulància				
2.2.3	Altres				
2.3	Acompanyant				
2.3.1	Sol				
2.3.2	Família				
2.3.3	Altres				
2.3.4	Telèfon contacte				
2.4	Habitatge				
2.4.1	Sol				
2.4.2	Família				
2.4.3	Residència				
2.4.4	Altres				
2.5	Idioma / comunicació				

2.6	Objectes personals				
3.	DADES GENERALS DE PROCÉS	A	B	C	PER QUÈ?
3.1	Temps				
3.1.1	Data i hora del reg.				
3.1.2	Valoració a l'arribada				
3.1.3	Inici de l'assistència				
3.1.4	Sortida				
3.2	Ubicació: Núm. Box				
3.3	Personal assistencial				
3.3.1	Infermera responsable				
3.3.2	Metge responsable				
4.	DADES CLÍNiques	A	B	C	PER QUÈ?
4.1	Motiu de consulta				
4.2	Al·lèrgies				
4.3	Intoleràncies medicam/ alim.				
4.4	Història Clínica bàsica				
4.4.1	Antecedents mèdics				
4.4.2	Antecedents quirúrgics				
4.4.3	Medicació Habitual				
4.4.4	Vacunació				
4.5	Hàbits tòxics				
4.5.1	No valorat				
4.5.2	Alcohol				
4.5.3	Tabac				
4.5.4	Altres				
5.	VALORACIÓ INICIAL	A	B	C	PER QUÈ?
	Estat neurològic				
5.1	Valoració de l'estat de consciència				
5.1.1	Conscient				
5.1.2	Obnubilat				
5.1.3	Inconscient				
5.1.4	Orientat				
5.1.5	Desorientat				
5.1.6	Altres				
5.2	Valoració del Glasgow				
5.2.1	No Valorat				
5.2.2	Puntuació				
5.3	Valoració pupil·lar				

Estat hemodinàmic				
5.4 Signes vitals				
5.4.1 No Valorat				
5.4.2 Paràmetres				
T.A				
Fc x'				
Fr x'				
Sat O2				
Tº corporal				
5.5 Pes / Talla				
Estat de la pell i mucoses				
5.6 Paràmetres				
5.6.1 Coloració				
Rosada				
Pàl·lida				
Cianòtica				
Ictèrica				
Altres				
5.6.2 Turgència				
Hidratada				
Deshidratada				
Edemes				
5.6.3 Integritat				
Íntegra				
Hematomes				
Erosions				
Ferides				
Cremades				
Nafres				
5.6.4 Higiene				
Eliminació				
5.7 No Valorat				
5.8 Vesical				
5.8.1 No alterada				
5.8.2 Alteració				
5.8.3 Altres				
5.9 Intestinal				
5.9.1 No alterada				

5.9.2	Alteració				
5.9.3	Altres				
5.10	Cutània				
5.11	Altres				
Mobilitat					
5.12	No alterada				
5.13	Alterada				
5.13.1	Aguda				
5.13.2	Crònica				
5.14	Observacions				
Estat Sensorial					
5.15	No alterada				
5.16	Alteració				
5.16.1	Aguda				
5.16.2	Cònica				
5.17	Observacions				
5.18	Valoració del dolor				
5.18.1	No Valorat				
5.18.2	Puntuació (ED)				
5.18.3	Descripció del dolor				
Conducta					
5.19	Manifestacions:				
	Tranquil				
	Conducta alt risc				
	Angoixat				
	Deprimit				
	Agitat				
	Nerviós				
	Apàtic				
	Altres				
Activitats extrahospitalàries					
5.20	Procediments i/o intervencions				
5.20.1	Suport ventilatori				
5.20.2	Immobilitzacions				
5.20.3	Accessos venosos				
5.20.4	Altres				
6.	ACCIONS I INTERVENCIONS	A	B	C	PER QUÈ?

6.1	Vigilància i control				
6.1.1	Hemodinàmica				
6.1.2	Evolució				
6.1.3	Mesures de prevenció				
6.2	Procediments				
6.2.1	Tècniques i alt. Teràpies				
6.2.2	Incidències				
6.2.3	Proves complementàries				
6.3	Adm. de tractament farm.				
6.4	Informació del procés				
6.5	Pla d'alta				
6.5.1	Recom. Pautes salut				
6.5.2	Reg. documentació lliur.				
6.5.3	Observacions a l'alta				
6.5.4	Data i hora d'alta				
6.5.5	Destí a l'alta				
6.5.6	Infermera resp. a l'alta				

A: D'acord amb la totalitat; **B:** D'acord amb modificacions; **C:** Desacord amb la totalitat

Noves propostes i / o comentaris

Què hi afegiríeu ? Què suprimireu ?

.../...

BIBLIOGRAFIA:

1. Tomás Vidal, Ana M^a. Conceptos básicos para la elaboración de planes de cuidado. *Enfermería Clínica* 1994; 4 (1): 28-35.
2. Blanco Rodríguez JM, Rodríguez Jiménez A, De Luis Lozano I, Rodríguez Pita D, Gómez Auñón J, Fernández Martínez A, Giménez Fernández P. Control de calidad del registro de valoración de Enfermería al ingreso. *Enfermería Científica* 1997; 184-185: 31-33.
3. Bonni Wesoric K. Estándares de Calidad para cuidados de enfermería. Barcelona: Doyma, 1993.
4. Mc Closkey JC, Bulechek GM, et al. Proyecto de Intervenciones Iowa. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (CIE): Nursing Interventions Classification (NIC), 2 ed. Síntesis. Madrid: 2002.
5. Comissió Tècnica per als registres d'infermeria a l'Atenció Hospitalària. Registres d'infermeria en l'Atenció Hospitalària. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya; 1990.
6. Consell Assessor d'Infermeria. La professió d'infermeria. Principis i línies estratègiques. Tríptic informatiu. Barcelona: Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; 2000.
7. Cruz Vicente JC, Navarro Iturri H, Delgado Martín M, Zurinaga Rubio C, Artabe Ikuza A. Calidad del registro de enfermería en el servicio de urgencias del Hospital de Galdakao. *Oiñarri*, 1995; 3: 9-12.
8. DAINS. Estándares para la Práctica de Enfermería de Urgencias. Versión española de la 2^a edición inglesa: Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.
9. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) nº 3303- 11 (01/2001). Llei sobre els drets d'informació concernent a la Salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica.
10. Fernández Angulo MM, Registros de enfermería. *Enfermería Científica*. 1999, (206-207): 20-22.
11. García Martín N, Gutiérrez Palacios MP, Sanz Rosillo C, Varez González E. Registros de Enfermería. *Enfermería Intensiva* 1995; 6: 14-19.
12. García Ordorica R, Gómez Peral P, Ruiz García MV, del Río Saiz F. Proyecto de investigación en los registros de Enfermería. *Notas de enfermería*. 1991; 1(4): 191-201.
13. Gutiérrez de Terán Moreno G. Aspectos legales de los registros de enfermería. *Enfermería Clínica* 1993; 3 (1): 21-24.

14. Herrero Garcia T, Cabrero Cabrero AI, Burgos Martín MR, García Iglesias M, Herranz Fernández AI. Control de calidad en los registros de enfermería. *Enfermería Intensiva* 1998; 9 (1) 10-15.
15. Lise Lemontgne. Dossier de Cuidados. *Revista Rol de Enfermería* 1988; (118): 38-40.
16. Luis MT. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona. Mosby/Doyma; 1996.
17. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Masson; 2000.
18. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica y el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson; 98
19. Busquets Surribas M. Ejercicio Profesional: Responsabilidad ética y legal. *Enfermería Clínica*.1998; 8 (1): 29-33.
20. Serrano Sastre MR. Documentación y cuidados de enfermería: Una perspectiva bibliográfica. *Enfermería Clínica*.1994; 4 (6).272-279.
21. Miro Bonet M, Amorós Cerdá SM, De Juan Sánchez S, Fortea Carbó E, Frau Morro J, Moragues Mas J, et al. Valoración al ingreso del paciente crítico. Indicador de calidad asistencial. *Enfermería Intensiva*. 2000; 11(2): 51-58.
22. González Llinares RM, et al. Indicadores de proceso. Autoevaluación del dossier de enfermería. *Revista de calidad asistencial*. 1999; 14: 29-33.
23. Poletti R, Cuidados de enfermería. Tendencias y conceptos actuales. Barcelona, Rol S.A.; 1980.
24. [www. ampainsoc.org](http://www.ampainsoc.org). Sociedad Americana del dolor.
25. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión (GNEAUPP). Clasificación de las úlceras por presión. *Gerokomos* 1997; VII (22). Suplemento.
26. Pera i Fàbregas I. Aspectes a tenir en compte a l'hora d'omplir els registres d'Infermeria. *Rev. Infermeria Barcelona*. 1999; (18).