

Registros de enfermería de la dieta administrada a los pacientes ingresados en una unidad de semicríticos

Diet Nursery Registrations for patients at Semicritics Care Unit

Valls Matarín, Josefa; Torrico Rodríguez, Raquel; Quintana Riera, Salvador

Hospital Universitario Mútua Terrassa.

Recibido: 24/julio/2015. Aceptado: 10/abril/2016.

RESUMEN

Introducción: Evaluar los registros enfermeros, permite conocer la actividad realizada para detectar precozmente problemas nutricionales.

Objetivo: Valorar y cuantificar los registros enfermeros respecto a la ingesta oral del paciente.

Metodología: Estudio retrospectivo longitudinal en una unidad de semicríticos de 21 camas. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con estancias superiores a 24 horas y con dieta oral. Se excluyeron pacientes con nutrición enteral o parenteral. Se recogieron datos demográficos, diagnóstico médico, tipo de dieta, número de registros de peso, talla, estado de conciencia, cantidad de ingesta y anotaciones en la gráfica.

Resultados: Se valoraron 495 gráficas (184 pacientes), la media de edad fue 64,6 (14,1) años, constaba el tipo de dieta en el 92,7% y en el 62,5% peso y talla. El 84,4% de los registros no incluía ni cantidad ni anotaciones sobre la ingesta. Existió un registro superior en pacientes postquirúrgicos ($p < 0,037$) y según la consistencia de la dieta siendo superior en dietas líquidas ($p < 0,001$).

Discusión: Existe una falta de información sobre la evaluación de la ingesta tanto en cantidad como en la descripción

de problemas ya que la mayoría de registros son puntuales sin describir ninguna planificación o intervención.

Conclusiones: Los resultados son mejorables y enfermería debe revisar su práctica y desarrollar estrategias para asegurar un correcto seguimiento de la ingesta del paciente.

PALABRAS CLAVE

Atención de enfermería, registros de enfermería, cuidados intensivos, registros de dieta, dieta.

ABSTRACT

Introduction: To evaluate nursery records provides information about the activity performed to detect early nutritional problems.

Objective: To evaluate and quantify the nursing records regarding the patient's oral intake.

Methodology: Retrospective longitudinal study in a semicritical unit with 21 beds. There were included patients over 18 years old with stays over 24 hours and oral diet. Patients with enteral or parental nutrition were excluded. There were compiled demographics data, medical diagnosis, type of diet, number of data registered linked to weight, size, consciousness, amount of the intake and notes in the graphic.

Results: 495 graphics were evaluated (184 patients), the mean age 64.6 (14.1) years. The type of diet were registered in 92.7% and 62.5% had the registrations of weight and size. 84.4% of the records did not include annotations or quantity or intake. There was a higher registration in post surgical pa-

Correspondencia:
Josefa Valls Matarín
finavalls@gmail.com

tients ($p < 0,037$) and according to the consistency of the diet. It was superior in the liquid intakes ($p < .001$).

Discussion: There is a lack of information regarding to the evaluation of the intake; so as in the quantity as in the problems description, due to the fact that most of the records were taken isolated without describing any planification.

Conclusions: The results need to be improved. Nursing needs to review its perform and develop its strategy in order to ensure a correct follow up of the patient's intake.

KEYWORDS

Nursing care, nursing records, intensive care, diet records, diet.

INTRODUCCIÓN

Los registros de enfermería son una parte importante dentro de la función asistencial y un soporte documental de la actividad enfermera¹, de hecho la ley 41/2002², obliga a este profesional a registrar la evolución y planificación de los cuidados que lleva a cabo, la aplicación terapéutica realizada y las constantes vitales del paciente, ya que es la evidencia implícita de una atención planificada y administrada^{3,4} y su ausencia puede comportar tanto problemas legales como profesionales⁵.

Comer y beber es una de las necesidades básicas definidas dentro del modelo de enfermería de Virginia Henderson y el conocimiento del estado del paciente durante el proceso de hospitalización en esta necesidad, es función de enfermería, la cual realiza diversas actividades al respecto como solicitar la dieta más adecuada para el paciente, colaborar y contactar con otros miembros del equipo asistencial cuando se detecta algún tipo de problema, así como llevar a cabo el registro y control de la ingesta realizada, y aunque el hecho de recoger las bandejas, suele ser una tarea delegada al personal auxiliar, la responsabilidad continúa siendo de la enfermera.

La desnutrición hospitalaria continúa siendo un problema prevalente, ya que aproximadamente el 30% de los pacientes ingresados en los hospitales, sufren algún grado de desnutrición^{6,7}, hecho que tiene un impacto directo en su evolución clínica, ya que se relaciona con un incremento en los días de hospitalización e infecciones^{7,8}. Un correcto control de la ingesta puede llevar a detectar de forma precoz problemas referentes a la nutrición del paciente, por esta razón el objetivo de este trabajo fue valorar y cuantificar los registros de la ingesta oral que realiza la enfermera en la gráfica diaria del paciente ingresado en la unidad de semicríticos.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo longitudinal que se llevó a cabo en la unidad de semicríticos del Hospital Universitario Mutua

Terrassa, la cual consta de 21 camas de hospitalización y está destinada al ingreso de pacientes que requieren de un cuidado enfermero intensivo (postoperados, curas complejas, vigilancia mediante monitorización) pero que no precisan de un soporte vital. Se realizó la revisión de registros de enfermería del primer cuatrimestre del 2012 de los pacientes con una edad mínima superior a los 18 años que estuvieron ingresados durante 24 horas o más y que tuvieron una pauta de dieta por boca independientemente de su tipo. Se excluyeron los pacientes con nutrición enteral o parenteral.

La muestra se calculó en base a 8662 estancias (datos de 2012) que hubo en la citada unidad, asumiendo un error alfa del 0,05 y una Épsilon (precisión) del 5% y a causa de la falta de información bibliográfica sobre el tema, se asumió una proporción de registro del 50% (máxima indeterminación) por lo que se estimó que eran necesarias 368 gráficas. La selección de las gráficas correspondió a los tres últimos días de la estancia del paciente en semicríticos (para aumentar la posibilidad de que tuvieran ingesta oral). En estancias inferiores a tres días se tuvieron en cuenta la totalidad de los registros efectuados.

La media de ingresos del servicio es de unos 3-4 pacientes por día, por este motivo se seleccionaron 55 días del primer cuatrimestre del año 2012, mediante aleatorización simple con el programa Epidat 4.0 para conseguir los 180 pacientes necesarios para alcanzar el número de gráficas a analizar, esto implicó la inclusión de todos los pacientes que ingresaron durante los días seleccionados. Como la prevalencia de los pacientes que realizan ingesta oral es del 75%, se estableció una reposición del 25%.

La información se obtuvo de la gráfica diaria del paciente en formato papel, en la cual hay un espacio para anotar la cantidad de la ingesta y un apartado para realizar observaciones de enfermería.

También se recogieron datos demográficos del paciente (edad y sexo), diagnóstico médico (médico o postquirúrgico), tipo de dieta solicitada: hídrica (ingesta de agua), líquida (no contiene alimentos sólidos, sólo líquidos claros tipo caldo), semilíquida, blanda y basal o normal, número de registros efectuados por enfermería de alimentos ingeridos (anotaciones y cantidad), estado de conciencia (alerta, letárgico, obnubilado, estuporoso y coma), peso y talla.

Los resultados se expresan con medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas. Para describir las variables cualitativas, se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Para conocer la relación entre el registro y el tipo de dieta y patología de ingreso se realizó la Chi² de Pearson. Se estableció el nivel de significación estadística con una $p < 0,05$. Se analizaron los resultados con el programa estadístico de libre disposición G-Stat 2.0. Dado que se trata de una información retrospec-

tiva que se encuentra en la historia clínica del paciente y no afecta a ningún procedimiento, tratamiento o atención directa o indirecta del paciente, no se solicitó consentimiento informado. El estudio contó con la aprobación del comité ético de investigación clínica de la entidad. Se guardó la confidencialidad de los pacientes respetando escrupulosamente la ley de protección de datos durante el proceso del estudio.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 495 gráficas que corresponden a 184 pacientes, de los cuales el 62% eran hombres, la media de edad se situó en 64,6 (14,1) años y la del índice de masa corporal (IMC) en 26,8 (4,7) Kg/m², (1,7% con IMC < 18,49, el 35,7% con IMC entre 18,5 y 24,9 y el 62,6% con IMC ≥ 25), el 62% estaban ingresados por patología postquirúrgica, y el 62,5% tenía registrada en la historia clínica la medida del peso y la talla. El 100% de los pacientes se encontraba en estado de alerta.

La dieta que tenían solicitada los pacientes constaba en el 92,7% (459 gráficas), concretamente el 4,8% (22 gráficas) dieta hídrica, 13,5% (62 gráficas) dieta líquida, 8,1% (37 gráficas) dieta semilíquida, 11,3% (52 gráficas) dieta blanda y el 62,3% (286 gráficas) dieta basal o normal.

Los registros de enfermería que hacían referencia a la cantidad de alimentos ingeridos por el paciente o de las anotaciones sobre la dieta, que realizó la enfermera se presentan en la tabla 1.

En la tabla 2 se presentan el tipo de anotaciones de enfermería realizadas sobre la necesidad de comer y beber de los pacientes.

Para determinar sobre qué tipo de patología y de dieta se realizaron más registros, se dividió a los pacientes entre médicos y postquirúrgicos y se agruparon las dietas según su consistencia en hídrica/líquida/semilíquida y blanda/basal o normal cuyos resultados se muestran en la tabla 3, donde se observa un mayor registro en patología postquirúrgica y dietas de consistencia más líquida.

Tabla 2. Tipos de anotaciones de enfermería en la gráfica del paciente.

| Tipo de anotaciones | n | % |
|----------------------|----|------|
| Inapetente | 6 | 18,2 |
| Tolerancia | 16 | 48,5 |
| Problemas digestivos | 2 | 6,1 |
| Deglución | 1 | 3,0 |
| Pruebas | 7 | 21,2 |
| Dietista | 1 | 3,0 |

Tabla 1. Registros de enfermería referentes a la cantidad y anotaciones sobre la ingesta de alimentos realizada por los pacientes.

| Comidas | Cantidad n (%) | | Anotaciones n (%) | | Cantidad y Anotaciones n (%) | |
|----------|----------------|-----------|-------------------|-----------|------------------------------|-----------|
| | Si | No | Si | No | Si | No |
| Desayuno | 74(18,8) | 320(81,2) | 124(30,2) | 286(69,8) | 40(13,9) | 248(86,1) |
| Comida | 74(17,5) | 350(82,5) | 133(31,3) | 292(68,7) | 49(15,6) | 266(84,4) |
| Cena | 46(14,3) | 276(85,7) | 93(28,8) | 230(71,2) | 28(11,7) | 211(88,3) |

Tabla 3. Registros de enfermería según la consistencia de la dieta y patología de ingreso.

| | Tipo de dieta | | | Patología de Ingreso | | |
|----------------|-----------------------------|-----------------------|---------|----------------------|----------------|---------|
| | Hídrica/Líquida/Semilíquida | Blanda/Basal o normal | p-valor | Médica | Postquirúrgica | p-valor |
| Desayuno n (%) | 46 (62,1%) | 28(37,8%) | <0,001 | 7(17,5) | 33(82,5) | 0,008 |
| Comida n (%) | 53 (71,6%) | 21(28,4%) | <0,001 | 7(14,6) | 41(85,4) | 0,001 |
| Cena n (%) | 35 (76,1%) | 11(23,9%) | <0,001 | 61(37,6) | 101(62,4) | 0,037 |

DISCUSIÓN

Los registros de enfermería permiten evaluar la propia práctica, detectar problemas y guiar las intervenciones enfermeras. Uno de los parámetros básicos para determinar el estado nutricional del paciente es la determinación del peso y la talla y aunque el registro en este estudio con un 62,5% es superior al estudio de Geurden et al⁹ con un 22%, estos son mejorables con la finalidad de detectar pacientes con riesgo nutricional de una forma precoz.

Otro punto a resaltar es que a pesar del alto porcentaje de registro del tipo de dieta que tiene pautada el paciente (92,7%) existe una gran falta de información sobre la evaluación de la ingesta tanto en lo referente a la cantidad como en las anotaciones realizadas, las cuales suelen ser puntuales y no describen ningún tipo de intervención por parte de este profesional, como en el estudio de Carlsson et al¹⁰ limitándose simplemente a describir el problema sin especificar si se ha tomado alguna medida correctora al respecto, por lo que sería necesario llevar a cabo algún tipo de guía con las medidas del contenido líquido que dispone cada recipiente usado en el hospital y consensuar unos criterios de registro que permitiera conocer la actividad desarrollada.

Creemos que es importante realizar el registro de la cantidad de la ingesta ya que este dato influye directamente en el cálculo del balance hídrico que se realiza diariamente a este tipo de pacientes y al hecho constatado que en diversas ocasiones los pacientes no consumen la totalidad de la dieta administrada^{11,12}. Los motivos de este escaso registro pueden ser debidos a que en muchas ocasiones las bandejas de comida son recogidas directamente por los familiares o por el personal auxiliar y por el hecho que las horas de reparto de dietas coincide con el cambio de turno de enfermería, no obstante dichos problemas pueden tener su base en que algunos de los aspectos sobre la ingesta que reciben los pacientes, tienen menos prioridad que otras actividades enfermeras, por lo que este tipo de control o evaluación no se halla integrado dentro de los cuidados enfermeros¹³. Esta baja cumplimentación puede llevar a subestimar un problema de alimentación, el cual puede tener un impacto directo sobre el estado nutricional y por tanto en la evolución clínica del paciente.

Los resultados de dicha investigación y debido a la informatización de la gráfica del paciente que se ha llevado a cabo en la unidad de semicríticos, ha permitido incluir un parámetro denominado "ingesta" el cual se activa automáticamente 3 veces al día, coincidiendo con el reparto de dietas, y que obliga a la enfermera a evaluar la cantidad de dieta ingerida por el paciente pudiendo elegir varias opciones para su cumplimentación: toda la dieta, $\frac{3}{4}$ de dieta, $\frac{1}{2}$ dieta, $\frac{1}{4}$ de dieta y nada. Por tanto, al ser un parámetro de obligada implementación, esperamos aumentar dicho registro y llegar a conocer, según el tipo de dieta pautada y aunque sea de manera muy general y aproximada la ingesta calórica realizada.

Existen más anotaciones cuando se trata de un paciente ingresado por patología postquirúrgica y cuando la dieta es de consistencia líquida o semilíquida respecto los pacientes con patología médica y a las dietas con una consistencia más sólida, estableciéndose significación estadística en todos los casos. Este mayor registro, puede ser debido a un seguimiento superior por parte de la enfermera en el inicio de la tolerancia a la dieta, hecho que se hace más relevante cuando el paciente ha sido intervenido y es necesario controlar la tolerancia para progresar en el tipo de dieta que se debe solicitar y al hecho que es más fácil cuantificar, aunque sea de manera aproximada, los líquidos que los sólidos.

Como limitaciones de este estudio y debido a que el interés principal fue plasmar los registros que realiza enfermería, no se ha podido aportar datos más concretos sobre las características clínicas de los pacientes estudiados.

CONCLUSIONES

Los datos sobre el registro son mejorables y enfermería debe revisar su práctica y desarrollar estrategias para asegurar una correcta evaluación y seguimiento de la ingesta que realiza el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- García S, Navío AM, Valentin L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Inv [internet]. 2007[consultado 2 diciembre 2013];(28):1-8. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/335/326>.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 274/2002 de 15-11-2002). 7 páginas. [consultado 3 julio 2014]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188.
- Ramos E, Nava G, San Juan D. El valor que el profesional de enfermería le otorga a los registros y factores que intervienen en su llenado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Arch Neurocienc.2011; 16(1): 44-51.
- Currell R, Urquhart C. Los sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria. La Biblioteca Cochrane Plus [internet]. 2008 [consultado 1 mayo 2014];(4):1-4. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- León J, Manzanera JT, López P, González L. Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica. Aspectos Jurídicos. Enferm Glob [internet]. 2010.[consultado 15 julio 2014]; 9(2):1-18.Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/>.
- Burgos R, Sarto B, Elío I, Planas M, Forga M, Cantón A, et al. Prevalence of malnutrition and its etiological factors in hospitals. Nutr Hosp. 2012; 27(2):469-476.
- Lamb CA, Parr J, Lamb E I, Warren M D. Adult malnutrition screening, prevalence and management in a United Kingdom hospital: Cross-sectional study. Br J Nutr. 2009; 102:571-575.

8. Stratton R J, King C L, Stroud M A, Jackson A A, Elia M. "Malnutrition Universal Screening Tool" predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. *Br J Nutr.* 2006; 95:325–330.
9. Geurden B, Wouters C, Franck E, Weyler J, Ysebaert D. Does Documentation in Nursing Records of Nutritional Screening on Admission to Hospital Reflect the Use of Evidence-Based Practice Guidelines for Malnutrition?. *Int J Nurs Knowl.* 2014; 25 (1):43-8.
10. Carlsson E, Ehnfors M, Ehrenberg A. Multidisciplinary recording and continuity of care for stroke patients with eating difficulties. *J Interprof Care.* 2010;24(3):298-310.
11. Calleja A, Velasco C, Frías L, García P. Valoración de la ingesta real de pacientes hospitalizados y causas de no consumo. *Nutr Hop.* 2011;26(1).
12. Xia C, McCutcheon H. Mealtimes in hospital—who does what? *J Clin Nurs.* 2006;15(10):1221-7.
13. Green SM, James EP. Barriers and facilitators to undertaking nutritional screening of patients: a systematic review. *J Hum Nutr Diet.* 2013;26(3):211-21.