

REGISTROS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS

Rafael Serrano Oliva

Enfermero SESCAM. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario. UME Albacete

INTRODUCCIÓN

El presente artículo pretende divulgar la experiencia de un grupo de enfermeras dedicadas a la asistencia de las urgencias y emergencias prehospitalarias. El trabajo que os vamos a presentar nace de la inquietud de éstos profesionales de la Enfermería porque entendieron que, su trabajo de calidad dentro del proceso asistencial del paciente urgente, no quedaba reflejado en el informe clínico que se aportaba al paciente o a los compañeros. Necesitábamos un documento que reflejara todo el trabajo que realmente se hacía con el paciente.

PROCESO DE ELABORACIÓN

Dentro del marco de la evolución de la asistencia sanitaria y en un margen relativamente corto de tiempo, estamos hablando de, cómo mucho, 50 años, la asistencia a las urgencias ha cambiado enormemente, llegando a ser especialidad médica en muchos países. Por supuesto esto afecta a la enfermería como profesión que debe crecer a la par que las exigencias de una población que ha experimentado grandes avances.

Entre éstos avances y en lo referente a nuestra profesión, vemos que la sociedad se interesa y exige con más frecuencia la calidad en todo lo que le rodea, calidad en los alimentos, calidad en los artículos de vestimenta, calidad en general en los bienes de consumo y también calidad en lo tocante a servicios. Así pues tenemos un primer punto de referencia que debe guiarnos a la hora de hacer cualquier trabajo enfermero, LA CALIDAD.

Otro avance importante de nuestra sociedad ha sido el económico, lo cual nos permite disponer de medios técnicos que hace tan sólo unos años estaban a disposición de unos pocos. Con el avance económico de la sociedad se han generalizado mucho los medios y recursos que permiten una asistencia “in situ” de diferentes patologías asegurando un alto nivel técnico. Éste debe ser otro de los referentes que no debemos olvidar, LOS MEDIOS Y RECURSOS TÉCNICOS.

Todos éstos avances han provocado que la asistencia sanitaria salga a la calle para comenzar a tratar al paciente allí donde ha ocurrido el incidente, por lo tanto cambia el medio en el que se realiza el trabajo altamente técnico pasando de las puertas de urgencias y uvis hospitalarias a la calle, carreteras o los domicilios. La creación de servicios de urgencias y emergencias prehospitalarias ha puesto en la calle a verdaderos especialistas que realizan intervenciones antes impensables fuera de un hospital. Como he comentado éste trabajo exige un importante nivel de especialización si se quiere ofrecer una asistencia de calidad con los medios de que disponemos. Éste será el último punto de referencia para desarrollar el presente trabajo, LA ESPECIALIZACIÓN.

Consideramos que el trabajo desarrollado actualmente por las enfermeras prehospitalarias cumplen estas tres máximas, sin embargo también vemos que muy poco de todo este trabajo que reflejado, escrito, y como nos han dicho cientos de veces, trabajo no escrito, trabajo no realizado.

A éste problema añadimos el hecho de que una especialización en un campo determinado no debe menoscabar nuestros propios valores enfermeros. Pensamos que el auténtico profesional ejercerá su trabajo especializado y utilizando todos los medios técnicos a su alcance con calidad, pero debemos huir del excesivo tecnicismo, la técnica por la técnica. Tal vez seamos las propias enfermeras las que estemos impulsando el avance de los técnicos sanitarios (un técnico es más barato que una enfermera) en los servicios de emergencias en detrimento de las enfermeras porque nos dedicamos más a las técnicas que a la asistencia integral que como enfermeras podemos ofrecer al paciente.

Considero que las enfermeras deberíamos tener una mayor asertividad profesional. Somos lo que somos y nuestra aportación independiente en el proceso asistencial sanitario es imprescindible y por esto debe quedar perfectamente reflejado, con nuestra propia valoración y nuestras actuaciones.

Para realizar este trabajo correctamente necesitamos seguir el método científico el cual nos hace desembocar en el Proceso de Atención de Enfermería, los planes de cuidados, los diagnósticos enfermeros o los más trabajados NIPE. Sí, mucho de esto es teoría que unas pocas enfermeras utilizan, pero estamos convencidos de que es el camino para asegurar la calidad, además para que el trabajo sea realmente científico necesitamos utilizar un lenguaje común con ideas y soportes consensuadas para saber que de lo que hablamos es de lo mismo.

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Las ventajas que tiene para el paciente son: participación en su propio cuidado, continuidad en la atención, mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera: se convierte en experta, satisfacción en el trabajo, crecimiento profesional.

De aquí arranca uno de los mayores problemas con el que nos hemos enfrentado, mezclar teoría y práctica, elaborar un registro ágil para unas enfermeras altamente especializadas sin olvidar las bases científicas y la valoración y labor independiente de nuestra profesión.

La enfermería y sus registros han sido un caballo de batalla casi continuo en los últimos años, ya que todo el trabajo desarrollado por los profesionales enfermeros, en una actuación sanitaria urgente, pocas veces quedaba bien reflejado.

Probablemente la mayoría de las veces ha sido por una excesiva presión asistencial, pero estamos convencidos de que una buena gestión del tiempo con unos registros adaptados a cada medio pueden hacer de éste un problema del pasado.

La finalidad o la pretensión y los beneficios de manejar unos buenos registros de enfermería pueden ser:

- El uso de un lenguaje común, a través de un glosario de términos específico.
- Ponderar los costes de la enfermería.
- Facilitar la acreditación enfermera demostrando su competencia profesional.
- Designar recursos a pacientes según necesidades (por los diagnósticos enfermeros) favoreciendo el desarrollo de la Agrupación de Pacientes de Enfermería.
- Aportar instrumentos para la mejora de la enseñanza.
- Abrir nuevas líneas de investigación.
- Desarrollar sistemas de gestión integrados en las propias unidades de enfermería.
- Estandarizar intervenciones y actividades.
- Y en general mejorar los registros enfermeros.

Tratamos, en definitiva, de mejorar la calidad de la práctica enfermera abarcando todas sus facetas: asistencial, docente, investigadora y de gestión.

El presente trabajo está dirigido a las enfermeras de urgencias y emergencias prehospitalarias y no es otra cosa que una estrategia de introducción del método científico con el PAE y los Diagnósticos de Enfermería (teoría) en un medio excesivamente tecnificado. Por lo tanto no queremos confeccionar unos registros exclusivamente biomédicos y tampoco podemos, de repente, manejar unos registros con visión y lenguaje exclusivamente enfermero, sino que pretendemos sea un proceso evolutivo, intentando establecer una estandarización en los registros, de modo que queden reflejados la valoración independiente y los cuidados aplicados, sin sacrificar la calidad asistencial, sino por el contrario, reforzándola.

Este trabajo tiene una doble utilidad, de presente y de futuro. De futuro porque con unos registros apropiados a la práctica enfermera y no sólo basados en datos biomédicos podremos manejar una serie de bases de datos que con el tiempo nos permitan hacer una selección de intervenciones previamente aprendidas y codificadas, es decir crear grupos de pacientes a los que se les puede aplicar un plan de cuidados determinado. Con la experiencia acumulada y registrada de la práctica enfermera en determinadas patologías podemos adelantarnos a posibles complicaciones, evitar olvidos y secuenciar nuestras actividades: valoración enfermera --> diagnósticos relacionados --> cuidados a aplicar

El registro de la valoración independiente de enfermería se justifica porque :

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problema interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Además y teniendo en cuenta, como decíamos al principio, el avance tecnológico y económico, pronto tendremos en las Uvis-óviles ordenadores con programas que permitan realizar este trabajo de forma mucho más rápida .

CONFECCIÓN DE UN PRIMER REGISTRO

Pero volviendo a los orígenes de éste trabajo, a la hora de hacer algo de forma seria, necesitábamos una base teórica enfermera contrastada y con divulgación mayoritaria, pues de nada nos serviría crear una idea propia de lo que es para nosotros la enfermería, para asegurarnos que el trabajo tuviese garantías de futuro realizamos un estudio y comparación de los diferentes marcos conceptuales y modelos de enfermería más representativos y adoptamos la Teoría General de las Necesidades Humanas de Maslow y los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon. La visión de enfermería de V. Henderson nos pareció la más adecuada al medio de la urgencia prehospitalaria. Además nos nutrimos de la experiencia de diferentes universidades y buscamos en foros de internet los trabajos de otros compañeros.

Teniendo en cuenta todo lo anterior confeccionamos una PRIMERA hoja de registros de enfermería, en la que se podían incluir unos diagnósticos de la NANDA seleccionados. Para no encontrar el rechazo de las compañeras, decidimos escribir sólo el código correspondiente a cada diagnóstico, los cuales son:

ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS DE LA NANDA 99-00

INTERCAMBIO

- 1.2.1.1 Riesgo de infección
- 1.2.2.1 Riesgo de alteración de la temperatura corporal
- 1.2.2.2 Hipotermia
- 1.2.2.3 Hipertermia
- 1.2.2.4 Termorregulación ineficaz
- 1.3.2.2 Retención urinaria
- 1.4.1.1 Alteración de la perfusión tisular
- 1.4.1.2 Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos
 - 1.4.1.2.1 Exceso de volumen de líquidos
 - 1.4.1.2.2 Riesgo de déficit de volumen de líquidos
- 1.4.2.1 Disminución del gasto cardíaco
- 1.5.1.1 Deterioro del intercambio gaseoso
- 1.5.1.2 Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- 1.5.1.3 Patrón respiratorio ineficaz
 - 1.5.1.3.1 Dificultad para mantener la ventilación espontánea
- 1.6.1 Riesgo de lesión
 - 1.6.1.1 Riesgo de asfixia
 - 1.6.1.2 Riesgo de intoxicación
 - 1.6.1.3 Riesgo de traumatismo
 - 1.6.1.4 Riesgo de aspiración
- 1.6.2.1.2.1 Deterioro de la integridad cutánea
- 1.6.2.1.2.2 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

COMUNICACIÓN

- 2.1.1.1 Trastorno de la comunicación verbal

VALORES

- 4.1.1 Sufrimiento espiritual
- 4.1.2 Riesgo de sufrimiento espiritual

ELECCIÓN

- 5.2.1.1 No seguimiento del tratamiento

MOVIMIENTO

- 6.1.1.1 Trastorno de la movilidad física
 - 6.1.1.1.1 Riesgo de disfunción neurovascular periférica
 - 6.1.1.2.1 Fatiga

CONOCIMIENTO

- 8.1.1 Déficit de conocimientos
- 8.2.2 Confusión aguda
- 8.2.3 Confusión crónica
- 8.3 Alteración de los procesos de pensamiento
 - 8.3.1 Trastorno de memoria

SENSACIONES

- 9.1.1 Dolor
 - 9.1.1.1 Dolor crónico
- 9.1.2 Náuseas
- 9.2.2 Riesgo de violencia dirigida a otros
 - 9.2.2.2 Riesgo de violencia autodirigida
- 9.3.1 Ansiedad
 - 9.3.1.1 Ansiedad ante la muerte
- 9.3.2 Temor

Tras utilizar este modelo de registro durante aproximadamente un año, hicimos un ejercicio de autoevaluación. Se trataba de hacer un estudio descriptivo comparativo de los diagnósticos registrados y de los cuidados aplicados según el diagnóstico. Los resultados fueron muy esperanzadores, pues aunque se notaba la falta de costumbre en el uso del diagnóstico enfermero (en un 23 % de los informes no aparecía ningún diagnóstico), la mayoría incorporamos a nuestros registros este dato. Al realizar dichos trabajos encontramos:

| Cuidados Diagnóstico | Ctes. | VVP | Ttos | Prue.Comp | ECG | Intubación | Inmoviliza. | Drenajes | Curas |
|----------------------|-------|-------|-------|-----------|-------|------------|-------------|----------|-------|
| 911 | 0.001 | 0.005 | 0.013 | 0.016 | 0.013 | 0.138 | 0.002 | 0.320 | 0.298 |
| 1411 | 0.000 | 0.037 | 0.232 | 0.204 | 0.147 | 0.286 | 0.003 | 0.310 | 0.249 |
| 6111 | 0.000 | 0.012 | 0.023 | 0.044 | 0.142 | 0.236 | 0.075 | 0.257 | 0.271 |
| 1511 | 0.000 | 0.045 | 0.121 | 0.060 | 0.193 | 0.185 | 0.202 | 0.257 | 0.080 |
| 1513 | 0.000 | 0.002 | 0.009 | 0.034 | 0.232 | 0.266 | 0.084 | 0.210 | 0.156 |
| 1421 | 0.000 | 0.029 | 0.096 | 0.042 | 0.214 | 0.232 | 0.061 | 0.256 | 0.159 |
| 161 | 0.000 | 0.000 | 0.024 | 0.165 | 0.229 | 0.260 | 0.176 | 0.213 | 0.159 |
| 162122 | 0.000 | 0.003 | 0.018 | 0.032 | 0.137 | 0.235 | 0.134 | 0.155 | 0.088 |
| 1211 | 0.000 | 0.004 | 0.048 | 0.064 | 0.228 | 0.228 | 0.205 | 0.216 | 0.094 |
| 931 | 0.000 | 0.000 | 0.001 | 0.122 | 0.236 | 0.233 | 0.154 | 0.216 | 0.230 |
| 2111 | 0.000 | 0.012 | 0.060 | 0.147 | 0.211 | 0.242 | 0.119 | 0.231 | 0.229 |
| 141222 | 0.000 | 0.000 | 0.016 | 0.056 | 0.211 | 0.219 | 0.147 | 0.222 | 0.009 |

| Cuidados Diagnóstico | Ctes. | VVP | Ttos | Prue.Comp | ECG | Intubación | Inmoviliza. | Drenajes | Curas |
|----------------------|-------|-------|-------|-----------|-------|------------|-------------|----------|-------|
| 1614 | 0.001 | 0.021 | 0.080 | 0.107 | 0.193 | 0.234 | 0.144 | 0.041 | 0.231 |
| 932 | 0.000 | 0.000 | 0.001 | 0.046 | 0.210 | 0.214 | 0.117 | 0.169 | 0.170 |
| 1512 | 0.000 | 0.001 | 0.014 | 0.052 | 0.219 | 0.156 | 0.112 | 0.168 | 0.170 |
| PCR | 0.000 | 0.000 | 0.011 | 0.041 | 0.193 | 0.179 | 0.132 | 0.168 | 0.103 |
| 14121 | 0.000 | 0.001 | 0.019 | 0.061 | 0.212 | 0.221 | 0.121 | 0.206 | 0.102 |
| 1616 | 0.000 | 0.001 | 0.019 | 0.040 | 0.212 | 0.211 | 0.121 | 0.172 | 0.102 |
| 822 | 0.000 | 0.000 | 0.019 | 0.061 | 0.202 | 0.211 | 0.121 | 0.169 | 0.102 |
| 14122 | 0.000 | 0.001 | 0.016 | 0.054 | 0.206 | 0.207 | 0.125 | 0.169 | 0.169 |
| 811 | 0.000 | 0.000 | 0.016 | 0.054 | 0.194 | 0.207 | 0.125 | 0.169 | 0.102 |
| 1412 | 0.000 | 0.000 | 0.010 | 0.040 | 0.202 | 0.143 | 0.121 | 0.169 | 0.102 |
| 912 | 0.000 | 0.000 | 0.011 | 0.041 | 0.193 | 0.200 | 0.132 | 0.168 | 0.103 |
| Sin codificar | 0.000 | 0.000 | 0.019 | 0.072 | 0.235 | 0.195 | 0.086 | 0.162 | 0.093 |

Los diagnósticos están codificados según criterio NANDA. Ctes: constantes. VVP: vía venosa periférica. Ttos: tratamientos. Prue.comp.:pruebas complementarias. ECG :monitorización ECG y pulsioximetría. Inmoviliza. Inmovilizaciones. Los números dentro del cuadrante corresponden al valor de p, $p < 0.05$ significación estadística.

Como podemos observar y dentro de nuestro campo de trabajo, el diagnóstico más frecuente es el dolor (911), seguido por la alteración de la perfusión tisular (1411) y el deterioro de la movilidad (6111), y los cuidados que se han aplicado prácticamente a todos los pacientes son la toma de constantes y la canalización de una vía venosa periférica. Dada la alta significación estadística hallada podemos concluir que la relación entre diagnóstico de enfermería y cuidados aplicados no se deben al azar, recomendando por tanto el establecimiento de protocolos para instaurar planes de cuidados y así evitar olvidos y aumentar la calidad de la asistencia.

En este estudio otra de las conclusiones más importantes fue que la valoración de enfermería seguida del diagnóstico de enfermero debe ser lo más útil a la hora de informar en la transferencia de nuestros pacientes.

Al realizar este trabajo pensábamos que dentro del campo de la emergencia no calaría entre los profesionales pero nuestra sorpresa fue mayúscula cuando en el congreso de la SEMES del año 2000 en Santander la comunicación presentada con este estudio obtuvo un rotundo éxito entre los asistentes a dicha presentación y además mereció para el comité científico de dicha sociedad el reconocimiento de accesit a la mejor comunicación.

SEGUIMOS AVANZANDO

Este hecho supuso un espaldarazo a nuestro trabajo y nos decidimos a seguir ahondando en el registro de enfermería, incorporando ahora unos cuidados, también codificados, de manera que incorporados a una base de datos, en un futuro nos pudiese guiar a unos planes de cuidados específicos para la enfermería de urgencias y emergencias. Lo primero era consensuar unos cuidados y técnicas de enfermería más comunes en nuestro medio y establecer un sistema de codificación sencillo. Esto sí que es algo totalmente novedoso, ya que sí encontramos cuidados consensuados en diferentes hospitales, pero sin que existiera ningún tipo de codificación para su incorporación a un registro o historia de enfermería o base de datos.

Pero ¿por qué la importancia de registrar de éste modo los cuidados aplicados?. La razón parece evidente: es una estupenda forma de cuantificar el tiempo y el gasto de cada acto enfermero. De ésta manera podremos saber que a determinada valoración enfermera le corresponden X diagnósticos y como consecuencia de ello deberemos realizar XX cuidados y técnicas que nos llevarán tanto tiempo y tanto costo (los famosos GRD). Además este tipo de lenguaje y registros enteramente enfermeros permitirían aumentar la calidad en la gestión, mejorar la asistencia, servir de experiencia docente y crear nuevas vías de investigación.

Después de trabajar en este punto decidimos que los cuidados a aplicar se enmarcarían dentro de los siguientes apartados:

- Necesidad de respiración
- Necesidad de hidratación
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de movilización
- Necesidad de seguridad
- Tratamiento instaurado
- Vigilancia y control
- Otros

A la hora de codificar se decidió poner la inicial del grupo al que pertenece el cuidado seguido de un guión y un número, que serían correlativos y de dos dígitos. Con todo esto, nuestra relación de cuidados y sus códigos queda de la siguiente forma:

NECESIDAD RESPIRACION

- R-01. Permeabilizar vía aérea
- R-02. Aspirar secreciones
- R-03. Poner tubo de mayo
- R-04. Poner intubación endotraqueal
- R-05. Mantener tubo torácico

NECESIDAD DE HIDRATACIÓN

- H-01. Poner vía venosa periférica
- H-02. Poner sonda nasogástrica
- H-03. Poner vía venosa central
- H-04. Poner vía arterial
- H-05. Poner vía intraósea
- H-06. Poner drenajes

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- E-01. Poner sonda vesical

NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN

- M-01. Mantener alineación corporal
- M-02. Poner tracción
- M-03. Poner vendaje
- M-04. Poner férula

NECESIDAD DE SEGURIDAD

- S-01. Parada cardio-respiratoria. Atención
- S-02. Desfibrilación. Atención
- S-03. Dolor torácico. Cuidados
- S-04. Crisis convulsiva. Atención
- S-05. Poner inmovilización
- S-06. Hemorragia traumática externa. Atención
- S-07. Shock hipovolemico
- S-08. Neonatos. Cuidados (r.n..)
- S-09. Sujetar y/o proteger.
- S-10. Shock anafilactico. Atencion

TRATAMIENTO MEDICO

- T-01. Oxigenoterapia
- T-02. Administración de medicamentos. Vía endovenosa
- T-03. Administración de medicamentos. Vía intramuscular
- T-04. Administración de medicamentos. Vía oral
- T-05. Administración de medicamentos. Vía subcutánea
- T-06. Administración de medicamentos por SNG
- T-07. Aerosolterapia. Nebulizaciones
- T-08. Aerosolterapia. Aerosoles

T-09. Poner bomba de infusión

T-10. Lavado gástrico

OTROS

O-01. Electrocardiograma (ECG)

O-02. Glucemia capilar

O-03. Muestra de sangre

O-04. Comunicación con el paciente

O-05. Informar al paciente

O-06. Postmortem. Atención a la familia

O-07. Cuidados psicológicos. Terapia de relajación

O-08. Instruir sobre administración de insulina

O-09. Religión-creencias. Atención

VIGILANCIA Y CONTROL

V-01. Valorar permeabilidad de vías aéreas

V-02. Tomar constantes vitales (TA., p., t., r.)

V-03. Presión venosa central (pvc)

V-04. Poner monitorización cardíaca

V-05. Valorar registro de monitor

V-06. Valorar signos y síntomas de infarto de miocardio

V-07. Signos neurológicos. Nivel de conciencia

V-08. Valoración neurológica-test de Glasgow

V-09. Valorar presencia y características del dolor

V-10. Valorar necesidad y/o eficacia de los analgésicos

V-11. Valorar características de los vómitos

V-12. Valorar signos y síntomas de broncoaspiración

V-13. Valorar signos y síntomas de hiperglucemia

V-14. Valorar signos y síntomas de hipoglucemia

V-15. Valorar signos y síntomas de hemorragia

V-16. Controlar presión de neumotaponamiento

V-17. Controlar micción

V-18. Observar signos y síntomas de ansiedad

V-19. Valorar presencia y características del edema

V-20. Valorar signos y síntomas de shock hipovolémico

V-21. Observar signos y síntomas de hipertermia

V-22. Observar signos y síntomas de hipotermia

Así en la nueva hoja de registro o informe de enfermería existe un apartado (todavía muy pequeño) en el que los profesionales pueden apuntar los códigos de los diagnósticos hallados y cuidados aplicados. Como todavía pocos nos los sabemos de memoria y además para ayudar a las compañeras que reciban dicho informe, por la parte trasera del mismo, viene la relación de diagnósticos y cuidados con sus correspondientes códigos.

En resumen, tratamos de potenciar un pensamiento crítico, analítico, creativo y exacto para comunicar a otros de manera adecuada los fenómenos de interés para la disciplina. Con forme avancemos en esta tarea daremos nombre y clasificaremos el lenguaje enfermero consiguiendo un mayor reconocimiento profesional demostrando de esta forma que somos buenos profesionales y hacemos bien nuestro trabajo.

A los que leáis este artículo os puede parecer poca cosa, pero la enfermería de urgencias y emergencias de Castilla-La Mancha ya disponemos de un primer escalón para llegar a metas mas altas.

BIBLIOGRAFÍA

- Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1999-2000. Ediciones Harcourt 1999 Madrid
- Ventu Rehues, RM. Y cols. Complimentación de la Hª Clínica de urgencias. Un indicador de calidad asistencial. Hospital general de Albacete. XI Congreso SEMES. Coruña 1999
- Niubó Puntí N. y cols. Registro de Enfermería al alta del paciente de urgencias. Hospital General Vic, Barcelona. IX Congreso SEMES, Sitges 1997
- Morillo Rodríguez j. Y cols. La enfermería de urgencias y la utilización de diagnósticos de enfermería. SEU 061 Madrid. XI Congreso SEMES, Coruña 1999
- Sancha Herrera, M. Evaluación de un sistema de continuidad de cuidados de enfermería emergencias atención primaria. Emergencias Araba. Emergencias Osakidetxa. XI Congreso SEMES, Coruña 1999
- Serrano Oliva R, y cols. Diagnósticos de enfermería en la asistencia de urgencias y emergencias. 061 Albacete. XII Congreso SEMES, Santander 2000