

Registos de Enfermagem sobre feridas: do texto livre aos conteúdos parametrizados

Fernando Araújo*

*Hospital Lusíadas Porto, fernando.sousa.araujo@lusiadas.pt

“A informação é a fonte de vida da promoção da Qualidade. Sem ela nada pode ser feito.”

Avedis Donabedian

INTRODUÇÃO

Uma eficaz documentação dos registos dos cuidados de enfermagem a feridas deve englobar a criação de documentos de orientação que permitam avaliar a eficácia dos cuidados (Hess, 2005).

- Adoção de instrumentos padronizados – algoritmos e fluxogramas
- Formação e supervisão dos profissionais
- Implementação de registos eletrónicos – definição de termos e conteúdos
- Realização de auditorias

Objetivos

Objetivo geral:

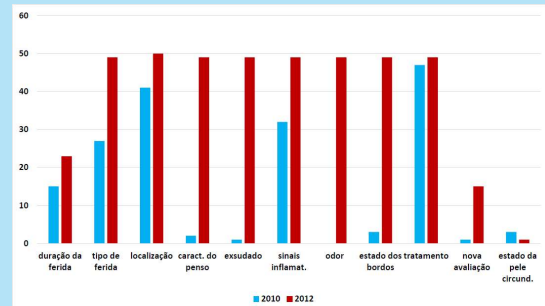
Avaliar a alteração da documentação dos dados relativos ao tratamento de feridas após a implementação de um Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) estruturado com campos parametrizados (ver colunas do Gráfico em Resultados)

Objetivos específicos:

- Avaliar registos documentados através do texto livre
- Avaliar registos documentados por campos parametrizados
- Correlacionar os dados documentados pelos dois sistemas de registo
- Avaliar o impacto da adoção de um SIE na melhoria dos registos deste tipo de clientes

RESULTADOS

Dados comparados – 2010 - 2012 (frequências relativas)



Frequências dos dados documentados na avaliação da ferida em 2010 e 2012 e correlação estatística (n=50; p<0,05)

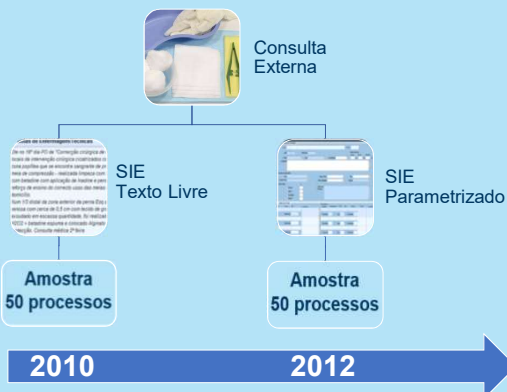
Dados da ferida	2010		2012		p (valor)
	n	%	n	%	
Duração da ferida	15	30	23	46	0.101
Tipo de ferida	27	54	49	98	0.000
Localização da ferida	41	82	50	100	0.002
Características do penso	2	4	49	98	0.000
Presença/ausência de exsudado	1	2	49	98	0.000
Sinais inflamatórios	32	64	49	98	0.000
Presença/ausência de odor	0	0	49	98	0.000
Bordos da ferida	3	6	49	98	0.000
Tratamento efetuado	47	94	49	98	0.310
Data da próxima avaliação	1	2	15	30	0.000
Estado da pele circundante	3	6	1	2	0.310

MÉTODOS

Estudo descritivo e retrospectivo com recurso a pesquisa documental

13 parâmetros de avaliação para feridas cirúrgicas em cicatrização por primeira intenção

Desenho do estudo:



CONCLUSÕES

Questão orientadora do estudo:

Será que existem diferenças nos dados dos tratamentos de feridas documentados através de um SIE com campos parametrizados?

- ✓ Podemos então atribuir um forte incremento da qualidade dos registos de enfermagem no tratamento de feridas após a utilização do SIE em estudo, traduzida pela correlação estatística positiva entre o uso de campos parametrizados e maior número de dados documentados.
- ✓ Na senda de outros estudos realizados (Pereira, 2006; Gunningberg et al. 2009; Gartlan et al. 2010 e Tubaishat et al. 2015), reiteramos a vantagem na utilização de instrumentos padronizados que permitam a obtenção de dados necessários para uma adequada avaliação de feridas.

REFERÊNCIAS

- Hess CT. The Art of Skin and Wound documentation. Home Healthcare Nurse 2005;23(8):502-513.
- Pereira, F. (2005). Information Relevance for Continuity of Nursing Care. [em linha]. Disponível em <http://ojni.org/9_3/pereira.htm>. [consultado em 10/02/2018].
- Gunningberg, L. et al. (2009). Improved quality and comprehensiveness in nursing documentation of pressure ulcers after implementing na electronic health record in hospital care. Journal of Clinical Nursing, 18, pp. 1557-1564.
- Gartlan, J. et al. (2010). An auditing of the adequacy of acute wound care documentation of surgical inpatients. Journal of Clinical Nursing, 19, pp. 2207-2214.
- Tubaishat, A. et al (2015). Electronic versus paper records: documentation of pressure ulcer data. British Journal of Nursing, 24 (6), pp. 30-37.