

Elaboración de un registro enfermero para hemodiálisis según la norma ISO 9001:2005

Daniel Hernández Sánchez - Miguel Ángel Rodríguez Calero - María José Gutiérrez Navarro
Gregorio Bolaños Herrezuelo

Unidad de Hemodiálisis - Fundación Hospital Manacor

Resumen

Enfermería debe disponer de una herramienta que facilite la cumplimentación de los Registros Enfermeros. Se ha elaborado, entre diciembre de 2005 y marzo de 2006 un documento para el registro enfermero de las sesiones de hemodiálisis en una unidad acreditada según la norma ISO 9001:2005, teniendo en cuenta el modelo de enfermería utilizado en la institución y usando las medidas externas de control de la calidad que establece dicha normativa. El proceso se dividió en tres fases: a) descriptiva: en las que se encuestó al equipo de enfermería sobre adecuación del registro anterior y aspectos a mejorar b) elaboración del documento y c) fase de control externo, en el que se realizaron, a propuesta del equipo, los cambios pertinentes, y se puso en marcha el documento, para ser sometido a control, a través de auditoría externa. Se sugirieron pequeños cambios para uso definitivo del documento que ha sido concebido como guía para la prestación de cuidados.

Palabras clave:

REGISTROS DE ENFERMERÍA
HEMODIALISIS
CALIDAD ASISTENCIAL
CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Creation of a nursing record for haemodialysis in accordance with ISO 9001:2005

Abstract

Nursing should have a tool to facilitate the completion of Nursing Records. Between December 2005 and March 2006, a document was drawn up for keeping nursing records of the haemodialysis sessions in a unit with ISO 9001:2005 recognition, taking into account the nursing model used in the institution and using the external quality control measures established by the above-mentioned standard. The process was divided into three phases: a) descriptive: in which a survey of the nursing team was carried out about the suitability of the previous record system and aspects to be improved b) preparation of the document and c) external control phase, in which the pertinent changes were made, at the team's proposal, and the document was brought into use, to be subjected to control through external audit. Minor changes were suggested for the definitive use of the document which has been devised as a guide for the provision of care.

Correspondencia:

Daniel Hernández Sánchez
Unidad de Hemodiálisis
Fundación Hospital Manacor
Carretera Manacor-Alcudia s/n
07500 Manacor, Islas Baleares
e-mail: dhernandez@hospitalmanacor.org

KEY WORDS:
NURSING RECORDS
HAEMODIALYSIS
QUALITY OF CARE
NURSING CARE

Introducción

El Registro de Enfermería (RE) es aquella información escrita, datada e identificada, en un documento oficial o en proceso de validación, donde se contemple la secuencia de actuaciones de la enfermera en relación con el cuidado integral del paciente, así como la respuesta de este frente a dichas actuaciones.

En los últimos 10 años, son numerosos los trabajos publicados por diversos autores en relación a los RE, poniendo así de manifiesto su importancia, pues en ellos se refleja el trabajo de enfermería a través de notas escritas. Por medio de estos, los enfermeros se comunican entre sí y con otros miembros del equipo sanitario. Los RE forman parte de la historia clínica del paciente y frecuentemente son utilizados como pruebas en procesos judiciales, son usados por los gestores para adecuar los recursos a las necesidades y por los investigadores como fuente de datos, contribuyendo de este modo al desarrollo de enfermería como profesión.

A finales de 1995 encontramos referencias a la resistencia del colectivo enfermero a cumplimentar y utilizar los RE de una manera efectiva, debido a la inadecuación de los documentos y a la actitud negativa de los profesionales¹. En estudios más recientes, se establecen diferencias entre lo que los enfermeros conocen, lo que piensan de los RE y lo que hacen realmente². Ya en 2005 se proponen líneas de investigación que relacionen directamente los RE con los resultados obtenidos en materia de salud y los cuidados enfermeros (CE) prestados³.

A menudo los documentos donde enfermería plasma su trabajo se consideran formularios a rellenar, suponiendo esto una pérdida de tiempo. En cambio, es útil disponer de herramientas adaptadas a la realidad y que faciliten la cumplimentación de los RE. De este modo convertimos el documento en una guía para la

prestación de CE, garantizando además una calidad en el propio acto de registrar.

El concepto de calidad tuvo su origen en el mundo industrial y ha sido adoptado por el mundo sanitario al tiempo que sufría una evolución, pasando del significado de garantía de calidad al de mejora continua de calidad. Esta última se basa en la implicación de todos los trabajadores para poder medir, documentar y evaluar la calidad de todo proyecto focalizado en el cliente, a través de la identificación de los aspectos de la asistencia en los que hay oportunidad de mejora⁴.

En España se comienza a hablar de control de la calidad en enfermería en los 70, cuando se introdujo un cambio en la práctica de la enfermería centrado en la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE)⁵. Este proceso cíclico permite la mejora continua de los CE, entendidos estos como una serie de actividades estructuradas y planificadas que llevan a unos resultados evaluables posteriormente.

Actualmente, la sociedad demanda una mayor atención de enfermería y exige un mínimo de calidad a la hora de cuidar. Esto conlleva una problemática manifestada por el aumento del número de quejas y reclamaciones. Por otro lado, Enfermería dispone de mecanismos para conferir un valor añadido a su trabajo, como son la aplicación del PAE tras una valoración integral de la persona, donde se identifique el estado de sus necesidades, realizando unos RE adecuados, se reflejen las intervenciones enfermeras llevadas a cabo y las respuestas que se obtienen sobre el individuo, así como la capacidad de este para recuperar el bienestar.

Este estudio se ha realizado en una unidad de Hemodiálisis (HD) acreditada desde el año 2000 por AENOR (como agente externo a la institución) según la norma ISO 9001:2000. Allí se llevan a cabo controles periódicos del nivel de calidad y de su mantenimiento. Durante la auditoria de otoño de 2005, los examinadores expresaron su no conformidad con los RE. Este informe motivó una revisión crítica de los documentos utilizados para el RE hasta este momento. Después, se propuso como acción correctora y de mejora, la elaboración de un nuevo documento enfermero (DE), teniendo en cuenta el modelo de enfer-

mería de Virginia Henderson, que está implantado en la institución.

Nuestro objetivo fue elaborar un nuevo DE para el RE de las sesiones de HD, consensado por el equipo de enfermería (EE), sometiéndolo a un control externo (Requisito de la norma ISO 9001:2000). Nos propusimos obtener información del EE sobre:

- a) El grado de adecuación de los DE usados hasta ese momento.
- b) Qué aspectos de los CE son considerados importantes a la hora de registrar.
- c) Qué percepción tiene el EE de los RE.
- d) El perfil de cumplimentación de los RE.
- e) La gestión del tiempo utilizado para el RE.

Metodología

El proceso presentado en este trabajo se dividió en tres fases. Se utilizó una metodología mixta, siendo principalmente cuantitativa la primera fase del estudio y cualitativa las restantes dos fases. En el análisis de los datos se utilizó el programa informático StatCrunch. El análisis cualitativo de las preguntas abiertas se realizó mediante una revisión crítica de las mismas según el método cualitativo descrito por Giorgi en 1997.

1. Fase descriptiva

La fase descriptiva tenía el objetivo de obtener información sobre el equipo de enfermería en relación a los aspectos anteriormente mencionados. Se diseñó para este fin un cuestionario con 20 preguntas, 5 cerradas de opciones variables, 13 con escala tipo Likert y 2 cuestiones abiertas en las que la enfermera podía expresar sus necesidades personales y las carencias que, a su juicio, tenía el documento que en ese momento utilizaba para registrar su trabajo. Fue administrado a todas las enfermeras y auxiliares de enfermería del equipo (excluyendo a los autores del estudio) que respondieron de forma anónima.

2. Fase de elaboración de un documento

La segunda fase del trabajo consistió en la elaboración de un nuevo documento que sirviese de guía para el registro de las sesiones de Hemodiálisis, según sugerían los datos de la fase descriptiva. Para ello se

constituyó un grupo de trabajo formado por cuatro enfermeras del equipo que diseñaron un documento basado en:

- Búsquedas bibliográficas y documentos en uso en otros centros de HD.
- La aceptación del Modelo de Enfermería de Virginia Henderson.
- La concepción de una Metodología Enfermera necesaria para el desarrollo de nuestras funciones.

Este documento estuvo en uso durante un mes en nuestra unidad. Posteriormente se entregó un cuestionario semi-estructurado de 4 preguntas abiertas, a cada enfermera de la unidad con el objetivo de que, desde el propio equipo, se propusieran las modificaciones o adaptaciones necesarias.

3. Fase de control externo

En la tercera fase del trabajo, se realizaron los cambios pertinentes al documento según las propuestas del equipo de enfermeras y fue puesto en funcionamiento para ser sometido a control a través de auditoría externa al servicio (AENOR). En este proceso se sugirieron ligeros cambios que posteriormente fueron introducidos para su uso definitivo.

El método supuso la participación de todo el equipo de enfermería en el diseño de su propia herramienta de trabajo, adaptada a las necesidades del mismo, así como el establecimiento premeditado de medidas de control externas que asegurasen la fiabilidad del proceso.

Resultados

Resultados del primer cuestionario. Se entregó el cuestionario inicial a un total de 15 profesionales (12 enfermeras y 3 auxiliares), con una media de experiencia profesional de $8,8 \pm 6,33$ años y una antigüedad media en el servicio de $2,74 \pm 1,97$ años. Los cuestionarios anónimos fueron cumplimentados por todos los profesionales, obteniéndose las siguientes respuestas:

1. Respecto a la adecuación del registro anterior

El 60% de los encuestados respondió que creía adecuadas las hojas utilizadas para los registros en la

unidad, mientras que un 20% las consideraba poco o nada adecuadas. Sin embargo, un 66,6% de ellos expresó que estas hojas reflejaban poco o nada el trabajo efectuado por el profesional, siendo un 20% los profesionales que creyeron que su trabajo se reflejaba fielmente en este registro. Un 39% de los encuestados reconoció también cierta dificultad a la hora de usar el registro, siendo un 46,6% el porcentaje de profesionales que refirieron poca o ninguna dificultad en este aspecto.

Un 46,6% de las enfermeras encontraban habitualmente dificultades para leer las anotaciones realizadas por otros integrantes del equipo, siendo un 33,3% a las que les sucedía sólo a veces y un 20% de ellas las que no solían encontrar dificultad en este aspecto.

En la pregunta abierta enfocada en este sentido, hallamos bastantes referencias a la falta de aplicación de una metodología estructurada, con alusiones a las etapas del PAE.

2. Respecto a aspectos de los cuidados considerados importantes a la hora de registrar

La tabla 1 muestra la importancia que las enfermeras concedían en sus anotaciones a diferentes aspectos del cuidado que se presentan habitualmente en nuestro ámbito de trabajo.

Tabla 1. Importancia de las anotaciones

Variable: "Importancia concedida a la hora de anotar"	Poca o ninguna	Media	Muy importantes o imprescindibles
Constantes (TA, FC, Temperatura)			100 %
Aspecto psicológico	13,3 %	13,3 %	73,3 %
Medicación administrada			100 %
Aspecto social	19,9 %	26,6 %	53,3 %
Hora del registro	6,6 %	6,6 %	86,6 %
Aspectos fisiológicos	6,6 %	20 %	73,3 %
Parámetros dialfíticos		6,6 %	93,3 %

También se realizó una pregunta abierta para ampliar nuestra información en este sentido, encontrando nuevamente alusiones a la importancia del PAE y su aplicabilidad en nuestro ámbito asistencial. Se expresó también la carencia de diversos aspectos técni-

cos ausentes en la hoja de registros usada hasta ese momento en la unidad.

3. Respecto a la percepción de los registros y perfil de cumplimentación

El 93,3% de las enfermeras encuestadas consideró muy importante hacer constar su trabajo mediante anotaciones, sin embargo, fue menos contundente la respuesta a si "la enfermera registra realmente lo que hace". El 72,3% pensó que era así, aunque un 20% opinó que sólo a veces y hubo un 6,6% (n=1) que respondió que nunca o casi nunca se registraba lo que hacía.

Se cuestionó al equipo de enfermería sobre la frecuencia en que solían registrar diferentes aspectos del cuidado, considerado éste último desde el punto de vista de las 14 necesidades descritas por el modelo de enfermería de VH. Las respuestas se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Percepción de los registros y perfil de cumplimentación

Variable: "Grado de registro por necesidades"	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente o siempre
Patrón respiratorio	80 %	20 %	
Acciones encaminadas a mejorar la respiración	66 %		33 %
Hidratación	66,6 %	13,3 %	19,9 %
Alimentación, nutrición	73,2 %	20 %	6,6 %
Eliminación vesical	66,6 %	20 %	13,3 %
Eliminación intestinal	60,6 %	33,3 %	
Grado de movilidad	59,9 %	26,6 %	13,3 %
Cuidados encaminados a mejorar la movilidad	53,3 %	26,6 %	13,3 %
Sueño, descanso	86,6 %	13,3 %	
Cuidados para vestir o desvestir	86,6 %	13,3 %	
Termorregulación	26,6 %	20 %	53,3 %
Higiene corporal	79,9 %	13,3 %	6,6 %
Acciones preventivas de riesgos o peligros	59,9 %	33,3 %	6,6 %
Capacidad de comunicación o comprensión	66,6 %	13,3 %	20 %
Creencias, valores	93,3 %	6,6 %	
Aspectos relacionados con la actividad diaria o profesional	73,3 %	13,3 %	12,3 %
Cuidados encaminados al aprendizaje	66,6 %	20 %	12,3 %

El 86,6% de los encuestados pensaban que la enfermera debe identificarse siempre tras la realización de un cuidado. Sin embargo, encontramos un 26,6% de enfermeras que reconocieron hacerlo sólo a veces, mientras que un 60% de los encuestados respondieron que se identificaban siempre tras registrar. Los auxiliares de enfermería cuestionados respondieron que nunca se identificaban al desempeñar sus funciones.

En cuanto al aspecto legal de los registros, el 46,6% de los encuestados dijo conocer las implicaciones legales de los mismos, mientras que un 40% reconoció conocerlas sólo parcialmente y un 13,3% no conocerlas en absoluto. A este respecto, el 59,9% de los encuestados opinó que esta implicación legal condiciona al profesional a la hora de realizar los registros.

3. Respecto a la gestión del tiempo

En cuanto al tiempo dedicado a cumplimentar por escrito las actividades, el 50% de las enfermeras respondió que dedicaba hasta 5 minutos de su tiempo, el 41,6% hasta 10 minutos y un 8,33% (n=1) dedicaba más de 10 minutos. El 83,3% de las enfermeras encuestadas refirieron que realizaban sus anotaciones justo después de haber observado o realizado un cuidado. Un 16,6% de ellas registraba siempre la hora y el 50% lo hacía sólo a veces, siendo inusual en el 33,3% de los casos.

Los datos descritos fueron utilizados para la elaboración de un nuevo documento para el registro de las sesiones de HD.

Resultados de la segunda encuesta o encuesta de sugerencias. Fue entregada a 15 enfermeras y auxiliares de enfermería de nuestro servicio, obteniendo un 46,66% de respuestas. Los datos de la segunda encuesta aportaron diferentes sugerencias sobre aspectos técnicos, apareciendo nuevamente una gran preocupación por el uso de una valoración de enfermería para pacientes en HD, la utilización de los diagnósticos de enfermería y la protocolización y evaluación de los cuidados.

Resultados de la auditoria externa realizada el 01/02/2006 por AENOR. Se propusieron cambios en el sentido de dejar constancia de la correcta desinfección del monitor de HD. El resultado final fue la creación de un nuevo documento para registrar sesiones de

HD en cuya creación participó todo el equipo de enfermería del servicio de Hemodiálisis (Anexo 1).

Discusión

Desde el principio nos planteamos este estudio bajo un punto de vista poco utilizado, al implicar al EE en la construcción de su propia herramienta de trabajo y aplicar las filosofías de mejora continua y de calidad, contenidas en la ISO, empleando los criterios de control que dicha norma establece. Creemos que existe una relación entre la calidad asistencial y la calidad del RE. Entendemos que el DE donde enfermería realiza sus anotaciones es una guía que sirve de ayuda para la prestación del cuidado, aunque el propio documento en sí no asegura la calidad en el acto del cuidar. Por tanto, el RE es una condición necesaria, pero no suficiente, para asegurar la calidad de los cuidados, ya que para cuidar adecuadamente no es necesario efectuar un buen registro, en cambio un mal RE deja incompleto el trabajo de la enfermera.

Observamos que un porcentaje considerable (60%) del EE cree que el documento utilizado hasta ese momento era adecuado. Sin embargo, examinando en profundidad los resultados, hallamos que casi la mitad de los encuestados (46,6%) habitualmente tenían dificultades para leer las anotaciones realizadas por sus colegas.

Por otro lado, se preguntó al equipo sobre los aspectos que conforman los RE que realizan habitualmente, desde el marco de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Sorprendentemente, ninguna de ellas apareció de forma representativa en la respuesta de las enfermeras cuestionadas (tabla 2). Sin embargo, encontramos una alta frecuencia de respuestas cuando se preguntó sobre la importancia de ciertos aspectos del CE desde una perspectiva bio-psico-social (tabla 1). Estas diferencias podrían ser debidas a una concepción algo tecnicista del cuidado y de su registro por parte del EE o incluso a cierto desconocimiento del modelo. En cambio, sí se denota la preocupación del EE hacia la concepción de una Metodología Enfermera estructurada.

Vista la predisposición del equipo por aspectos del cuidado que trascienden el ámbito de una sesión de HD y los objetivos del presente estudio, se propusieron y

aprobaron estrategias que favorecieran la futura implantación del PAE en nuestra unidad, tales como la formación del EE en este sentido, proceso que llevaría a la creación de nuevos Diagnósticos Enfermeros específicos para cada una de las etapas del PAE.

En lo referente a la cumplimentación observamos que más de la mitad de los encuestados (59.9%) opinan que las implicaciones legales de los RE condiciona al profesional a la hora de escribir y un 53.3% conoce poco o nada cuáles son esas implicaciones. Estos resultados muestran una necesidad del EE que inicialmente no estaba contemplada en los objetivos del presente estudio, no obstante se realizó una sesión de enfermería en la que se informó sobre los aspectos legales de los RE.^{6,7}

Dos tercios (66.6%) de las enfermeras encuestadas opinan que los RE reflejan poco o nada el trabajo efectuado por la enfermera. Mientras un 20% del EE dice que sólo a veces registra lo que hace e incluso una enfermera reconoce que nunca registra lo que hace. Se desprende que un porcentaje importante de las enfermeras piensan que los RE no son reflejo fiel del trabajo que los profesionales llevan a cabo, encontrando en esta idea una similitud con uno de los estudios consultados². Sorprende que un profesional asuma que nunca registra todo a lo que dedica su asistencia.

En cuanto a la gestión del tiempo, el 91.6% del EE dedica menos de 10 minutos de su tiempo a registrar. También se denota el interés del equipo por responsabilizarse en su parcela de cuidados, ya que la mayoría del EE (93.3%) considera importante hacer constar su trabajo por escrito. De ello se deduce que la concepción de asociar los RE a la burocracia no tiene sentido aquí, si consideramos que el dedicar unos minutos a reflejar el trabajo realizado no supone una carga de trabajo adicional en términos de tiempo.

Debemos reseñar que la aplicabilidad de este estudio se ciñe al ámbito de un EE determinado, donde se intentó implicar a todos los colegas en la elaboración de su propia herramienta de trabajo.

Conclusiones

El DE utilizado previo al estudio no se adaptaba a las necesidades de la unidad, ya que dificultaba el traba-

jo del equipo multidisciplinar. En cambio, el EE opinaba que dicho documento era adecuado.

El equipo tiene una visión tendente a contemplar aspectos técnicos de su trabajo y aunque la mayoría de las enfermeras creen que es importante hacer constar su trabajo por escrito, algunas reconocen que no registran todos los cuidados que realizan, no suponiendo el registro un aumento de la carga asistencial.

El resultado final de este estudio ha sido la puesta en marcha de un nuevo documento para el registro enfermero, concebido como una guía para la prestación de cuidados. De esta forma, sentamos la base para la mejora continua de la calidad asistencial, lo que beneficiará al paciente y a los profesionales.

Bibliografía

1. Amezcua Manuel. La Calidad en la Documentación Clínica de Enfermería. Del Papeleo a los Registros para el Cuidado. Revista Index de Enfermería / Invierno 1995; 11:15-20.
2. Calvo Calvo, Manuel Ángel. Factores que influyen en la calidad de los registros, según las enfermeras de una unidad de nefrología. Libro de Comunicaciones presentadas al Congreso de la SEDEN; 2002. p. 173-178.
3. De Pedro Joan, Zaforteza Concha. No más estudios sobre registros de enfermería: ¿Hay resultados en términos de salud? Evidentia 2005; 2(6). En <http://www.index-f.com/evidentia/n6/147articulo.php>.
4. Martínez Mondejar Belén. Calidad asistencial ¿Sólo una filosofía? Conferencia inaugural en foro científico. Revista Index de Enfermería 1994; 10.
5. Amezcua M. Documentación profesional y calidad de los cuidados. Ponencia I en foro científico. Revista Index de Enfermería 1994; 10.
6. Pera Fábregas Isabel. Aspectos actuales de enfermería legal. Artículo de la ciber-revista de enfermería de urgencias. 607. En: <http://www.ciberrevista.enferurg.com/>
7. Fernández Alcaraz, Laura. Aspectos legales de interés: Conceptos útiles, problemas y dilemas para la enfermería de urgencias y emergencias prehospitalarias. Artículo de la ciber-revista de enfermería de urgencias 2005; 33. En: <http://www.ciberrevista.enferurg.com/>

DADES DEL PACIENT										
Nom _____		Llinatges _____			N.H.C. _____					
Data _____		Torn _____		Al.lèrgies _____		Nº Registre _____				
CARACTERÍSTIQUES DE HEMODIÀLISI										
Temps _____		Fluxe sang ideal _____			Filtre _____		Lot _____			
Concentrat _____		Fluxe bany _____		K+ afegit _____		Tª bany _____				
Litres min. _____		Monitor _____		Modo Ttº _____		Uf. Max. _____				
°C	Hora							PredC	PosHd	P. Inicial
	PreHD	PosC								
T A S										
T A D										P. Sec
F C										Ganància
Bomba de sang								Càmara Coag. <input type="checkbox"/>		
P. A.								Canvi línies <input type="checkbox"/>		
P. V.								Canvi Dialit. <input type="checkbox"/>		Ingesta
P. T. M.								Dialitz. brut <input type="checkbox"/>		
UF programada								Uf final		Retorn
UF acumulada										
Uf/h - perfil <input type="checkbox"/>								Litres		P. Final
NA++ - perfil <input type="checkbox"/>										
Litres tractats										
Entrades								Fallada monitor <input type="checkbox"/>		
Volum								(Especificar)		
Heparina								Desinfectat <input type="checkbox"/>		
MEDICACIÓ ADMINISTRADA										
EPO							ALTRES			
FERRO										
CALCIJEX										
CARNICOR										
ANTIBIÒTIC										
ALTRES										
PRESCRIPCIONS MÈDIQUES:										
Firma										
ANALÍTICLES EXTRETES										

ACCÉS VASCULAR							
Catéter <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Definitiu <input type="checkbox"/> F.A.V.I. <input type="checkbox"/> P.T.F.E. <input type="checkbox"/> Agulles Iugular <input type="checkbox"/> Subclàvia <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> M. sup. <input type="checkbox"/> M. Inf. <input type="checkbox"/> (15) Altres <input type="checkbox"/> _____ Esquerra <input type="checkbox"/> Dret <input type="checkbox"/> (16) Esquerra <input type="checkbox"/> Dreta <input type="checkbox"/> Altres _____ (17) Puncions (A) _____ (V) _____							
Inici HD branques permeables	Rentats	Permeabilitat	UROKI NASA 1ª dosi	Permeabilitat	UROKI NASA 2ª dosi	Permeabilitat	Rams canviats
A (Sí) (No)		(Sí) (No)		(Sí) (No)		(Sí) (No)	
V (Sí) (No)		(Sí) (No)		(Sí) (No)		(Sí) (No)	
PROBLEMES		ACTIVITATS			EVALUACIÓ		
O R I F I C I	Dolor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Exudat <input type="checkbox"/> Crosta <input type="checkbox"/> Altres <input type="checkbox"/> _____ _____						
A C C É S	Dificultat punció <input type="checkbox"/> Dèficit flux <input type="checkbox"/> Sagnat <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infecció <input type="checkbox"/> Hemostàsia <input type="checkbox"/> Altres _____						
D I A L Í T I C S	Hipotensió <input type="checkbox"/> Enrampades <input type="checkbox"/> Vòmits <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Disrritmia <input type="checkbox"/> Dolor _____ Altres _____						
EVOLUCIÓ D'INFERMERIA							
CONNEXIÓ D.U.E. Firma	CONTROL I D.U.E. Firma	CONTROL II D.U.E. Firma	DESCONEXIÓ D.U.E. Firma	AUX. INFERMERIA Firma			