

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Enfermería**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

“TÍTULO DEL PROYECTO”

**Calidad de las Notas de Enfermería en el Hospital de
Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”**

Autor:

Johnny Chipre Reyes

DIRECTORA:

Licenciada Otilia Gómez

Guayaquil Julio del 2011

DEDICATORIA

Con el inmenso amor que siento, dedico este trabajo a mis queridos hijos Scarlet y Gerard quienes son y siguen siendo mi motivación e inspiración para día a día buscar el camino de la perfección como padre y amigo.

A mi madre, a quien quiero tanto y es una de las razones especiales para mis avances académicos, motivándome a luchar constantemente para alcanzar y cumplir con mis objetivos planteados, siendo una de ellas ser digno de obtener el título de licenciatura en enfermería de esta prestigiosa institución académica (Universidad Católica de Santiago de Guayaquil).

AGRADECIMIENTOS

Primordialmente agradezco a Jehová nuestro Dios y creador, por llenarme de bendiciones día a día y permitirme dirigirme hacia Uds., por darme la fortaleza y la sabiduría para vencer los obstáculos de la vida.

A toda mi familia en especial a mis padres por sus sabios consejos y por brindarme su apoyo tanto moral como económico.

A mis maestros, excelentes docentes que de una u otra forma han sabido guiarnos y motivarnos a seguir estudiando; gracias por todo el conocimiento científico impartido, que en efecto de todo eso han logrado formar profesionales de enfermería responsables y humanitarios.

A mis compañeros y compañeras de estudio que siempre estuvieron compartiendo sus grandes o pequeños conocimientos, formando así un dinámico y emprendedor grupo de estudio.

A mi directora de tesis, quien con su conocimiento y motivación ha sido de gran ayuda para la elaboración y perfección de este trabajo académico.

CONTENIDO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

TABLA DE CONTENIDOS

ABREVIATURAS

RESUMEN Y ABSTRAC

JUSTIFICACIÓN

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL TEMA U OBJETO DE ESTUDIO

OBJETIVOS:

Objetivo general

Objetivos específicos

MARCO TEÓRICO

Marco referencial..... 14

Capítulo I

Comunicación multidisciplinaria en el equipo de salud..... 18

Comunicación en enfermería..... 19

Informes de enfermería..... 19

Compromiso legal de enfermería con el equipo de salud..... 22

Barreras de la comunicación..... 24

Guía de aplicación practica para optimizar la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes..... 24

Capítulo II

Documentación clínica sanitaria.....	27
La historia clínica.....	27
Marco legal de la historia clínica.....	30
Proceso administrativo de la historia clínica.....	31
Nomenclatura de la H.C.U.....	34

Capítulo III

Documentación de enfermería.....	35
Hoja de evolución.....	36
Notas de enfermería.....	36
Propósitos de las notas de enfermería.....	37
Importancia y Beneficios de las notas de enfermería.....	40
Directrices para la documentación de enfermería.....	41
Documentación de enfermería narrativa.....	47
Lo que no se debe registrar.....	48

Capítulo IV

Proceso de atención de enfermería.....	49
Antecedentes.....	50
Relación de los pasos del proceso de enfermería.....	51
Importancia y ventajas.....	52
Características.....	53
Primera fase del proceso de enfermería: valoración.....	54
Segunda fase del proceso: diagnóstico de enfermería.....	59

Tercera fase del proceso: planificación.....	60
Cuarta fase del proceso de enfermería: ejecución.....	61
Quinta fase del proceso de enfermería: evaluación.....	62
HIPÓTESIS	63
MÉTODO:	
Justificación de la elección del método.....	64
Diseño de la investigación.....	64
PRESENTACIÓN DE LOS DATOS/RESULTADOS	66
ANÁLISIS DE LOS DATOS/RESULTADOS	66
CONCLUSIONES	102
VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	104
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	107
TABLAS Y CUADROS:	
Numeración, nomenclatura y servicios de la historia clínica.....	34
Ejemplos de criterios de informes y registros.....	44
Ejemplos de notas de enfermería según formato: SOAPIE.....	47
Notas de enfermería con registro focalizado en gráfico.....	48
ANEXOS	108

ABREVIATURAS

D.E.: Diagnóstico de Enfermería.

F.E.D.E.: Federación Ecuatoriana De Enfermeras y Enfermeros.

H.C.: Historia Clínica.

H.C.U.: Historia Clínica Única.

I.V.: Intra Venoso.

JCAHO: Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations.

M.S.P.: Ministerio de Salud Pública.

O.P.S.: Organización Panamericana de Salud.

P.A.E.: Proceso de Atención de Enfermería.

S.N.S.: Sistema Nacional de Salud.

T.A.: Tensión Arterial.

RESUMEN

Las notas de enfermería son el soporte documental donde queda plasmada la información sobre la actividad enfermera referente a una valoración, tratamiento y evolución de una persona.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, comparativo en donde se entrevistó a los profesionales de enfermería y se evaluó las anotaciones de sus actividades referentes al cuidado continuo del paciente durante el periodo de abril 25 a mayo 8 del 2011 en las áreas de hospitalización, las mismas que comprende Cirugía, Medicina Interna, Gineco – Obstetricia y Pediatría, propias del Hospital Nacional De Especialidades “Dr. Abel Gilbert Pontón”

Para llevar a cabo dicho estudio, se tomó una muestra de 40 profesionales de enfermería, los mismos que estaban distribuidos en sus correspondientes áreas y turnos, y 80 historias clínicas de los pacientes hospitalizados durante el periodo antes mencionado, en donde se aplicó la guía de observación a las notas de enfermería.

Los resultados obtenidos muestran que uno de los factores más relevantes para la incorrecta anotación de sus actividades es la escasez de profesionales de enfermería, seguida de el exceso de pacientes asignados para cada licenciada/o que a efecto de esto existe una mayor carga de trabajo.

Con lo que respecta a las anotaciones realizadas por el personal profesional de enfermería los resultados demuestran gran parte de este registro no se lo esta llevando a cabo de acuerdo a las directrices profesionales y legales con que se las debería realizar

Palabras claves. Notas de enfermería, Documentación de enfermería, Registros de enfermería, Informes de enfermería.

ABSTRACT

The nursing notes are the supporting documentation which is reflected on the activity information regarding a nurse assessment, treatment and evolution of a person.

We performed a descriptive, observational, comparative, where he met with nurses and evaluated the entries of its activities relating to the ongoing care of patients during the period from April 25 to May 8, 2011 in the areas of hospitalization, same including Surgery, Internal Medicine, Gynaecology - Obstetrics and Pediatrics, own the National Specialty Hospital Dr. Abel Gilbert Ponton "

To carry out this study, we took a sample of 40 nurses, the same that were distributed in their respective areas and shifts, and 80 medical records of patients hospitalized during the period mentioned above, where the guide was applied observation of the nursing notes.

The results show that one of the factors most relevant to the incorrect recording of their activities is the shortage of nurses, followed by the excess of patients assigned to each licensed or that there is an effect of this increased workload.

With regard to the annotations made by the staff nurse the results show much of this record that is not what is taking place according to legal and professional guidelines that they should be performed.

Keywords. Nursing notes, nursing documentation, nursing records, nursing reports.

JUSTIFICACIÓN

La enfermería como disciplina permite al profesional ser autónomo, pertenecer al equipo de salud, ya sea que este se encuentre en el ámbito comunitario u hospitalario, siendo así este último la base para la realización del presente estudio, que buscará evidenciar la continuidad del cuidado proporcionado por el profesional de enfermería mediante los registros que se realizan en los diferentes servicios de hospitalización del Hospital de Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” y que en la presente investigación tomare como espacio las áreas de Cirugía, Medicina Interna Gineco – Obstetricia y Pediatría propias dicha casa de salud.

Los registros de enfermería son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución.

Las notas de enfermería en el ámbito hospitalario constituyen una parte fundamental de la asistencia y la continuidad del cuidado que se brinda al individuo que se encuentra hospitalizado por presentar un estado de salud que demanda una atención profesional. Dicho reporte enfermero forma parte de la historia clínica del paciente, lo que conlleva responsabilidades de índole profesional y legal, por tanto precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos.

Hacer este tipo de registro de los cuidados que el profesional de enfermería proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales, deben conocer no sólo la importancia del cumplimiento de los registros sino también la legislación vigente que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud; es por ello que el Enfermero/a profesional recibe durante su formación universitaria los componentes teóricos básicos sobre la importancia y el uso correcto de este tipo de registro.

La práctica profesional de enfermería en el ámbito hospitalario dirige su quehacer al cuidado directo de los pacientes de tal manera que el reporte de todas estas actividades realizadas para el mantenimiento de la salud de dicho paciente es de gran importancia tanto para el enriquecimiento de la disciplina en el

mantenimiento de las actividades propias del área, como para el paciente a quien se le satisface sus necesidades por medio de las intervenciones de cuidado realizadas por parte del enfermero/a, y finalmente para la institución prestadora de servicios porque hace parte de la calidad de atención.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad. Los registros de enfermería constituyendo así:

- Un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Calidad de cuidados, al poder compararse con determinadas normas de calidad.
- Un sistema de evaluación para la gestión de servicios enfermeros, permitiendo: La investigación en enfermería; la formación pre/post-grado y una prueba de carácter legal.

Por ello, los registros que los enfermeros/as estamos obligados profesional y legalmente a cumplimentar son **Hoja de valoración al ingreso, Plan de cuidados, hoja de evolución, gráfico de constantes vitales, hoja de medicación y hoja de enfermería al alta**, éste último, sólo en el caso que el paciente precise cuidados de enfermería tras su alta hospitalaria.

De tal manera que en este trabajo investigativo tendrá como objetivo estudiar la importancia de las notas de enfermería, y que los resultados contribuyan y motiven al personal profesional de enfermería en su labor asistencial, a la actualización permanente y así mejorar la calidad de dicha documentación de enfermería, realizándolos acordes a los indicadores de calidad, a fin de acreditar, garantizar y demostrar la calidad del cuidado asumiendo con responsabilidad el ejercicio de la profesión.

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL TEMA U OBJETO DE ESTUDIO

El siguiente proyecto de investigación pretenderá verificar la calidad de las notas de enfermería realizadas por el profesional destinado a esta actividad, dicha investigación se llevará a cabo en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco Obstetricia y Pediatría, propias del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, las mismas que fueron áreas en las cuales desempeñé gran parte de mi internado rotativo de enfermería, en donde gracias a este periodo he logrado notar que existen muchas falencias por parte del personal profesional enfermero que labora en los diferentes turnos, al momento de realizar las notas de enfermería, dicho registro que evidencia el cuidado continuo que brinda el personal de salud al paciente y forma parte del respaldo escrito de toda intervención realizada a cada usuario. Por tanto esta actividad que es parte del quehacer diario del licenciado/a en enfermería debe de ser realizada con mucha responsabilidad y precisión, lo cual no se refleja en las notas elaborados en estas áreas.

Es importante recalcar que esta actividad es de vital importancia, no solamente para evaluar o medir la productividad del personal de enfermería, sino que también es de mucha ayuda para el médico cuando se hace una anotación exacta de los acontecimientos, las necesidades, asistencias al usuario y los resultados de las actuaciones de enfermería. Fruto de esto existirá una armonía profesional e interdisciplinaria la misma que va a repercutir en el estado de salud del paciente logrando buenos resultados.

También se debe tomar en cuenta que muchas veces las falencias que he notado en ciertas notas de enfermería se debe a que estos no son realizados por el personal indicado para esta actividad, esto quiere decir que son realizados por el personal auxiliar, que muchas veces no tiene el conocimiento científico para llevarlo a cabo de una manera objetiva, exacta, concisa y completa. La razón de este hecho es lo que se pretende identificar mediante este estudio.

Ya expuesta esta problemática, como futuro profesional de enfermería es mi responsabilidad hacer notar y tratar de corregir estas faltas que muchas veces nos cuesta el prestigio y la seriedad que esta profesión demanda, es por eso que es y debe ser necesaria plantearnos la siguiente interrogante:

Cuáles son los factores que influyen para que las enfermeras/os profesionales no realice correctamente sus notas, como evidencia de la continuidad del cuidado directo, que se brinda a los pacientes en las diferentes áreas de hospitalización como: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – Obstetricia y Pediatría, pertenecientes al Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA U OBJETO DE ESTUDIO

El hospital de Guayaquil “Dr. Abel Gilbert pontón”, pertenece al Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), este es un hospital de referencia nacional por lo que diariamente acuden cientos de usuarios a sus diferentes servicios que este proporciona. Dicha institución esta ubicada al sur de la ciudad y cuenta con diferentes áreas que corresponden: área de emergencia, consulta externa, y cuatros áreas de hospitalización las misma que se encuentran ubicada en las diferentes plantas de esta casa de salud y que están denominadas como Gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía, quirófanos y unidad de cuidados intensivos (UCI).

El presente proyecto de titulación se lo realizará en las diferentes áreas de hospitalización, las mismas que comprende Cirugía, Medicina Interna, Gineco – Obstétrica y Pediatría, ubicadas en sus correspondientes plantas del hospital ya antes mencionado. Ya mencionadas estas áreas podemos acotar que presentan una estructura parecida, siendo así divididas en 10 a 12 ambientes cuyas capacidades son de 6 pacientes; a excepción del área de pediatría que cuenta con dos ambientes exclusivos denominados Unidad Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico (UCIP).

OBJETIVOS

Generales.

Identificar los factores que influyen en las enfermeras/os profesionales para que no realice correctamente sus notas de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado brindado a los pacientes hospitalizados en Abril 25 a Mayo 8 del 2011, en las áreas de: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – Obstetricia y Pediatría pertenecientes al Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Específico.

- Evaluar la calidad de las notas de enfermería que se realizan como evidencia del cuidado directo que se brinda a los pacientes en los servicio de: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – Obstetricia y Pediatría pertenecientes al Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”
- Determinar las actividades del cuidado directo que realiza el profesional de enfermería para llevar a cabo el registro de las condiciones de salud del paciente.
- Determinar el nivel de conocimiento que poseen el profesional enfermero sobre las notas de enfermería como evidencia del cuidado directo.
- Determinar el tiempo que dedica el profesional de enfermería para realizar los registros de sus actividades realizadas como parte del cuidado directo de enfermería.
- Conocer si existe capacitación por parte de la supervisión de enfermería para instruir sobre la importancia y como realizar una correcta nota de enfermería.

MARCO TEÓRICO

Marco referencial.

Según conclusiones de un estudio realizado por Chaparro Diaz & García Urueña (2003) de la Universidad Nacional de Colombia sobre los registros de Enfermería, demuestran que los registros de mayor uso son la hoja de medicamentos, órdenes de enfermería y órdenes médicas, que no demuestran la continuidad del cuidado por datos incompletos en la hoja de medicamentos, y no permiten a otros profesionales saber la fecha de inicio y terminación del medicamento, esta deficiencia obstaculiza la planeación del cuidado de enfermería que controle y mitigue posibles complicaciones ya que se pierde la evolución del paciente en cuanto a las respuestas que se pudieran generar frente al tratamiento recibido .

El tipo de registro utilizado en las notas de enfermería por las Enfermeras/os, se acerca al sistema narrativo, ya que el proceso de enfermería en sus etapas de la valoración, planeación y la evaluación, no son suficientes para dejar evidencia del cuidado continuado. La etapa del proceso de enfermería que mayor veces se presenta en los registros del profesional, es la ejecución, con la administración de medicamentos. La planeación se evidencia en las órdenes de enfermería y las órdenes médicas (Chaparro Diaz & García Urueña, 2003).

Presenta mayor peso de uso el chequeo de la hoja de órdenes médicas para atender al paciente, dificultando la aplicación del proceso de enfermería que le da autonomía y criterios para brindar el cuidado, a esto se suma la falta de pertenencia del registro que realiza el profesional de enfermería evidenciado por la ausencia de los criterios legales para el diligenciamiento de los mismos como los espacios en blanco, la ausencia de nombre y firma, letra ilegible y poco clara, presentado en proporciones altas (Chaparro Diaz & García Urueña, 2003).

Lucena De Cordero (2008) en una investigación realizada por una universidad de Venezuela, los resultados procesados a través de la tabulación de datos permiten precisar las siguientes conclusiones:

- Existe un porcentaje importante tanto de docentes como de alumnos que no manejan la diversidad de tipos de Registros Clínicos.
- Los registros clínicos de Enfermería no siempre están fundamentados bajo la concepción de una teoría o modelo de enfermería.
- Los registros clínicos de enfermería realizados adecuadamente, no son considerados por todos como base fundamental para la autonomía profesional.
- Una mayoría importante consideran de gran valía el realizar los Registros Clínicos de enfermería, adecuadamente ya que ellos son fuente para la investigación, docencia y la contribución de la identidad de la profesión de enfermería.

Por otro lado Ruiz Gómez (2005) estudiante de enfermería de la Universidad de Zaragoza en otra investigación nos presenta las siguientes conclusiones con relación a los registro de enfermería.

- La mayoría de los informes de enfermería al alta hospitalaria, en el Hospital Santa Bárbara de Soria, se realizan en las Unidades de hospitalización quirúrgicas.
- Los datos registrados corresponden a patrones biomédicos y son recomendaciones de tipo técnico y basadas en órdenes médicas.

En el apartado de Educación sanitaria es donde mejor queda reflejada la actuación enfermera.

- El personal de enfermería no se identifica correctamente, ya que un 17,5% no anota su nombre y apellidos junto a la firma, criterio indispensable para reconocer a una persona.
- El modelo de cuidados utilizado en estos informes es el de V. Henderson, aunque de manera parcial. La mayoría son datos que hacen referencia al campo biológico de la persona, pero no están todos. De la parte psico-social solamente se registran la relación/comunicación.
- No utilizan diagnósticos enfermeros para definir los problemas.

Cabe considerar que para la elaboración de las anotaciones de enfermería como parte del cuidado del paciente influye mucho lo que es la comunicación tanto verbal como no verbal, en relación a esto Jorcano Lorén (2005) en un estudio realizado sobre comunicación, manifiesta que Stanton dijo que “la comunicación es uno de los cimientos de la enfermería y un arte holístico y afectuoso para los pacientes. Sin duda pues, puede argumentarse que la habilidad para comunicarse es el conocimiento básico del cuidado de enfermería”. Mientras que para Fielding y Llewelyn en la actualidad, “la comunicación todavía sigue siendo uno de los aspectos más difíciles del trabajo de una enfermera, y uno de los que es evitado frecuentemente o mal hecho, seguramente como consecuencia de la cantidad de barreras existentes todavía en los ámbitos sanitarios y en nuestra sociedad”. En tanto que para Ashworth “las enfermeras tenemos que ser conscientes de que esto puede ser un problema serio para mantener una comunicación eficaz y de que dichas barreras pueden minimizarse siempre y cuando las enfermeras y los pacientes hagan un reconocimiento abierto de las mismas”.

A continuación se enuncian una serie de fallas encontradas al momento de registrar, las mismas que hacen parte de estudios sobre registros de enfermería, como los de: Chaparro L. y García D. en Colombia; González Itziar e Ibarra Beatriz y el de Corcoles Pilar y otras en España; los de Méndez Gabriela y otros y De los Santos, en México, dichos estudios fueron citados en un artículo publicado sobre registros de enfermería por Ortiz Carrillo & Del Socorro Chávez (2006).

1. Uso inadecuado de términos médicos.
2. Empleo de notas descriptivas con repetición de anotaciones de cuidado y observaciones de rutina con ausencia de juicio profesional y precisión.
3. Presencia de información no válida, extensa que no refleja con claridad los problemas, las necesidades, capacidades y limitaciones de los pacientes.
4. La concepción del registro de enfermería como elemento estático, puntual en el tiempo y no como un proceso continuado durante las intervenciones de cuidado que se le prodigan al paciente.

5. Cumplimentados en su totalidad por personal auxiliar de enfermería y estudiantes en formación con diversos estilos para su redacción.
6. La evaluación que se hace a los registros obedece más a exigencias administrativas para la facturación y pago de servicio lo que convierte la auditoria del registro en un acto punitivo más que un instrumento formativo.
7. Un bajo cumplimiento de la normatividad: falta de datos de identificación, errores gramaticales, uso de corrector, borrones, abreviaturas no convencionales que inducen a error, líneas en blanco, firmas ilegibles y sin código.
8. Considerar que el registro puede realizarse después de completar otras tareas, “si hay tiempo”
9. No existe un consenso a la hora de registrar de forma estandarizada, en cada servicio se realizan de diversas formas.
10. A partir de los contenidos de los registros no es fácil conocer, el estado actual de la persona, sus limitaciones funcionales, su nivel actual de actividad.
11. Los registros reflejan falta de experiencia en su elaboración, se ignoran aspectos psicológicos, emocionales, socioeconómicos y espirituales de los pacientes.
12. Registros desordenados y sin un punto de enfoque, evidencian falta de conocimiento ó juicio clínicos.
13. La frecuencia del diligenciamiento de los registros por parte de la enfermera, no es suficiente para evidenciar su cuidado y los resultados de sus intervenciones.
14. Las diferencias de objetivos que existen entre la elaboración del registro en la práctica y la formación del estudiante, por un lado enseñar como hacerlo adecuadamente y por otro, el modelo de la enfermera asistencial que escasamente registra por estar inmersa en registros diferentes al acto de cuidar.

CAPITULO I

Comunicación multidisciplinaria en el equipo de salud.

La atención al cliente requiere una comunicación efectiva entre los miembros del equipo de cuidados de salud (Potter & Perry, 1996). Bensing y otros en 1996 y Rodríguez y Mira en el 2002 dice que en investigaciones realizadas en muy distintos contextos culturales comprueban que la primera razón por la cual los pacientes se declaran satisfechos de la atención recibida en hospitales y en centros ambulatorios, es el trato humano que reciben por parte del profesional sanitario que los atiende sea éste médico, enfermero u otro profesional de la salud, destacándose como elementos fundamentales de este trato la empatía mostrada por los profesionales, la información comprensible que éstos aportan, el tiempo que dedican a la relación personal con el paciente y la posibilidad que el paciente tiene de (Pons Diez, 2006).

El **registro** o la grafica de un cliente es una documentación legal permanente de la información relevante para la gestión de cuidados de la salud de un cliente (Potter & Perry, 1996).

La información también se transmite a través de las intervenciones dentro del equipo de salud. Las controversias permiten revisar la información de forma que se identifican los problemas y se recomienda soluciones. Por ejemplo, las reuniones para planificar el alta suelen implicar a miembros de todas las disciplinas que se encuentran para comentar la evolución del cliente hacia los objetivos establecidos para el alta. Las **consultas** son otra forma de información según la cual un profesional sanitario emite su opinión formal sobre los cuidados de un cliente a otro profesional (Potter & Perry, 1996).

Los **informes** incluyen intercambios orales y escritos de información entre los cuidadores. Al final del turno de trabajo en instituciones que brinda un cuidado de salud las 24 horas, las enfermeras/os dan un parte verbal a las enfermeras/os del turno siguiente. Un médico puede llamar a una unidad de enfermería para recibir un informe verbal sobre la situación y el curso de un cliente. El laboratorio emite un informe escrito conteniendo los resultados de las pruebas diagnósticas (Potter & Perry, 1996).

Comunicación en enfermería.

El fundamento del cuidado de enfermería es la relación interpersonal terapéutica que establece la enfermera con el sujeto de cuidado y con su familia; así mismo se relaciona con los demás trabajadores de la institución donde ejerce la profesión. Dicha relación a su vez se fundamenta en la comunicación, de ahí la importancia de que esta se caracterice por la asertividad; cualidad que el profesional debe ir cultivando desde el inicio de su formación y a lo largo del ejercicio profesional (Prieto de Romano, 2009).

Informes de enfermería.

El profesional de enfermería transmite información sobre los clientes de forma que todos los miembros del equipo puedan tomar las decisiones apropiadas sobre su atención. Los 4 tipos de informes realizados por las enfermeras/os son de cambio de turno, teléfono, traslado e incidencias (Potter & Perry, 2007).

Informes de cambio de turno.

Al final de cada turno las enfermeras/os transmiten la información sobre los clientes asignados a las enfermeras/os que van a trabajar en el turno siguiente. El propósito de este informe es proporcionar cuidado continuados entre el personal de enfermería que esta prestando cuidados a un cliente (Potter & Perry, 2007).

Un informe de turno se puede dar oralmente en persona, mediante registro de voz o durante los pases de visitas en la cabecera de cada cliente. Los informes orales se dan en salas de reuniones, con participación de miembros del personal de ambos turnos. Una ventaja de los informes orales es que permiten que los miembros del personal hagan preguntas o aclaren explicaciones. Cuando las enfermeras/os pasan visita, el cliente y los miembros de la familia también tienen la oportunidad de participar en todas las decisiones. Las enfermeras/os pueden ver al cliente juntas/os para realizar las valoraciones necesarias, evaluar la evolución y comentar las intervenciones mejor adaptadas a las necesidades del cliente (Potter & Perry, 2007).

Un buen informe describe el estado de salud de los clientes y permiten que las enfermeras/os del turno siguiente sepan exactamente que tipo de cuidados necesitaran (Potter & Perry, 2007).

Informes telefónicos.

Las enfermeras/os informan a los médicos de los cambios en la situación de un cliente y transmiten información a las enfermeras/os de otras unidades respecto al traslado de un cliente (Potter & Perry, 2007).

Las personas que participan en un informe telefónico deben proporcionar una información clara, exacta y concisa. En muchos casos, la información de un informe telefónico esta documentada en la historia clínica si se han producidos cambios o hechos significativos en la situación de un cliente (Potter & Perry, 2007).

Para documentar una llamada telefónica, la enfermera/o incluye cuando se hizo la llamada, a quien la hizo, a quien se llamo, para quien era la información que se dio, que información se dio y que información se recibió (Potter & Perry, 2007).

Ordenes telefónicas.

Las órdenes telefónicas suponen que un médico indica una prescripción terapéutica a una enfermera/o por teléfono. Es importante aclarar los mensajes cuando el profesional de enfermería acepta las órdenes del médico por teléfono. Luego la enfermera/o escribe la orden en el grafico de órdenes medicas en el registro permanente del cliente y la firma. El médico verifica mas adelante la orden telefónica y la legaliza firmándola dentro de un periodo establecido de tiempo. Estas órdenes telefónicas se dan con frecuencia por la noche o durante una urgencia y solo deben utilizarse cuando es absolutamente necesario (Potter & Perry, 2007).

Directrices para las órdenes telefónicas.

- ☞ Si el médico parece apresurado al teléfono, emplear preguntas de aclaración para evitar las malas interpretaciones.

- Determinar claramente el nombre del cliente, el número de habitación y el diagnóstico.
- Repetir todas las órdenes prescritas al médico.
- Escribir una orden telefónica para incluir la fecha y la hora; nombre del cliente, enfermeras y médico, y la orden completa.
- Seguir la política de la institución; algunas instituciones exigen que las órdenes telefónicas sean revisadas y firmadas por 2 enfermeras.
- Hacer que el médico firme la orden dentro del intervalo de tiempo requerido por la institución (generalmente 24 horas).

Informes de traslado.

Potter & Perry (2007) manifiestan que para favorecer los cuidados continuados cuando un cliente es trasladado de una unidad a otra, se pueden emitir informes de traslado por teléfono o personales. Cuando la enfermera/o da un informe de traslado incluye la siguiente información:

1. Nombre y edad del cliente, médico principal y diagnóstico médico.
2. Resumen de la evolución hasta el momento del traslado.
3. Estado de salud actual (físico y psicológico).
4. Plan de cuidados actual.
5. Cualquier valoración o intervención crítica que deba completarse en breve después del traslado.
6. Cualquier consideración especial como indicación de aislamiento o estado en cuanto a una posible reanimación.
7. Necesidad de cualquier equipamiento especial.

Informes de incidencias.

Los informes de incidencia son una parte importante del plan para mejorar de calidad de atención de una unidad. Cuando ocurre una incidencia como por Ej.: caída de los clientes, pinchazos con agujas, errores de administración de algún

medicamento, etc. La enfermera/o implicada en ella o la que presencia el hecho redacta un informe de incidencia (Potter & Perry, 2007).

Potter & Perry (2007) indica que todas la enfermeras/os están involucrados en incidencias relacionadas con los clientes en algún momento de su profesión. La siguiente lista ofrece recomendaciones para completar correctamente un informe de incidencia:

- Describir específicamente lo que ocurrió en términos concisos y objetivos.
- Describir de forma objetiva la situación del cliente cuando se descubrió la incidencia.
- Informar de cualquier medida adoptada por la propia enfermera/o u otros miembros del equipo de salud en el momento de la incidencia.
- No interpretar o suponer para explicar la causa de la incidencia ni mentir a nadie.
- Enviar el informe lo antes posible al responsable administrativo apropiado.
- Guardar un registro escrito del informe de la incidencia para los archivos personales.
- No fotocopiar el informe ya que la copia podría dar lugar a citación judicial.

Compromiso legal de Enfermería con el equipo de salud.

La Federación Ecuatoriana De Enfermeras y Enfermeros (2000) determina que los profesionales de enfermería como miembros de un equipo de salud deben mantener una relación llena de total armonía con todos los miembros de dicho equipo de asistencia sanitaria. Por ello para favorecer dicha armonía el capítulo II del código de Ética de la FEDE indica la importancia de las relaciones profesionales en los artículos detallados a continuación:

Art. 35.- Como miembros de un equipo multidisciplinario de salud, la enfermera o enfermero deben mantener una relación armónica con los demás miembros del equipo de salud, basada en el mutuo respeto y la colaboración para

promover el mejoramiento de la salud de la población, que constituye su meta común.

Art. 36.- La relación enfermera-equipo de salud demanda una estrecha colaboración, en la cual la enfermera debe cumplir sus funciones con autonomía, asegurando la confianza en el tratamiento que realiza el equipo de salud. En caso de que se encuentre en riesgo el paciente o usuario, la enfermera o enfermero actuarán de inmediato.

Art. 37.- Las relaciones entre enfermeras y enfermeros deben basarse en la armonía y colaboración; particular énfasis debe darse a la orientación de nuevas promociones y a la formación de futuros profesionales.

Art. 38.- Las enfermeras o enfermeros de docencia y servicio deben mantener una estrecha colaboración, considerando que el interés mutuo conduce a elevar la calidad de atención de salud a la población y al progreso de la profesión.

Art. 39.- Las relaciones entre colegas serán de respeto mutuo, identidad, lealtad y solidaridad.

Art. 40.- Faltarán gravemente a la ética profesional:

- a) La enfermera o enfermero que provoquen, difamen, calumnien o injurien a un colega en su ejercicio profesional o en su vida personal.
- b) La enfermera o enfermero que no respete las líneas de autoridad y traten de desplazar a un colega mediante procedimientos ilícitos o desleales.
- c) La enfermera o enfermero que distorsionen o se nieguen a proporcionar información relacionada con la atención de pacientes o familias bajo su cuidado y que altere la convivencia normal.

Art. 41.- La enfermera o enfermero que se haya capacitado deben contribuir al desarrollo profesional de sus colegas.

Art. 42.- La enfermera o enfermero deben evaluar al personal a su cargo para promover su desarrollo y progreso, actuando con justicia y equidad.

Disposición general juramento de la enfermera y el enfermero. Trabajar con el equipo de salud y colectivos humanos, dedicando mi lucha, conocimientos y principios a la resolución de los problemas de salud que aquejan al ser humano y a la comunidad ecuatoriana.

Barreras de la comunicación.

Entre las muchas barreras que pueden aparecer en los contextos sanitarios Jorcano Lorén (2005) destaca a tres como fundamentales por ser muy significativas en el quehacer de los profesionales de salud y por los efectos tan negativos que producen al bloquear las comunicaciones entre ellos y los enfermos:

- a) El escaso tiempo de que se dispone y la rutinización de las interacciones. Puede afirmarse que el tiempo es uno de los mayores estresores de la vida actual. Y es que a causa de su escasez, su uso y su buena administración puede representar un problema difícil en la organización y valoración de las tareas profesionales y demás acciones en las que se va a “gastar” ese tiempo que nunca volverá. Este agobio por el tiempo puede traducirse en muchos profesionales en rutina, la cual puede llegar a despersonalizar y a tener efectos negativos produciendo insatisfacción en los profesionales y desencanto entre los enfermos.
- b) El conflicto grupal. Que acarrea insatisfacción, malestar social, irritación, agresividad y desánimo.
- c) Las actitudes personales del profesional de salud. Que pueden llegar a ser una de las barreras más infranqueables para el logro de una comunicación efectiva y satisfactoria.

Guía de aplicación práctica para optimizar la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes.

El paso previo a la aplicación de estas reglas implica un contenido actitudinal: adquirir conciencia plena de ser un profesional que está aportando un servicio a la comunidad y conceptualizar estas reglas como un importantísimo instrumento de trabajo que permitirá actuar con más profesionalidad. Lo que se expone en este apartado no es un simple aderezo a la labor del profesional de la salud, sino un conjunto de destrezas comunicativas que deben acompañar a todo el conjunto de competencias teóricas y procedimentales que el profesional posee para desarrollar su trabajo. En cualquier caso, es necesario señalar que esta guía de aplicación recoge reglas de actuación en el ámbito laboral y nada dicen sobre

lo que el profesional sanitario debe o no debe hacer en las relaciones sociales implicadas en su vida privada (Pons Diez, 2006).

- 1 Usar un lenguaje apropiado para la persona que escucha, evitando palabras o conceptos que para el emisor pueden ser elementales pero que no todo el mundo tiene porqué conocer o comprender. Comunicar consiste en hacerse entender.
- 2 A la hora de dar indicaciones o prescripciones debe hacerse de manera clara, concisa y completa, evitando siempre la ambigüedad y la polisemia. Por otro lado, no hay que escatimar obviedades que pudieran darse por supuestas, pues hacerlo puede tener como consecuencia un empobrecimiento de la comunicación eficaz en contextos formales.
- 3 Dejar hablar al interlocutor y no interrumpirle de manera gratuita. Interrumpir sólo cuando no se entienda algo importante, cuando se pierda el hilo de la información, o cuando el interlocutor divague de manera muy exagerada.
- 4 Ayudar al interlocutor a que se sienta cómodo y libre en aquello que quiera expresar.
- 5 Demostrar interés por lo que se está escuchando, por medio del *feedback* no verbal y mediante acciones tales como mirar al interlocutor a la cara, colocar el cuerpo frente a él, asentir con la cabeza,... La relación comunicativa correcta no sólo implica escuchar, sino también demostrar que se hace.
- 6 Escuchar siempre para comprender al otro y no estar pensando qué es lo que se va a decir cuando el otro acabe de hablar. Esta sencilla regla contradice uno de los hábitos comunicativos más erróneos que solemos poner en juego las personas.
- 7 Ser siempre empático. La empatía consiste en ponerse en el lugar del otro y, por un momento, situarse en la perspectiva ajena y no en la propia, con la finalidad de comprender mejor los sentimientos, necesidades y situaciones particulares de la otra persona.

- 8 Mantener una actitud paciente ante el interlocutor. Dejar tiempo para que se exprese de manera completa, pues no todo el mundo sabe expresarse con la misma facilidad.
- 9 Evitar juicios de valor sobre el interlocutor. El juicio emitido sobre otra persona impulsa a ésta a asumir una actitud defensiva y la invita a buscar justificaciones.
- 10 Ser conscientes de que todas las personas tenemos necesidades físicas, psicológicas y sociales, pero que tanto éstas como la manera de satisfacerlas pueden ser muy distintas entre personas distintas.
- 11 Atender no sólo al contenido del mensaje sino también a los sentimientos y necesidades de la persona. Esto significa atender no sólo al mensaje, sino también a la persona.
- 12 Hacer preguntas siempre que se necesite conocer un dato relevante o entenderlo mejor, así como cuando se desee animar a la otra persona a expresarse. Esto también ayuda a conocer y comprender el punto de vista del paciente sobre las cuestiones tratadas. Nunca hay que dar por supuesto que se conoce sobre el paciente algo sobre lo que no se tiene certeza.
- 13 Estar atento a los mensajes no verbales del otro, pues ésta es una buena fuente de información para comprender mejor a la persona, sus sentimientos, necesidades, dudas y preocupaciones.
- 14 Ser consciente de la propia comunicación no verbal y utilizarla como un recurso comunicativo de primer orden.
- 15 En ocasiones, puede ser útil utilizar la técnica comunicativa de la paráfrasis, consistente en repetir el mensaje recibido para contrastar si es exacto lo que se ha entendido o si falta información adicional o se ha entendido erróneamente.
- 16 Verificar si el paciente ha comprendido, realmente, aquello que se le ha dicho. Este es el necesario complemento del punto anterior.
- 17 Demostrar, en todo momento, una elevada motivación hacia el propio trabajo. Es claro que la motivación laboral depende de factores muy diversos, que no sólo corresponden al esfuerzo actitudinal del profesional.

- 18 Auto-exigirse un esfuerzo de amabilidad, de capacidad de adaptación y de flexibilidad en el trato con el paciente y otros profesionales de la salud, superior al que se esperaría en otros ámbitos de relación social.

CAPITULO II

Documentación clínica sanitaria.

La documentación clínica sanitaria es todo el soporte escrito o iconográfico que contiene información sobre el estado de salud de un individuo y/o su familia. En el hospital la documentación clínica sanitaria integrada es la historia clínica del paciente que podrá tener distintos soportes: papel, iconográfico o automatizada (Carrascal Gutiérrez, Garrote Sastre, Ochoa Sangrador, & Rodríguez Pajares, 2002).

La Historia Clínica.

La OPS establece que la historia clínica “es el registro escrito y organizado de las actividades desarrolladas durante el proceso de la atención brindada por enfermedad y fomento de la salud a una persona, sus alteraciones y evolución de los tratamientos recibidos dentro de una unidad clínica a través de todo su ciclo vital” (Ministerio de Salud Pública, 2008).

El Ministerio de Salud Pública (2007) define a la H.C.U., como un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal.

Otro concepto en cuanto a la historia clínica establecido por Carrascal Gutiérrez, Garrote Sastre, Ochoa Sangrador, & Rodríguez Pajares (2002) nos dice que “es el conjunto de documentos clínico-sanitarios que contienen información clínica de los distintos procesos asistenciales del paciente o persona atendida en el hospital, por tanto la historia clínica en el hospital será única, acumulativa e integrada:

Única. Por persona para todo el hospital y será identificada por un número exclusivo dado por el servicio de admisión y archivo que asociará unívocamente el número a ese paciente.

Acumulativa. De modo que se añade los documentos generados en sucesivos episodios asistenciales.

Integrada. Cada episodio asistencial estará reunido y cerrado en un informe de alta.

El servicio de admisión – archivo y documentación clínica en su área de archivo y documentación es el encargado de planificar y organizar los circuitos de movimiento de la historia clínica, así como préstamo, custodia y control de la historia clínica.

La historia clínica se custodiara/conservara en un espacio designado para ello que es el archivo de historias siendo responsabilidad del servicio de admisión y archivo planificar las necesidades de espacio, organizar la forma mas útil de archivado y establecer una normativa que refleje las funciones a desarrollar (Carrascal Gutiérrez, Garrote Sastre, Ochoa Sangrador, & Rodríguez Pajares, 2002).

Objetivo general.

Mejorar la calidad de la atención a los usuarios mediante la utilización de un conjunto organizado de instrumentos actualizados para asegurar la integralidad de la documentación de la Historia Clínica Única (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Objetivos específicos.

- Mantener disponible la evidencia documentada sobre la secuencia ordenada de los episodios de salud y enfermedad del usuario.
- Mejorar la planificación de la atención a los usuarios.
- Permitir una evaluación científica de la calidad de atención al usuario.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud para la toma informada de decisiones.

- ☛ Apoyar la protección de los derechos legales del usuario, del profesional responsable y del establecimiento de salud (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Características.

Carrascal Gutiérrez, Garrote Sastre, Ochoa Sangrador, & Rodríguez Pajares (2002) dicen que los documentos que componen la historia clínica de un hospital y atención especializada serán confeccionados obligatoriamente en los formularios aprobados por la dirección del hospital, a propuesta de la comisión de historias clínicas.

Para Ministerio de Salud Pública (2008) no se admitirán otros documentos que no cumplan con los requisitos y características presentadas a continuación:

Veracidad. Registro real de las decisiones y acciones de los profesionales responsables sobre los problemas de la salud del usuario.

Integralidad. Información completa sobre las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad del usuario.

Pertinencia. Aplicación de criterios de la racionalidad científica en el registro de los datos, de conformidad con los protocolos de atención y las guías de práctica clínica.

Secuencialidad. Mantenimiento de un orden cronológico de los formularios.

Disponibilidad. Existencia real y completa de los formularios y documentos complementarios para su utilización en el momento requerido.

Oportunidad. Registro simultáneo de los datos mientras se realiza la atención.

Calidad del registro. Llenado completo con claridad, legibilidad y estética, (evitando siglas o símbolos no autorizados), que incluya fecha y hora de atención, y nombre y firma del responsable. Con respecto a esto Carrascal Gutiérrez, Garrote Sastre, Ochoa Sangrador, & Rodríguez Pajares (2002) determinaron que el contenido escrito de la historia clínica deberá tener las siguientes características:

- Deberá ser Legible.
- Se utilizará una terminología normalizada y universal.
- No se usaran abreviaturas, y si se utilizan se acompañaran de su significado completo.
- En caso de error, se anulara, enmarcándolo entre paréntesis poniendo la palabra “error” sobre ella.
- Se utilizará únicamente tinta azul o negra de bolígrafo o escritura a maquina.
- Cada hoja de la historia clínica solo se utilizará para el objeto que ha sido diseñada y autorizada por la comisión de historias clínicas.

Marco legal de la historia clínica.

El actual proceso de revisión conceptual y de los formularios de la Historia Clínica Única, se fundamenta en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, artículo 11, literal d y el artículo 27, publicada en el Registro Oficial No. 670 del 25 de Septiembre del 2002; y, en los artículos 77, 78 y 79, y en la disposición transitoria cuarta del Reglamento a la Ley Orgánica del SNS, publicado en el Registro Oficial No. 9 del 28 de enero del 2003 (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Art. 11.- “...El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad. Estos mecanismos incluyen:...

d) “Un conjunto común de datos básicos para la historia clínica;”

Art. 27.- “El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, implantará y mantendrá un sistema común de información sectorial que permitirá conocer la situación de salud, identificar los riesgos para la salud de las personas y el ambiente, dimensionar los recursos disponibles y la producción de los servicios para orientar las decisiones políticas y gerenciales en todos los niveles”.

Art. 77.- De la Historia Clínica Única.- El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de autoridad sanitaria, revisará y actualizará los formularios básicos y de especialidades de la historia clínica única para la atención de los usuarios, los mismos que serán posteriormente concertados y difundidos por el Consejo Nacional de Salud en todas las instituciones prestadoras de salud del sector público, semipúblico y privado.

Art. 78.- Obligatoriedad de uso de la historia clínica única.- El uso y aplicación de la historia clínica única serán obligatorios en las instituciones de salud que integran el sistema.

Art. 79.- Responsabilidad y uso de la historia clínica.- La historia clínica, en tanto prueba documental, estará bajo la responsabilidad y custodia de la unidad o establecimiento operativo del lugar de residencia del ciudadano; se propenderá que exista una sola historia clínica por persona, que será la base para el sistema de referencia y contra referencia.

Disposición transitoria 4.- El plazo para el diseño de los formularios básicos que forman parte de la historia clínica única será de un año calendario, a partir de la publicación en el Registro Oficial del presente Reglamento.

Proceso administrativo de la historia clínica.

Apertura de la historia clínica única.

Los establecimientos de salud de la red del Ministerio de Salud Pública abrirán una Historia Clínica Única (compuesto por la carpeta y el juego de todos los formularios) a todo usuario que asiste por primera vez a demandar atención de salud. La identificación de la H.C.U. se realiza mediante un sistema digito-terminal simple (5 dígitos) y compuesto (6 dígitos), de acuerdo a la complejidad de la unidad operativa y numeración correlativa (orden ascendente) a medida que progresa la conectividad del sistema, se unificara la identificación única con el número de la cedula de identidad y/o ciudadanía (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Archivo, custodia y acceso.

Los archivos activo y pasivo se organizarán y funcionarán de acuerdo a normas técnicas. Su custodia será responsabilidad del establecimiento que genera la atención. La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 15 años, contados a partir de la fecha de la última atención: 5 años en el archivo activo y 10 años en el archivo pasivo (Ministerio de Salud Pública, 2008).

El acceso a la historia clínica estará permitido al usuario, al profesional responsable y a las autoridades judiciales y sanitarias, de acuerdo a la ley (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Con relación a esto Verdú Pascual (2000) dice que “los problemas se pueden plantear con apariencia muy variada, pero, esencialmente, únicamente pueden darse cuatro posibilidades de acceso a la secreta H.C.U.” los cuales se los detalla a continuación:

- *Petición del paciente o su legal representante.* El paciente es el dueño de su intimidad y por lo tanto, tiene derecho acceder a la documentación que la contiene. Recuérdese que el médico es el custodio, independientemente de la propiedad intelectual de partes de su contenido. Por ello, ante la petición señalada, el médico no debe negar el acceso a la secreta H.C.U.
- *Petición por un juez en vía penal.* Simplemente es una atribución legal. Independientemente de que se esté o no de acuerdo con ello. El médico no puede oponerse a esa petición.
- *Petición por la Administración, en cumplimiento de una función legal.* Si en cada país se han establecido unas normas de acceso por la Administración, es perfectamente legal solicitarlo. Como en el caso anterior, se podrá estar más o menos de acuerdo con la norma, pero es ley. El médico no puede negar el acceso por esta vía. De hacerlo, podría incurrir en una conducta que merecería una sanción administrativa.
- *Petición por un tercero particular no vinculado al paciente.* Nadie está legalmente habilitado para ejercer un dominio sobre el derecho a la

intimidad de otro. El médico, simplemente, no puede y no debe facilitar el acceso a esa información.

Confidencialidad.

Los expedientes de las historias clínicas deben conservarse en un área restringida con acceso exclusivo al personal de salud autorizado, para asegurar la confidencialidad de la información y adoptar medidas de protección para evitar la destrucción o pérdida de los documentos (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Ordenamiento.

Durante la hospitalización los formularios se ordenaran de acuerdo a la siguiente secuencia (1) Signos vitales y actividades de enfermería, (2) Administración de líquidos y medicamentos, (3) Evolución y prescripciones, (4) Notas de evolución, (5) Informes de laboratorio e Imagenología (Ministerio de Salud Pública, 2008).

El subproceso de Estadística se encargara de registrar el nombre del paciente y el número de la Historia Clínica en todos los formularios adjuntados al expediente, mientras que el profesional responsable del uso de la Historia Clínica se encargara de numerar en forma ascendente cada uno de los grupos de formularios (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Después de concluir unos tratamientos completo los grupos de formularios deben organizarse por orden cronológico. El personal de Estadística agrupara separadamente el conjunto de formularios de cada egreso hospitalario y el conjunto de formularios de cada alta de consulta externa (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Nomenclatura de la H.C.U.

La Comisión Ministerial de Historia Clínica ha conservado en el posible la numeración y nomenclatura original de los formularios vigentes, utilizados en los diferentes niveles de complejidad. Según el Ministerio de Salud Pública (2008).

Numeración, nomenclatura y servicios usuarios...			
FORMULARIO			SERVICIOS USUARIOS
Numero	Anverso	Reverso	
001	Admisión	Alta – Egreso	Consulta externa – Hospitalización
002	Anamnesis y examen físico	Evolución	Consulta externa
003	Anamnesis	Examen físico	Consulta externa – Hospitalización – Emergencia
005	Evolución y prescripciones	Evolución y prescripciones	Consulta externa – Hospitalización – Emergencia
006	Epicrisis	Epicrisis	Hospitalización
007	Interconsulta – solicitud	Interconsulta – Informe	Consulta externa – Hospitalización
008	Emergencia	Emergencia	Emergencia
010	Laboratorio clínico – Solicitud	Laboratorio clínico – Informe	Consulta externa – Hospitalización – Emergencia – Laboratorio
012	Imagenología – Solicitud	Imagenología – informe	Consulta externa – Hospitalización – Emergencia – Imagenología
013	Histopatología – solicitud	Histopatología – Informe	Consulta externa – Hospitalización – Emergencia – Histopatología
020	Signos vitales	Signos vitales	Hospitalización
022	Administración de medicamentos	Administración de medicamentos	Consulta externa – Hospitalización – Emergencia – Observación
024	Autorizaciones – Exoneraciones	Consentimiento Informado	Hospitalización – Emergencia
033	Odontología	Odontología	Consulta externa – Hospitalización – Emergencia
038	Trabajo social – Evaluación	Trabajo social – Evolución	Consulta externa – Hospitalización – Emergencia
053	Referencia	Contrarreferencia	Consulta externa – Hospitalización – Emergencia
054	Concentrado de laboratorio	Concentrado de laboratorio	Consulta externa – Hospitalización
055	Concentrado de Exámenes Especiales	Concentrado de Exámenes Especiales	Consulta externa – Hospitalización
Anexo 1	Ficha familiar	Ficha familiar	Atención extramural familiar
Anexo 2	Atención pre-hospitalaria		Red de ambulancias – emergencia.

CAPITULO III

Documentación de enfermería.

Para Potter & Perry, (2007) la documentación se define como cualquier cosa escrita o impresa que sirve de registro de una prueba para personas autorizadas. La documentación efectiva refleja la calidad del cuidado y proporciona evidencia de la responsabilidad de cada uno de los miembros del equipo de cuidados de salud. Se emplean varios tipos de registros para transmitir información sobre los clientes. Todos los registros contienen básicamente la siguiente información:

- Consentimiento informado para el tratamiento y los procedimientos.
- Historia enfermera de ingreso.
- Diagnósticos o problemas enfermeros.
- Plan de cuidados enfermeros o multidisciplinarios.
- Registro del tratamiento y la evaluación de los cuidados enfermeros.
- Historia médica.
- Diagnóstico médico.
- Órdenes médicas.
- Notas de evolución médica y de las otras disciplinas de cuidados.
- Informes de exploraciones físicas.
- Informes de estudios diagnósticos.
- Resumen de procedimientos operativos.
- Plan y resumen del alta.

Hoja de Evolución.

Es el formato donde se registran los datos significativos observados en la evolución del paciente/usuario, que no aparecen registrados en ningún otro instrumento dentro del expediente clínico. Este sustituye a la conocida hoja de reporte o notas de enfermería. Esta forma parte del expediente diario y es válido ante un proceso legal (Lucena De Cordero, 2008).

Objetivo:

Conservar un registro secuencial del progreso clínico, variaciones del tratamiento y prescripciones realizadas por el profesional responsable del paciente hospitalizado ((Ministerio de Salud Pública, 2008).

Notas de enfermería.

Las notas de enfermería son una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos, tanto personales como familiares que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad o estado de salud actual (Ortiz Carrillo & Del Socorro Chávez, 2006).

Estas notas de enfermería están integradas en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole tanto profesional como legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos (García Ramirez, Navío Marco, & Valentin Morganizo, 2007).

Constituyen un documento de vital importancia, por ser el reflejo de manera escrita de todas las intervenciones de enfermería realizado al usuario/paciente, familia o comunidad. La calidad de los mismos pone de manifiesto una comunicación efectiva para propiciar registros significativos siendo imprescindibles registros correctamente elaborados, facilitando una comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud (Lucena De Cordero, 2008).

Propósitos de las notas de enfermería.

Un registro es una fuente valiosa de datos que es utilizada por todos los miembros del equipo de cuidados de salud. Sus propósitos incluyen comunicación, facturación económica, educación, valoración, investigación, auditoria y documentación legal (Potter & Perry, 2007).

Comunicación.

Mediante las anotaciones de enfermería podemos comunicar las medidas necesarias para mantener el cuidado continuado y la coherencia de los cuidados, de manera que es un medio por el cual los miembros del equipo de salud transmiten las contribuciones a la atención del cliente, incluyendo los tratamientos individuales y su respuesta al mismo, el contenido de los debates importantes, la educación del cliente y el uso de derivaciones para planificar el alta (Potter & Perry, 2007).

Facturación.

El registro de cuidados al cliente es un documento que muestra hasta donde las mutuas sanitarias deben reembolsar los servicios. La contribución de la enfermera a la documentación puede ayudar a aclarar el tipo de tratamiento que recibe un cliente (Potter & Perry, 2007).

Educación.

Los estudiantes de enfermería y de otras disciplinas sanitarias emplean el registro médico y las notas de enfermería como una fuente educativa ya que contiene información diversa, incluyendo diagnósticos, signos y síntomas de enfermedad, tratamientos con éxito y con fracaso, hallazgos diagnósticos y conductas del cliente, convirtiéndose así una forma efectiva de aprender la naturaleza de una enfermedad y la respuesta individual del cliente a ella. Con esta información los estudiantes aprenden los patrones que deben buscar en diversos trastornos de salud y se hacen más capaces de prever el tipo de cuidados que necesitara un cliente (Potter & Perry, 2007).

Valoración.

Las notas de enfermería proporcionan datos que las enfermeras utilizan para identificar y apoyar los diagnósticos enfermeros y planificar las intervenciones adecuadas para los cuidados ya que una historia enfermera y la valoración inicial están completas cuando un cliente ingresa en esa unidad de cuidados y suelen comprender datos biográficos, método de ingreso, motivo de ingreso, una breve historia médico-quirúrgica, alergias, medicación actual, las percepciones del cliente sobre la enfermedad o la hospitalización, y una revisión de los factores de riesgos para la salud (Potter & Perry, 2007).

Antes de atender a ningún cliente, la enfermera consulta la historia clínica para los hallazgos nuevos y relevantes de la valoración, luego puede entrar en la habitación del cliente, prevé su estado y después lleva a cabo una valoración individualizada (Potter & Perry, 2007).

Investigación.

Los registros son un recurso valioso para describir las características de las poblaciones de clientes en un centro de cuidados de salud (Potter & Perry, 2007).

Una enfermera puede emplear el registro de un cliente durante un estudio de investigación para recoger información sobre determinados factores o también buscar datos de clientes ya dados de alta para identificar problemas de cuidados enfermeros. Dado que los datos estadísticos relativos a la frecuencia de trastornos clínicos, complicaciones, uso de tratamientos médicos y enfermeros específicos, recuperación de la enfermedad y muertes pueden extraerse de dichos registros (Potter & Perry, 2007).

Auditoria.

Una revisión regular de la información en los registros del cliente proporciona una base para la evaluación de la calidad y la adecuación de los cuidados ofrecidos en una institución. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) requiere que los hospitales establezcan planes de mejora de calidad para llevar a cabo revisiones objetivas continuadas de los cuidados al cliente y ha establecido los criterios para encontrar el tipo de

información en el registro del cliente, como indicaciones de que se está desarrollando un plan de cuidados con el cliente como participante y que se ha producido la planificación del alta y la educación del cliente (Potter & Perry, 2007).

Las enfermeras monitorizan o revisan los registros durante el año para determinar el grado que se consigue de cumplimiento de los criterios de mejora de la calidad y las deficiencias identificadas son compartidas con todos los miembros del personal enfermero de forma que se puedan hacer las correcciones en la estrategia o la práctica (Potter & Perry, 2007).

Documentación legal.

Mandell en 1994 dijo que la documentación exacta es una de las mejores defensas frente a las reclamaciones legales asociadas con el cuidado enfermero. El registro sirve como una descripción de lo que le ha ocurrido exactamente a un cliente. Los cuidados enfermeros pueden haber sido excelentes; sin embargo, ante un tribunal “los cuidados no documentados son cuidados no proporcionados”. Las enfermeras necesitan indicar todas las instrucciones y las derivaciones en la historia clínica (Potter & Perry, 2007).

Mientras que para Martin en 1994 los 4 problemas más frecuentes de comunicación de malapaxis causados por una documentación inadecuada son:

1. No registrar en la gráfica la hora correcta cuando sucede un hecho.
2. No registrar las órdenes verbales o no hacer que sean firmadas.
3. Registrar en la gráfica acciones por anticipado para ganar tiempo.
4. Documentar datos incorrectos.

La ley protege la información sobre los clientes que se obtiene mediante exploración, observación, conversación o tratamiento. Las enfermeras están obligadas legal y éticamente a mantener la confidencialidad sobre las enfermedades y los tratamientos de los clientes. Solo el personal directamente implicado en los cuidados tiene legitimidad para acceder a los registros, todo esto

quiere decir que las enfermeras son responsables de proteger los registros de cualquier lector no autorizado (Potter & Perry, 2007).

Cuando las enfermeras y otros profesionales sanitarios tienen en motivo legítimo para usar los registros con el fin de extraer datos, investigar, o proporcionar educación continuada, deben obtener la autorización apropiada, de acuerdo con el protocolo de la unidad de salud (Potter & Perry, 2007).

Importancia de las notas de enfermería.

La importancia de las notas de enfermería para el enriquecimiento de la disciplina en el mantenimiento de las actividades propias del área, ha sido planteado por Hontangas cuando dice que “la documentación acerca de la práctica de la enfermera es necesaria para evaluar y mejorar su eficacia y productividad y la mejor forma de evidenciar lo que hacen los enfermeros por sus pacientes en lo intelectual, emocional social y físico” (Ortiz Carrillo & Del Socorro Chávez, 2006).

Igualmente, considera el registro como “el documento básico en todas las etapas del proceso de atención de enfermería, el cual debe ser concebido como una forma de desarrollo de la profesión” y Benavent reafirma su importancia para la profesión cuando expresa “el registro favorece el desarrollo de la disciplina enfermera, pero además posibilita el intercambio de información sobre cuidados mejorando la calidad de la atención que se presta y permite diferenciar la actuación propia de la del resto del equipo” (Ortiz Carrillo & Del Socorro Chávez, 2006).

Los siguientes beneficios que se atribuyen a las notas de enfermería según (Ortiz Carrillo & Del Socorro Chávez (2006) son:

- Evalúan todo el proceso de atención de forma continuada y permanente.
- Sirven de posible fuente para la puesta en marcha de proyectos y estudios de la calidad, costo-eficacia, efectividad y resultado de los cuidados en personas hospitalizadas.

- Permiten la medición del costo de los servicios brindados por los enfermeros. Facilitan el desarrollo de un lenguaje para comunicar las funciones singulares de enfermería.
- Permiten la articulación con los sistemas de clasificación de otros profesionales de salud.
- Apoyan la planificación y organización adecuada de los recursos, el tiempo y los servicios profesionales en general.
- Favorecen la continuidad de la atención dentro de la misma profesión.
- Se constituyen en fuente de información para la elaboración de los planes de formación continuada y reciclaje profesional.
- Suministran información para la evaluación de protocolos de actuación.

Directrices para la documentación de enfermería.

La documentación y el informe de calidad son necesarios para potenciar los cuidados al cliente eficiente e individualizado. Estos se distinguen por cinco características, que son: reales, exactas, completas, actuales y organizadas (Potter & Perry, 2007).

Real y Objetiva.

Un registro debe contener información descriptiva y objetiva sobre lo que una enfermera observa, escucha, palpa, y huele. Una descripción objetiva es el resultado de la observación y la determinación directa (Potter & Perry, 2007).

El empleo de palabras como *parece, al parecer o aparentemente* no son aceptables porque indican que la enfermera no conoce los hechos. Ej.: *el paciente parece ansioso*.

La frase *parece ansioso* es una conclusión sin hechos que la apoyen. La documentación necesita explicar claramente las observaciones de la enfermera sobre las conductas del cliente (Potter & Perry, 2007).

Esta descripción debe de ser de forma objetiva, sin etiquetarlo de forma subjetiva evitando utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el

paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos (García Ramirez, Navío Marco, & Valentin Morganizo, 2007).

Para Egglan en 1995, cuando se registran datos subjetivos, hay que anotar las palabras exactas del cliente entre comillas siempre que sea posible. Ej.: *el cliente afirma me siento nervioso y fuera de control*, a este dato también hay que añadir hallazgos objetivos que estén relacionados con el problema actual del cliente. Ej.: *incremento de la tensión arterial y la frecuencia cardiaca* (Potter & Perry, 2007).

Exacta.

El uso de determinaciones exactas garantiza que un registro es exacto. Ej.: correcto: *ingesta, 360 ml de agua*; incorrecto: *el cliente bebió una cantidad adecuada de liquido* (Potter & Perry, 2007).

García Ramirez, Navío Marco, & Valentin Morganizo (2007) dice que se deben expresar las observaciones de enfermería en términos cuantificables.

Las determinaciones se emplean también en un futuro como una forma de conocer si la situación de un cliente ha cambiado. Ej.: correcto: *a las 15:00, la herida abdominal del cliente tiene 5 cm de longitud sin enrojecimiento, drenaje o edema*. Incorrecto: *la herida tiene un buen proceso de curación* (Potter & Perry, 2007).

Estos hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto y se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable. (García Ramirez, Navío Marco, & Valentin Morganizo, 2007).

Para garantizar que todos los miembros del personal utilicen el mismo lenguaje en sus informes y anotaciones se deben usar abreviaturas, símbolos y sistema de medidas aceptadas por la institución, esto evitará interpretaciones equivocadas. Ej.: *IR: Insuficiencia Respiratoria o Renal* (Potter & Perry, 2007).

La escritura correcta también es importante y demuestra un grado de competencia y atención a los detalles. Muchos términos se pueden confundir o

malinterpretar fácilmente o en caso de tratamientos pueden causar graves errores al momento de administrar algún medicamento. Ej.: *medicamentos como: digitoxina y digoxina* (Potter & Perry, 2007).

Los criterios de la JCAHO en 1995 requiere que todas las notas de enfermería en las historias clínicas tengan fecha y se establezca un método para identificar los autores de las notas. Esto se cumple mejor cuando las enfermeras/os anotan sus propias observaciones y acciones (Potter & Perry, 2007).

Cada nota de enfermería en la historia de un cliente se identifica con el nombre completo del cuidador o sus iniciales y su cargo. La firma confirma que se trata de la enfermera/o responsable de la información registrada (Potter & Perry, 2007).

La forma de realizar un correcto registro de la firma y categoría profesional legible según García Ramirez, Navío Marco, & Valentin Morganizo (2007) es: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos. Ej.: L. Valentín ó LVM (Lic. Enfermería).

Si alguna información fue omitida inadvertidamente en el registros, es aceptable que las enfermeras/os pidan a sus colegas que anoten la información después del turno de trabajó. Esta anotación deberá demostrar que se hizo y quien lo hizo. Kopf en 1993 demuestra un claro. Ej.: *a las 11 horas de la mañana Sam Turner, RN, avisó e informó que a las 8 horas de la mañana se administró al cliente 100 mg IM por dolor abdominal* (Potter & Perry, 2007).

Legible.

Las anotaciones de enfermería deben ser claras y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás, de lo contrario no podrán descifrarlas. Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta y deben presentar una buena escritura ortográfica y gramaticalmente (García Ramirez, Navío Marco, & Valentin Morganizo, 2007).

No utilizar líquidos correctores ni realizar borrones. Si existe algún error que corregir se lo realizara: tachando solamente con una línea, para que sean

legibles, anotar al lado “error” con firma de la enfermera responsable (García Ramirez, Navío Marco, & Valentin Morganizo, 2007).

Las notas de enfermería no deben presentar espacios en blanco, ni escribir entre líneas esto puede predisponer que el registro pueda ser adulterado (García Ramirez, Navío Marco, & Valentin Morganizo, 2007).

Completa.

La información en una nota registrada o un informe debe ser completa, conteniendo información concisa, apropiada y total sobre el cuidado al cliente. Los datos concisos son más fáciles de comprender (Potter & Perry, 2007).

García Ramirez, Navío Marco, & Valentin Morganizo, (2007) sugiere que se debe anotar todo de lo que se informa, unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho.

Potter & Perry, (2007) determina criterios para una comunicación completa para ciertos trastornos de salud o actividades enfermeras, los cuales se detallan en la siguiente tabla:

Ejemplos de criterios de informe y registro:		
	Tema	Criterios para notificar o registrar
Valoración	Datos subjetivos	Descripción del episodio en señales objetivas. Localización, gravedad, inicio, factores precipitantes, frecuencia y duración, factores de agravamiento y de alivio.
	Datos objetivos	Inicio, localización, descripción o calidad de los hallazgos, factores de agravamiento o de alivio.
Intervenciones enfermeras y evaluación	Tratamientos	Hora de administración, equipamiento usado, respuestas del cliente (objetivas y subjetivas) en comparación con el tratamiento previo.
	Administración de medicación	Hora de administración, valoración preliminar, respuesta del cliente o efecto de la medicación.

	Educación del paciente	Información presentada, método de instrucción, respuesta del cliente, incluyendo preguntas de evidencia de comprensión como una demostración por parte del cliente o un cambio de conducta.
	Planificación del alta	Objetivos o resultados esperados del cliente, avance hacia los objetivos, necesidad de derivaciones.

Concisa.

Toda la información debe ser concisa y breve. Evitar palabras innecesarias o detalles irrelevantes. He aquí Potter & Perry (1996) presenta una comparación entre una nota concisa y otra larga:

Comentario conciso objetivo

Los dedos del pie izquierdo están calientes, de color sonrosado; retorno capilar en menos de 2 seg.; fuerza del pulso pedio 4+; el paciente no refiere dolor.

Comentario largo utilizando términos vagos.

Los dedos del pie izquierdo del paciente están calientes y de color sonrosado. No existe inflamación, se observa un buen retorno capilar. El pulso pedio del pie izquierdo es fuerte. El paciente no refiere molestia o dolor.

Actualizada.

Potter & Perry (1996) determina que las decisiones continuas acerca de la asistencia deben estar basadas en una información actual y exacta. Las actividades o hallazgos que se deben comunicar en el momento en que tienen lugar son los siguientes:

- ➡ Constantes vitales.
- ➡ Administración de medicamentos y tratamientos.
- ➡ preparación para pruebas diagnósticas o cirugía.

- Cambios en el estado del paciente.
- Admisión, traslado, alta o fallecimiento del paciente.
- Tratamiento por cambios bruscos en el estado del paciente.
- Respuestas del paciente a la actuación.

Organizada.

El profesional de enfermería deberá transmitir la información en un orden lógico. Por ejemplo, una nota organizada describe el dolor del cliente, valoración y las intervenciones de enfermería y la respuesta del cliente (Potter & Perry, 2007).

Las notas desorganizadas no explican con claridad que sucedió en primer lugar y pueden provocar confusión acerca de si se prestó una asistencia adecuada (Potter & Perry, 1996).

Para escribir notas de una forma organizada el profesional enfermero necesita pensar sobre la situación y, a veces, hace anotaciones de lo que debe incluirse antes de empezar a escribir en el registro legal permanente (Potter & Perry, 2007).

Confidencialidad.

Los profesionales de enfermería no deben revelar el estado del paciente a otros pacientes o a miembros del personal no implicado en su atención, estando legal y éticamente obligada o considerar la información confidencial sobre los pacientes (Potter & Perry, 1996).

Cuando los profesionales de enfermería tienen razones para utilizar registros para la obtención de datos, la investigación o la educación, no se rompe esa confidencialidad, siempre que los registros se utilicen con permiso y de acuerdo con las normas que ya están establecidas (Potter & Perry, 1996).

Documentación de Enfermería narrativa.

La documentación narrativa es el método tradicional de registro de los cuidados enfermeros. Se trata simplemente de usar un formato similar a una historia para documentar la información específica de las enfermedades y los cuidados enfermeros de un cliente (Potter & Perry, 2007).

Los miembros del equipo de cuidado de salud monitorizan y registran la evolución de los problemas de un cliente. La información se puede expresar en diversos formatos de notas estructuradas. Un método de datos es SOAPIE: S – subjetivos (información obtenida a través de las verbalizaciones del cliente), O – objetivos (información obtenida a través de la observación o medición), A – análisis (valoración y diagnósticos establecidos basados en los datos obtenidos), P – plan (acciones planeadas por el cuidador para corregir o mejorar el problema), I – intervención, E – evaluación. Otro formato usado es SOAP (Potter & Perry, 2007).

Ejemplos de notas de enfermería según los diferentes formatos	
SOAP	
19/01/10 Déficit de conocimiento relacionado con la inexperiencia respecto a la cirugía. 16:30h	
S	Me preocupa cómo será la cirugía.
O	El cliente hace muchas preguntas sobre la cirugía. No había tenido ninguna experiencia quirúrgica anterior. La esposa actúa como persona de apoyo.
A	Déficit de conocimiento respecto a la cirugía relacionada con la inexperiencia. El cliente también expresa ansiedad.
P	Explicar la preparación preoperatoria habitual. Ofrecer explicaciones y folletos educativos en los cuidados enfermeros postoperatorio. L. Valentín, Lic. Enfermería.
PIE	
P	Déficit de conocimiento respecto a la cirugía relacionada con la inexperiencia.

I	Explicada la preparación preoperatoria habitual. Ofrecidos folletos al cliente sobre los cuidados enfermeros postoperatorio.
E	El cliente necesita revisar los cuidados enfermeros postoperatorio. L. Valentín, Lic. Enfermería.

En el formato PIE la información de la valoración se documenta en gráficas especiales. La nota narrativa incluye P – problema, I – intervención y E – evaluación. Las notas PIE se numeran y etiquetan de acuerdo con los problemas del cliente. Los problemas resueltos se retiran de la documentación diaria después de la revisión por parte de la enfermera. Los problemas que persisten se recogen cada día (Potter & Perry, 2007).

El registro focalizado en gráficos o notas DAR incluye D – datos (tantos subjetivos como objetivos), A – acción o intervención enfermera y R – respuesta del cliente (es decir, evaluación de la efectividad). Una diferencia del registro focalizado en gráfico es que no corresponden a la representación exclusiva de los problemas, lo que tiene una connotación negativa. En cambio, las notas están estructuradas de acuerdo con las preocupaciones del cliente: un signo o síntoma, una enfermedad, un diagnóstico enfermero, una conducta, un hecho significativo o un cambio en la situación de un cliente (Potter & Perry, 2007).

Notas de enfermería con registro focalizados en gráficos.	
D	TA en le brazo derecho 90/60 mmHg. Diaforesis cutánea del cliente, el cliente responde a su nombre.
A	Cliente colocado en posición de trendelemburg, ritmo de perfusión IV aumentada hasta 100 ml/h por protocolo, avisado al Dr. Román.
R	El cliente permanece receptivo, TA en el brazo izquierdo 94/68/ mmHg, 3 minutos después de aumentar los líquidos. L. Valentín, Lic. Enfermería.

Lo que no se debe registrar.

Debido a que muchas veces al momento de registrar o realizar una nota de enfermería como evidencia del cuidado no tenemos bien en claro como hacerlo

sin emitir juicios hacia el paciente lo que puede ser perjudicial para nosotros, García Ramirez, Navío Marco, & Valentin Morganizo, (2007) presentan a continuación ciertos detalles que al momento de argumentar debemos evitar escribirlos:

- Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente.
 - Ej.: El paciente se muestra agresivo verbalmente con el personal de enfermería, en lugar de paciente agresivo
- No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
- No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.
- No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren. Ej.: Informes de caídas.
- No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad

CAPITULO IV

Proceso De Atención De Enfermería (PAE).

Acosta (2009) dice que es un método sistemático y organizado que utiliza un juicio clínico, en donde se interpreta, analiza una serie de observaciones y es capaz de proponer un plan de acción para administrar cuidados enfermeros individualizados e integrales con una base científica y humanista.

En tanto que para Noguera Ortiz (2008) el proceso de atención de enfermería es un método que ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión.

El proceso de enfermería consta de cinco pasos relacionados entre sí: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación (Potter, & Perry, 1996).

Objetivos del proceso de enfermería.

Uno de los objetivos establecidos por Noguera Ortiz (2008) es proporcionar cuidados de enfermería individualizados y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensiones biológica, psicológica, socio cultural y espiritual.

Mientras que el objetivo principal del proceso de enfermería para Higuera De Quintero (2002) es constituir una estructura que pueda cubrir de manera individual: las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Entre otros objetivos establecidos por Higuera tenemos:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas.
- Evaluar los resultados de los cuidados de enfermería.

Antecedentes.

El proceso de atención enfermería fue introducido por primera vez por Lydia Hall en 1955. Durante finales de los años 50 y principios de los 60, Dorothy Johnson en 1959, Ida Orlando en 1961 y Ernestine Wiedenbach en 1963, introdujeron un modelo de proceso de enfermería que consta de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); en 1966, Virginia Henderson identificó las acciones de enfermería básicas como funciones independientes y afirmó que el proceso de enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico (Potter, & Perry, 1996). Yura y Walsh en 1967 establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, ejecución y evaluación); y Bloch en 1974, Roy en 1975 y otros añadieron la fase diagnóstica al proceso convirtiéndolo en un proceso con cinco etapas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) (Noguera Ortiz, 2008).

Con la aparición del proceso de enfermería en los años sesenta, las enfermeras comenzaron a tener un lenguaje común que facilitó compartir aspectos de la práctica; cuando las enfermeras comenzaron a compartir las experiencias de dar cuidado, el enfoque procedimental cambió hacia el de la práctica basada en el conocimiento científico (Noguera Ortiz, 2008)

Relación de los pasos del proceso de enfermería.

Cada etapa del procedimiento de enfermería resulta fundamental dentro de la técnica de resolución de problemas y se encuentra estrechamente relacionado con los cuatro pasos. Durante la valoración, el profesional de enfermería obtiene datos sobre el paciente a partir de diversas fuentes. La información se utiliza para la identificación del problema, de tal forma que la planificación y la ejecución se adecuen a las necesidades del paciente; también constituye la base para la evaluación precisa (Potter & Perry, 1996).

En la fase de diagnóstico de enfermería se incluye la formulación de informes diagnósticos que identifiquen los problemas sanitarios del paciente. La exactitud de estos informes depende de la minuciosidad de la valoración, que comprende el proceso de obtención, clasificación y agrupación de los datos, así como de su confirmación durante la valoración. El diagnóstico de enfermería constituye la base del plan de cuidados (Potter & Perry, 1996).

A través de la fase de planificación del proceso se establece un plan de cuidados. Se trata de un plan individualizado, basado en la valoración y en el diagnóstico de enfermería. El plan de cuidados abarca los resultados esperados y los objetivos del paciente y las actuaciones de enfermería pertinentes (Potter & Perry, 1996).

La ejecución constituye la fase de puesta en práctica del proceso de enfermería. Durante este paso se lleva a cabo el cuidado individualizado del paciente, según el plan de cuidados. Las actuaciones pueden modificarse cuando se considere necesario, gracias a la valoración continuada de las respuestas del paciente (Potter & Perry, 1996).

En este último paso del proceso. El profesional de enfermería determina los progresos del paciente hacia el cumplimiento de los resultados esperados y la consecución de los objetivos, así como el éxito de las actuaciones de enfermería. En esta fase se valora el éxito de las actuaciones realizadas, la consecución de los resultados esperados, la resolución del diagnóstico de enfermería y la exactitud y perfección de los datos de valoración. La evaluación permite revisar el plan de cuidados de enfermería cuando sea necesario para resolver los problemas de salud del cliente (Potter & Perry, 1996).

Importancia y ventajas del proceso de enfermería.

Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería (Noguera Ortiz, 2008)

Higuera De Quintero (2002) dice que la aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones en la profesión, el paciente y la enfermera; profesionalmente, el proceso de enfermería define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para la enfermera se produce un aumento de la satisfacción, así como un fortalecimiento del ejercicio profesional.

Ventajas para el paciente.

- *Participa en su propio cuidado.* El paciente proporciona datos para la valoración, valida el diagnóstico de enfermería, confirma los resultados y las actuaciones, ayuda en su ejecución y proporciona antecedentes para la evaluación. Además el plan de cuidados escrito.
- *Favorece la continuidad de los cuidados,* lo que da lugar a un ambiente seguro y terapéutico.
- Mejora la calidad de los cuidados.
- Favorece la atención individualizada.

Ventajas para la enfermera/o.

- El proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz (Noguera, 2008).
- Aumenta la satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional. El desarrollo de relaciones significativas entre el profesional de enfermería y el paciente se ve facilitado por el Proceso de enfermería.
- La satisfacción profesional se puede ver aumentada también por el uso del plan de cuidados desarrollado a partir del Proceso de Enfermería. Planes escritos ahorran tiempo y energía y evitan la frustración generada por los ensayos, y errores de la práctica de la enfermería.

Características.

El proceso de Atención de enfermería por ser un método sistemático y organizado, Higuera De Quintero (2002) presenta diferentes características detalladas a continuación:

- Tiene una *Finalidad*: Se dirige a un objetivo.
- Es *Sistemático*: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es *Dinámico*: Responde a un cambio continuo.
- Es *Interactivo*: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, la familia y otros profesionales de la salud.
- Es *Flexible*: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.
- Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una *Base teórica*: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Primera fase del proceso de enfermería: Valoración

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes. Estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales y los textos de referencia (Higuera De Quintero, 2002).

Higuera De Quintero (2002) durante la fase de valoración, la Enfermera realiza actividades específicas que le ayudarán a ser una pensadora crítica y a encontrar la información que necesita para comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados. Estas actividades son:

- **Recolección de datos.** Reunir información sobre el paciente
- **Validación de los datos.** Asegurarse de que la información que posee es exacta.
- **Organización de los datos.** Organizar los datos en grupos de información que ayudarán a identificar patrones de salud o enfermedad.
- **Identificación de Patrones funcionales.** Tomar una decisión tentativa sobre lo que pueden significar ciertos patrones de información y focalizar la recogida de datos para obtener más información para comprender mejor la situación. **Comunicación/Anotación de los datos:** Comunicar y registrar las anomalías para acelerar el tratamiento; registrar los datos de la valoración para comunicar el estado actual de salud.

Recogida de Datos.

La recogida de datos empieza cuando alguien entra en contacto con el sistema de cuidados de la salud y continúa durante todo el tiempo en que necesita esos cuidados. La información reunida en los encuentros posteriores no sólo le aportará datos sobre la situación de salud, sino también sobre cómo responde la persona al plan de cuidados (Higuera De Quintero, 2002).

Recursos que se utilizan para recoger datos.

Aunque la recogida de datos implica la utilización de muchos recursos diferentes, se debe considerar al paciente como la principal fuente de información. El resto de la información se extraerá de los registros médicos, registros de enfermería, la familia, otros profesionales que hayan trabajado con el paciente y la bibliografía que encuentre sobre sus problemas (Higuera De Quintero, 2002).

Tipos de valoraciones de Enfermería.

Valoración de los datos básicos.

Se realiza durante la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre todos los aspectos de su estado de salud. Esta información, también llamada base de datos de referencia, le dice cómo está el paciente, antes de iniciar la intervención. Esta valoración deberá ser planificada, sistemática y completa para promover la recogida de datos sobre todos los aspectos del estado de salud del paciente (Higuera De Quintero, 2002).

Valoración focalizada.

Se realiza para reunir información específica sobre un solo aspecto o problema. Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del paciente, estos requisitos previos son (Higuera De Quintero, 2002):

- *Las convicciones del profesional.* Conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad.
- *Los conocimientos profesionales.* Se debe tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- *Habilidades.* Estas se adquieren en la valoración con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

- *Comunicarse de forma eficaz.* Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- *Observar sistemáticamente.* Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- *Diferenciar entre **signos** e **inferencias** y confirmar las impresiones.* Un **signo** es un hecho que se percibe a través del uso de los sentidos y una **inferencia** es el juicio o interpretación de esos signos.

Para Higuera De Quintero (2002) es primordial seguir un orden en la valoración de forma que en la práctica la enfermera adquiriera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. El proceso a seguir puede basarse en distintos criterios que son:

- *Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies":* sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- *Criterios de valoración por "sistemas y aparatos":* se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- *Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud":* la obtención de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Datos.

Higuera De Quintero (2002) define “Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado”. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades. Los tipos de datos que se recogen son:

- *Datos Subjetivos.* Estos no se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- *Datos Objetivos.* Se pueden medir con cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial)
- *Datos históricos – Antecedentes.* Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- *Datos actuales.* Son datos sobre el problema de salud actual. Identificación de claves y elaboración de inferencias

Métodos para obtener datos.

Entrevista Clínica.

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados (Higuera De Quintero, 2002).

La Exploración Física.

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. Esta se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación (Higuera De Quintero, 2002).

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las

características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- Palpación: Examen mediante el tacto y la sensación.
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza un estetoscopio.

Organización de los datos.

Higuera De Quintero (2002) manifiesta que se debe tratar de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por patrones funcionales. Los componentes de la valoración del paciente que se han seleccionado como necesarios son:

- Datos de identificación
- Datos culturales y socioeconómicos
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de las pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Valoración por patrones funcionales. Los mismo que son 11 y son:
 - Patrón de percepción de salud- Manejo de la salud-
 - Patrón Metabólico – Nutricional
 - Patrón de Eliminación.
 - Patrón de Actividad y Ejercicio.
 - Patrón de Sueño – Descanso.
 - Patrón Cognitivo – Sensorial.
 - Patrón de Autopercepción – Autoconcepto.
 - Patrón de Rol – relaciones.
 - Patrón de Sexualidad – reproducción.
 - Patrón de Tolerancia y enfrentamiento al Estrés.
 - Patrón de Creencias y valores

Segunda fase del proceso: Diagnóstico de enfermería

Juicio clínico sobre las respuestas humanas de un individuo familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales, para las cuales la enfermera puede legalmente prescribir intervenciones definitivas independientes para prevenir, corregir y controlar los problemas (Higuera De Quintero, 2002).

Para Higuera De Quintero (2002) Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera/o, 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 en cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependientes. 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.
- La 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 (DE).

Componentes de las categorías diagnósticas.

Higuera De Quintero (2002) dice que cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes que son:

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás. Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico.
3. Características definitorias: Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
4. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan en torno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

Tercera fase del proceso de enfermería: Planificación.

Carpenito en 1987 e Iyer en 1989 determinaron que en esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados (Higuera De Quintero, 2002).

La fase de planeación del proceso de enfermería detallada por Higuera De Quintero (2002) incluye cuatro etapas que son:

1. *Establecer prioridades en los cuidados.* Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
2. *Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados.* Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados

esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados. Los resultados esperados deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. Se deben fijar a corto y largo plazo.

3. *Elaboración de las actuaciones de enfermería*, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.
4. *Documentación y registro del plan de cuidados*. Esta sección abarca todas las actividades citadas paso a paso; recuerde que las tres primeras actividades (determinación de prioridades, establecimiento de los resultados esperados y determinación de las intervenciones de enfermería) tienen como objetivo la actividad final; anotar un plan de cuidados individualizado.

Cuarta fase del proceso de enfermería: Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado (Higuera De Quintero, 2002).

Higuera De Quintero (2002) determina que la ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada (Higuera De Quintero, 2002).

Quinta fase del proceso de enfermería: Evaluación.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios (Higuera De Quintero, 2002).

Griffith y Christensen en 1982 dijeron que los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones (Higuera De Quintero, 2002). Según este autor el proceso de evaluación consta de dos partes.

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS / LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El profesional enfermero, no realiza las notas de enfermería correctamente como evidencia del cuidado directo, lo cual influye en la calidad de atención brindada a los pacientes en el Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

DETERMINACIÓN DE MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN Y TÉCNICAS DE RECOGIDA Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y comparativo que permita conocer los factores que influyen en el profesional de enfermería para que no realicen correctamente su documentación con relación al cuidado directo brindado al paciente. Además se evaluó las notas de enfermería de acuerdo a las directrices profesionales y legales con la que debe cumplir.

Técnicas:

- Guía de observación que evalué las notas de enfermería de acuerdo a las directrices que deben cumplir.
- Cuestionario de preguntas realizado a los profesionales de enfermería.

Universo:

125 profesionales de enfermería, comprendidos entre licenciados y licenciadas que laboran en los diferentes turnos del Hospital de Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco – Obstetricia y Pediatría del Hospital de Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, en abril 1 a mayo 30 del 2011, equivalentes a aproximadamente 160 H.C.U.

Muestra:

Personal profesional de enfermería que labora en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco – Obstetricia y Pediatría del Hospital de Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, conformados por 40 licenciadas/os en enfermería, que fueron encuestados, distribuidos correspondientemente en el 1er, 2do y 3er turno.

Historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco – Obstetricia y Pediatría del Hospital de Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, durante el periodo del 25 de Abril al 8 de Mayo del 2011, equivalentes a 80 H.C.U.

Métodos y análisis de datos:

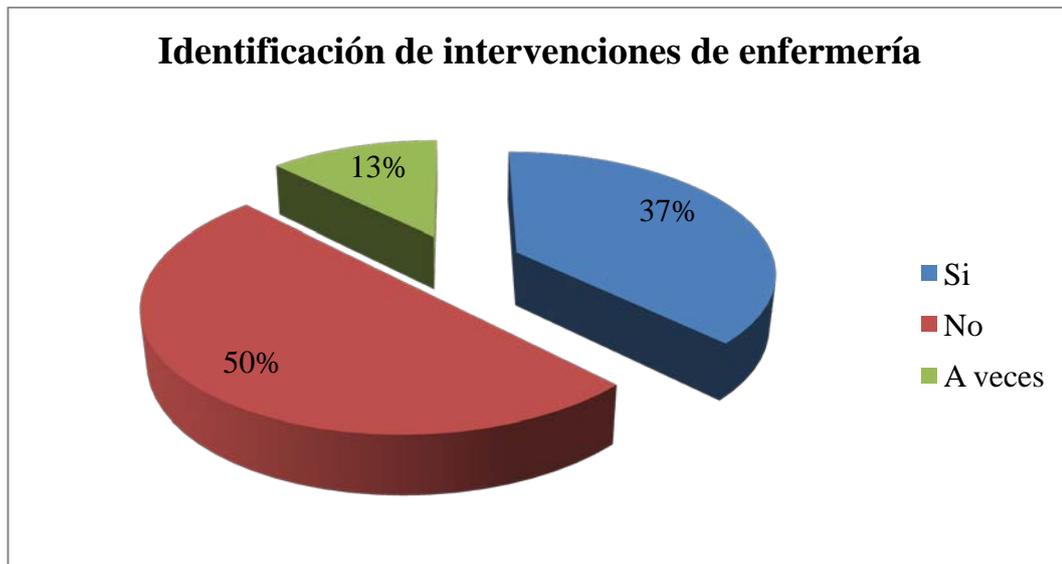
Para el análisis de los datos se revisó los formularios de preguntas y las guías de observación que se emplearon para la recolección de los datos en relación a las notas de enfermería y se procedió a tabularlos en Excel. Estos resultados son presentados a continuación en gráficos.

PRESENTACIÓN ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

A continuación se presenta la información recogida a través de las encuestas realizadas al personal profesional de enfermería de las áreas: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría. Dando un total de 40 enfermeras/os encuestadas.

GRAFICO N° 1

¿SON ADECUADAS LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EXISTENTES EN EL SERVICIO PORQUE PERMITEN IDENTIFICAR LAS INTERVENCIONES DE CUIDADO?



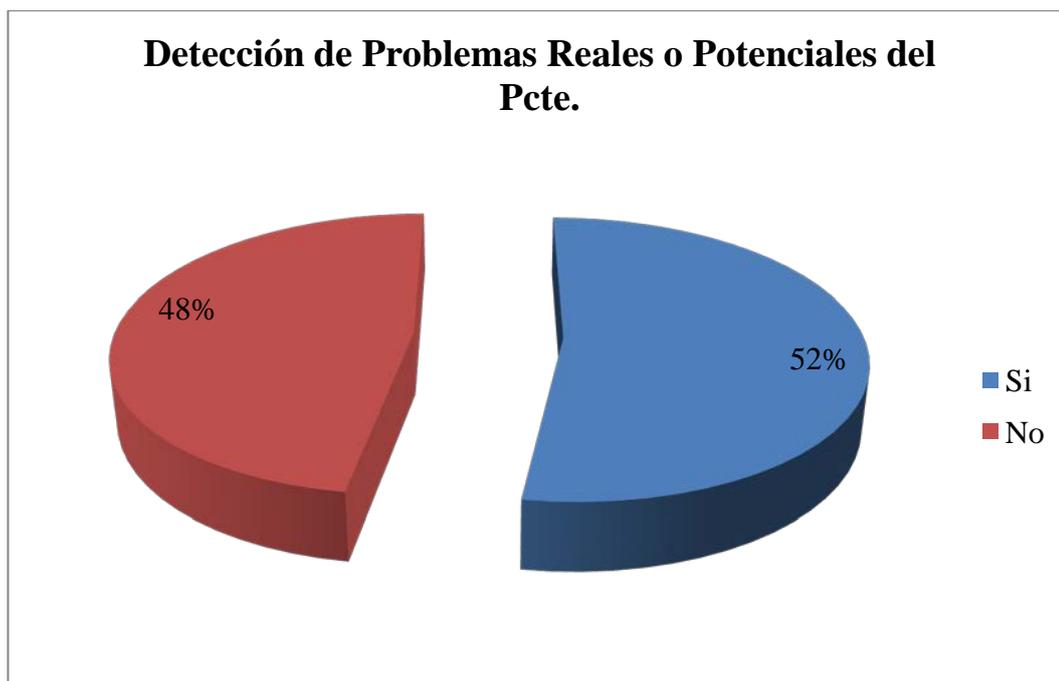
Fuente. Encuestas realizadas al personal profesional de enfermería de las áreas: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría, propias del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Elaborado por. Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería.

Análisis. Según las respuestas de los sujetos encuestados, el 37% de los profesionales de enfermería dicen que las notas de enfermería si permiten identificar las intervenciones del cuidado, mientras que el 50% manifiestan que no; y un 13% piensa que solo a veces permiten identificarlas.

GRAFICO N° 2

LAS NOTAS DE ENFERMERÍA REALIZADAS ¿CONTIENEN INFORMACIÓN QUE PERMITAN DETECTAR PROBLEMAS REALES O POTENCIALES DEL PACIENTE?



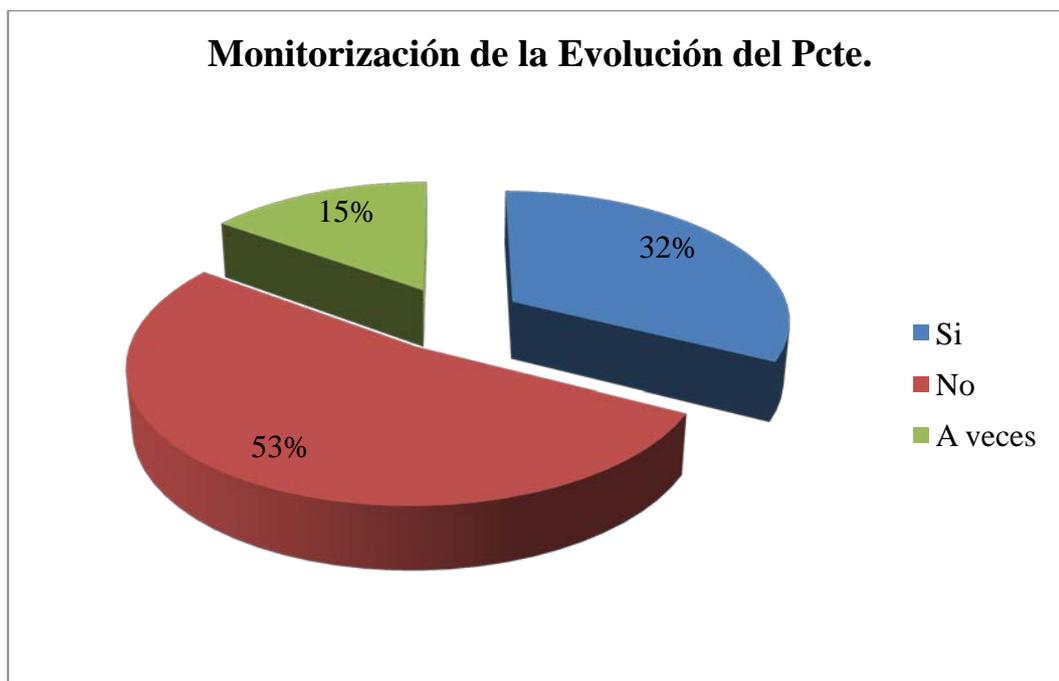
Fuente. Encuestas realizadas al personal profesional de enfermería de las áreas: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría, propias del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Elaborado por. Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería.

Análisis. En cuanto al contenido de la información de las notas de enfermería un 52% de los profesionales de enfermería refiere que si permiten detectar problemas reales y potenciales del paciente mientras que el 48% dice que no es así.

GRAFICO N° 3

ACTUALMENTE ¿SON ÚTILES LA FORMA EN QUE REALIZAN LAS NOTAS DE ENFERMERÍA PARA MONITOREAR LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES?



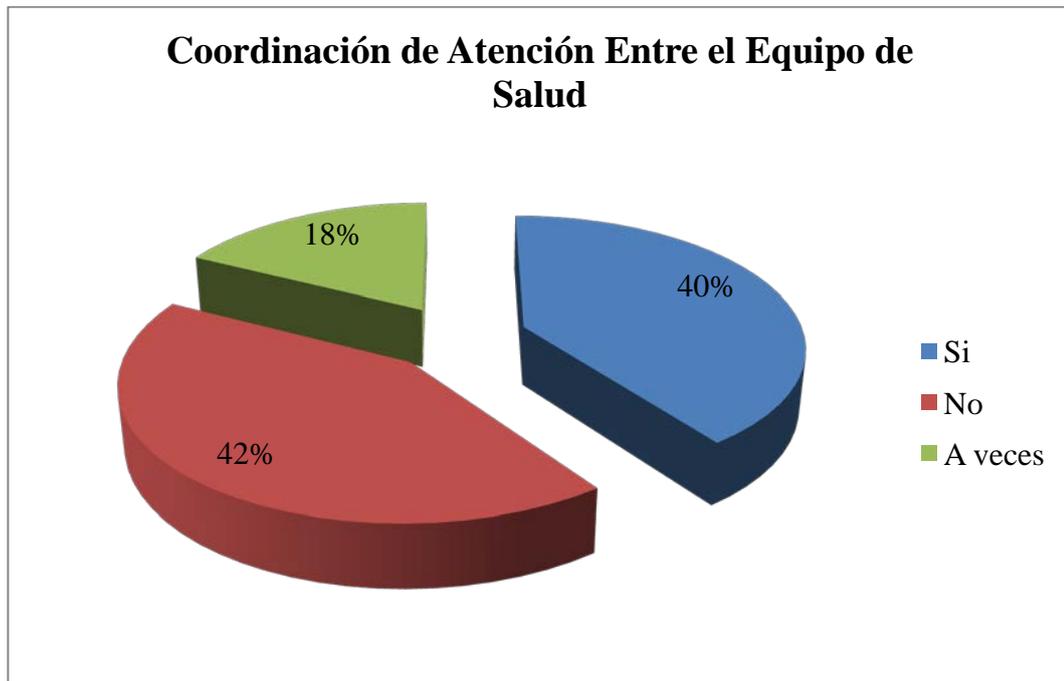
Fuente. Encuestas realizadas al personal profesional de enfermería de las áreas: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría, propias del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Elaborado por. Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería.

Análisis. De los profesionales de enfermería encuestados el 32% contestó que las notas de enfermería permiten monitorear la evolución del paciente mientras que el 53% manifiesta que no y un 15% dice que solo a veces.

GRAFICO N° 4

LAS NOTAS DE ENFERMERÍA QUE SE REALIZAN EN SU SERVICIO ¿CONTIENEN INFORMACIÓN QUE FACILITE LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD DE LOS DIFERENTES TURNOS?



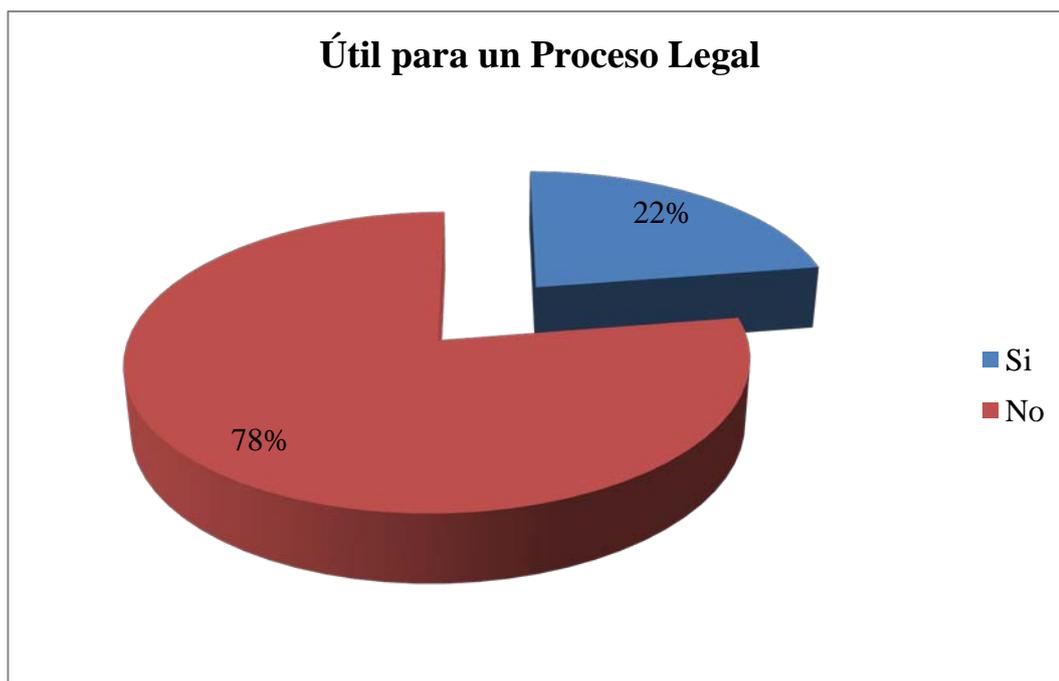
Fuente. Encuestas realizadas al personal profesional de enfermería de las áreas: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría, propias del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Elaborado por. Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería.

Análisis. Las notas de enfermería como una herramienta de coordinación entre el equipo de salud, de los profesionales de enfermería encuestados, el 40% dice que si contienen la información suficiente para dicha coordinación, en tanto que 42% opina que no la facilitan y un 18% dice que solo a veces.

GRAFICO N° 5

¿CREE UD. QUE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA QUE SE REALIZAN EN SU SERVICIO SERIAN ÚTIL EN UN PROCESO LEGAL?



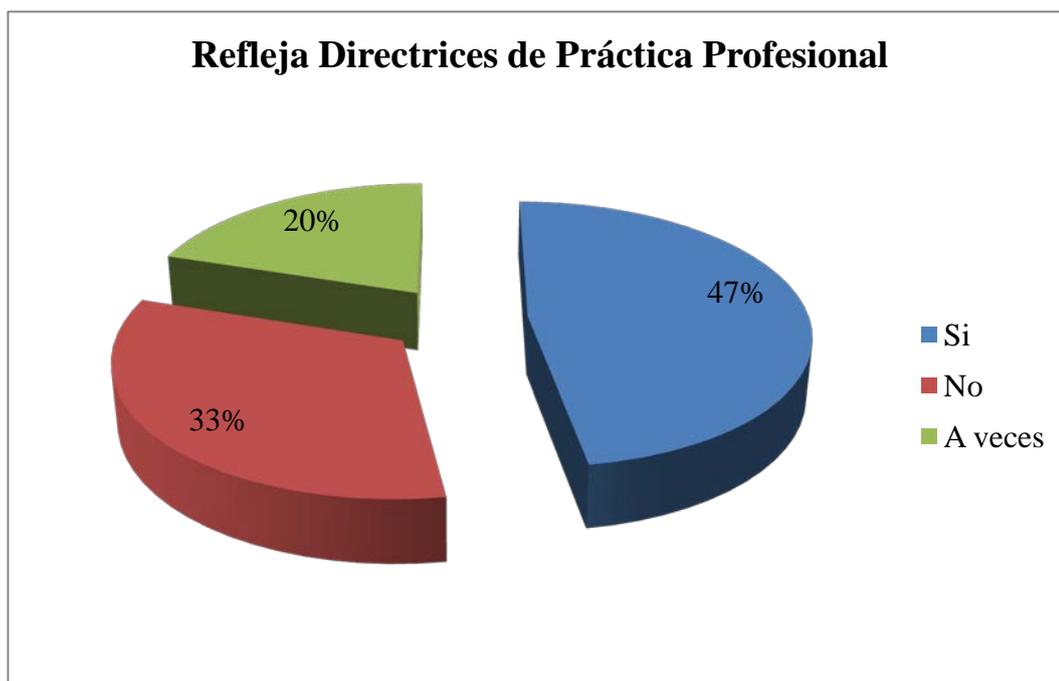
Fuente. Encuestas realizadas al personal profesional de enfermería de las áreas: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría, propias del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Elaborado por. Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería.

Análisis. Según este propósito legal que se le atribuye a las notas de enfermería el 22% de los profesionales encuestados piensan que si son útiles las anotaciones de su servicio mientras que un 78% manifiesta que no tienen utilidad para dicho fin.

GRAFICO N° 6

¿LAS NOTAS DE ENFERMERÍA QUE USTED MANEJA REFLEJAN LAS ACTUALES DIRECTRICES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL?



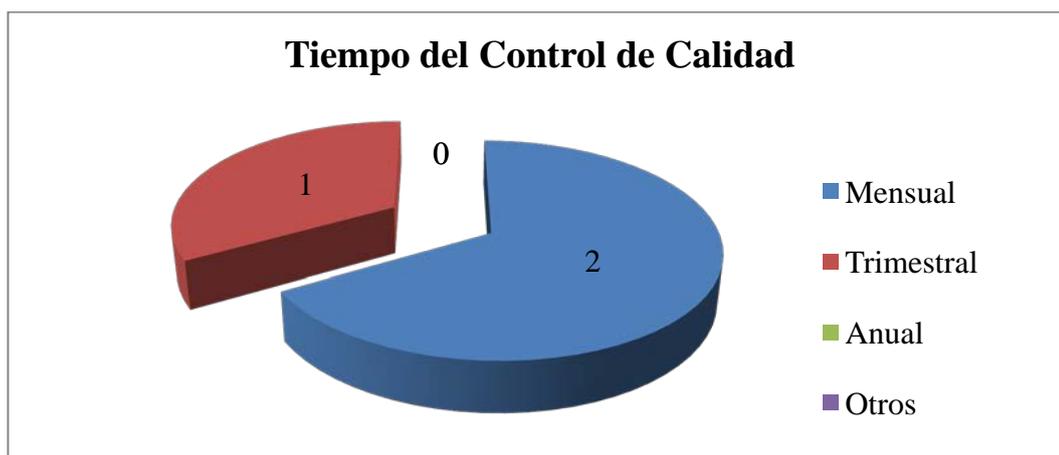
Fuente. Encuestas realizadas al personal profesional de enfermería de las áreas: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría, propias del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería.

Análisis. Según el personal profesional de enfermería encuetado, el 47% dice que las notas de enfermería que ellos manejan si reflejan las directrices de su práctica profesional, en tanto que el 33% indican que no y un 20% que a solo veces se refleja dichas directrices.

GRAFICO N° 7

EN SU SERVICIO ¿REALIZAN UN CONTROL DE LA CALIDAD DEL CONTENIDO DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA INDIQUE CADA QUE TIEMPO LO HACEN:



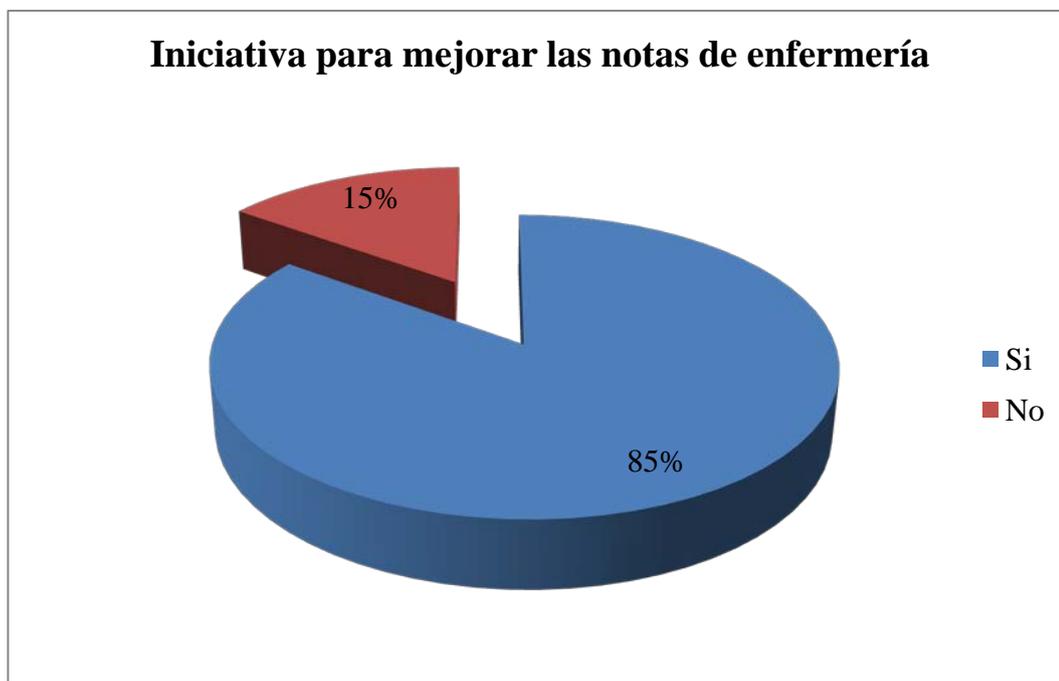
Fuente. Encuestas realizadas al personal profesional de enfermería de las áreas: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría, propias del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería.

Análisis. En relación al control de la calidad de las Anotaciones de los diferentes servicios solo el 7% de los profesionales encuestados dicen que si se los realizan mientras que el 93% dice que no se lleva a cabo dicha actividad. De dichos controles de calidad 2 profesionales de enfermería refieren que son mensuales y uno manifiesta que trimestral.

GRAFICO N° 8

¿HA DESARROLLADO UD. ALGUNA INICIATIVA PARA MEJORAR LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN SU SERVICIO?



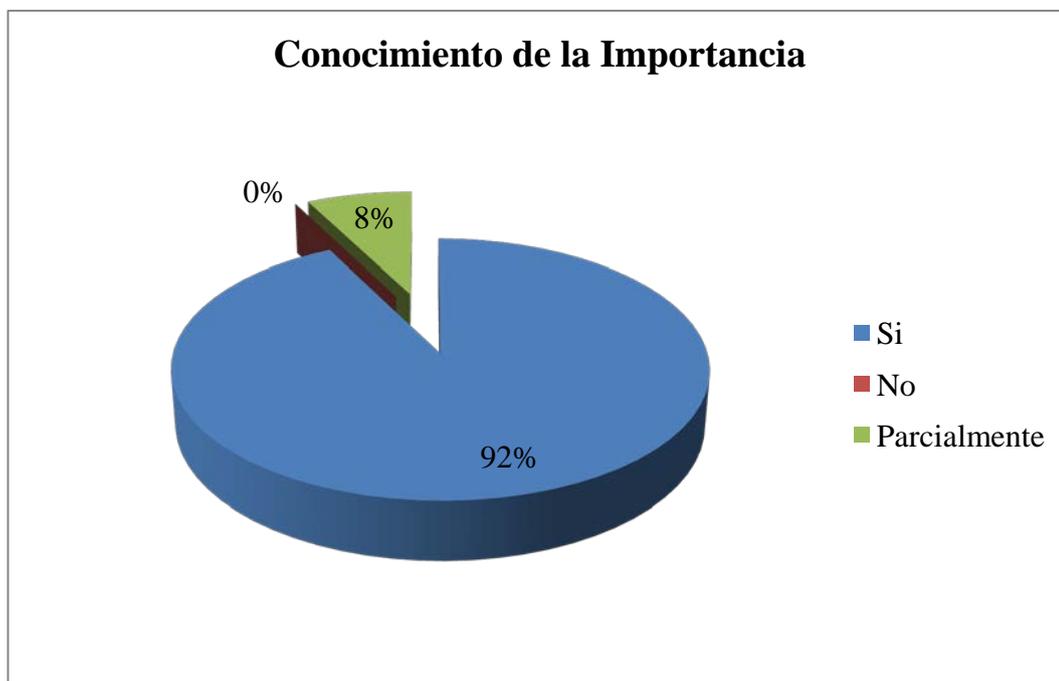
Fuente. Encuestas realizadas al personal profesional de enfermería de las áreas: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría, propias del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería.

Análisis. Según los profesionales encuestados el 85% manifestó que si han desarrollado una iniciativa para mejorar las notas de enfermería de su servicio mientras que el 15% no lo ha hecho.

GRAFICO N° 9

¿CONOCE UD. LA IMPORTANCIA DE REALIZAR NOTAS DE ENFERMERÍA DE CALIDAD?



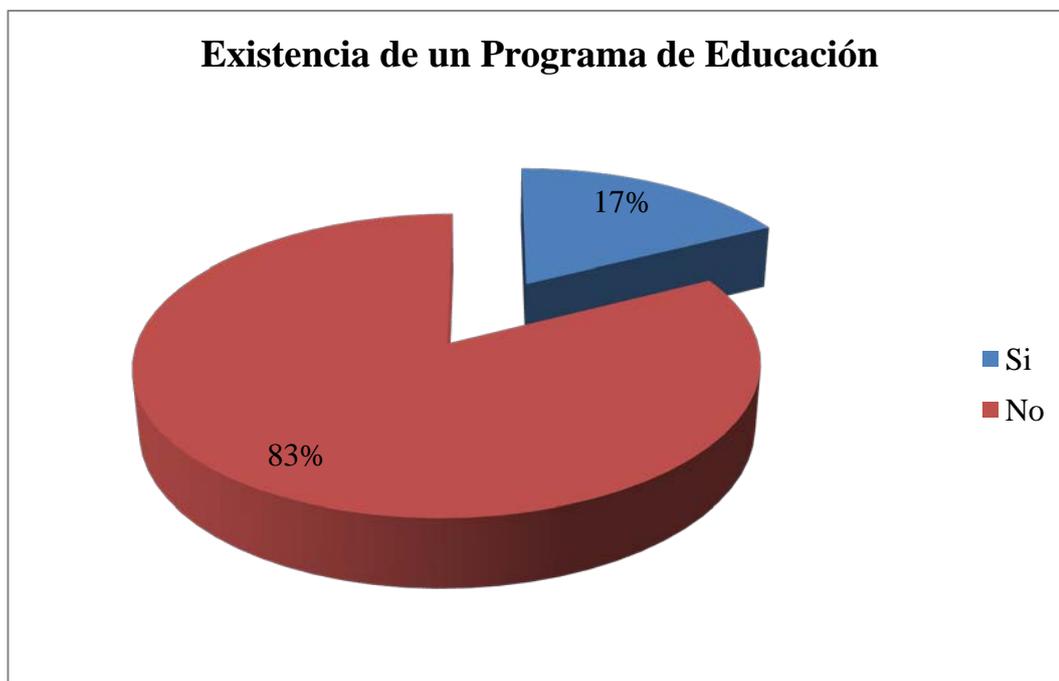
Fuente. Encuestas realizadas al personal profesional de enfermería de las áreas: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría, propias del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. En cuanto a la importancia de llevar a cabo las anotaciones de enfermería el 92% si la conoce mientras que el 8% indica conocerlas parcialmente y el 0% dice que no las conoce.

GRAFICO N° 10

¿EXISTE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN SU SERVICIO SOBRE ANOTACIONES DE ENFERMERÍA?



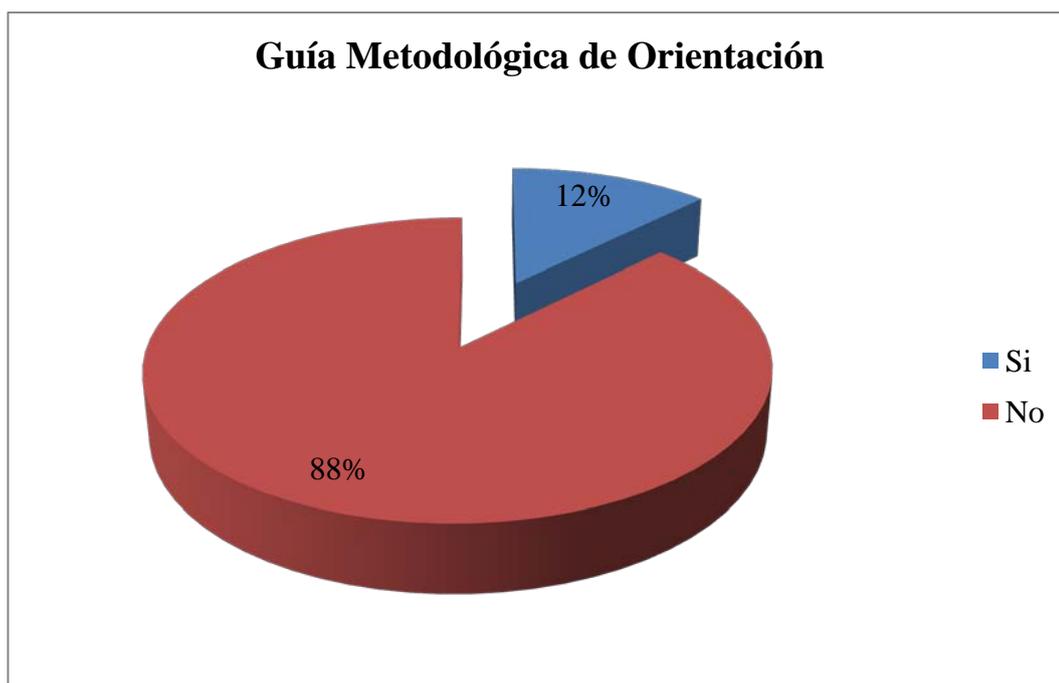
Fuente. Encuestas realizadas al personal profesional de enfermería de las áreas: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría, propias del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería.

Análisis. Según los profesionales encuestados el 17% dice que si existe un programa de educación en cuanto a notas de enfermería y el 83% dice que no existe.

GRAFICO N° 11

¿EXISTE EN EL SERVICIO UNA GUÍA METODOLÓGICA QUE ORIENTE A ESTUDIANTES Y AL PERSONAL E INDIQUE LA FORMA DE CÓMO REALIZAR NOTAS DE ENFERMERÍA DE CALIDAD?



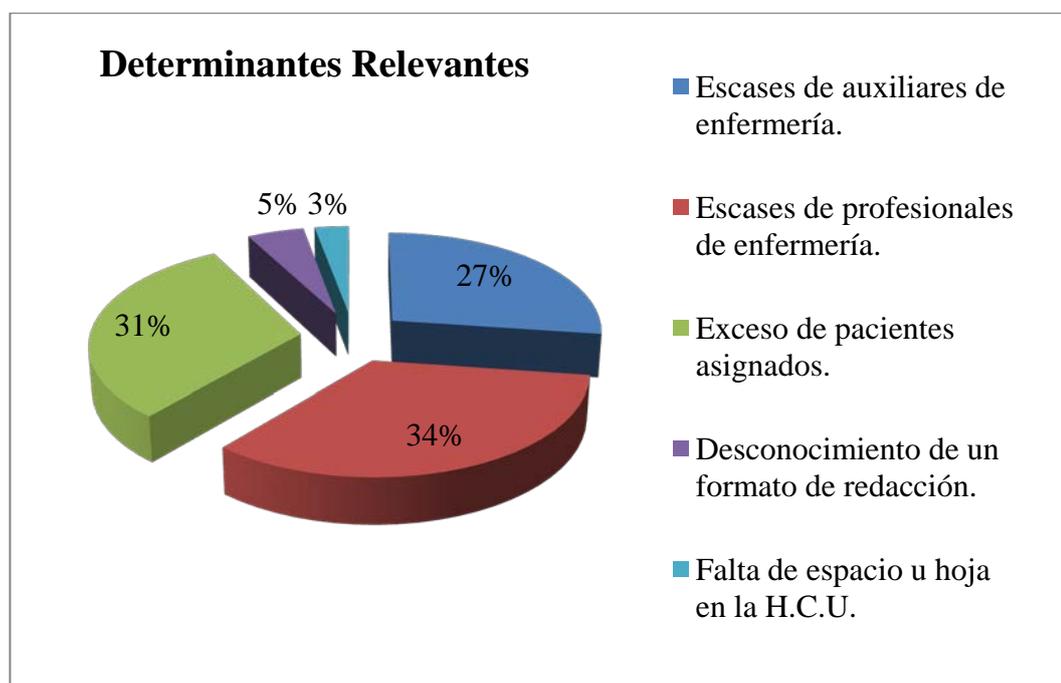
Fuente. Encuestas realizadas al personal profesional de enfermería de las áreas: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría, propias del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería.

Análisis. Según los profesionales encuestados solo el 12% indica que si existe una guía metodológica para realizar las notas de enfermería y un 88% manifiesta que no.

GRAFICO N° 12

CUÁL DE LAS SIGUIENTES DETERMINANTES CREE UD. ¿QUÉ ES LA MÁS RELEVANTE PARA NO REALIZAR CORRECTAMENTE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA?



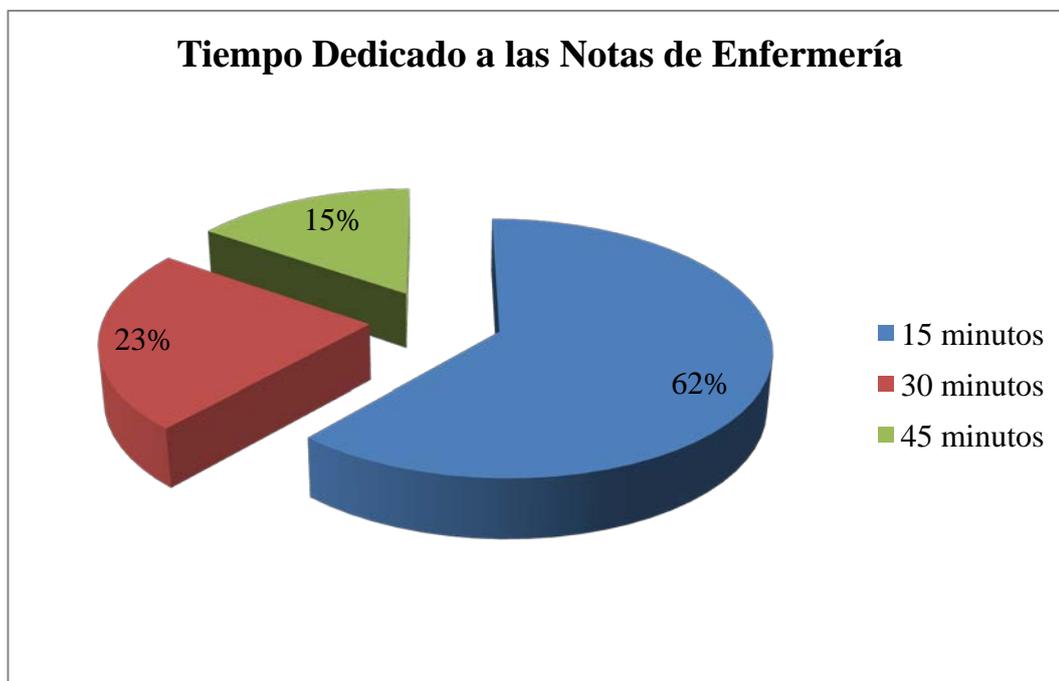
Fuente. Encuestas realizadas al personal profesional de enfermería de las áreas: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría, propias del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería.

Análisis. Entre las determinantes más relevantes para no realizar correctamente las anotaciones de enfermería el 34% de los profesionales encuestados concordaron en la escasez de profesionales de enfermería, seguida del exceso de pacientes asignados con el 31% y la escasez de auxiliares con el 27%, en tanto que los porcentajes mas bajos los toman el desconocimiento de un formato de redacción con el 5% y la falta de espacio en la H.C.U. con el 3%.

GRAFICO N° 13

¿QUÉ TIEMPO DEDICA UD. PARA REALIZAR LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA DE SUS PACIENTES?



Fuente. Encuestas realizadas al personal profesional de enfermería de las áreas: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría, propias del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería.

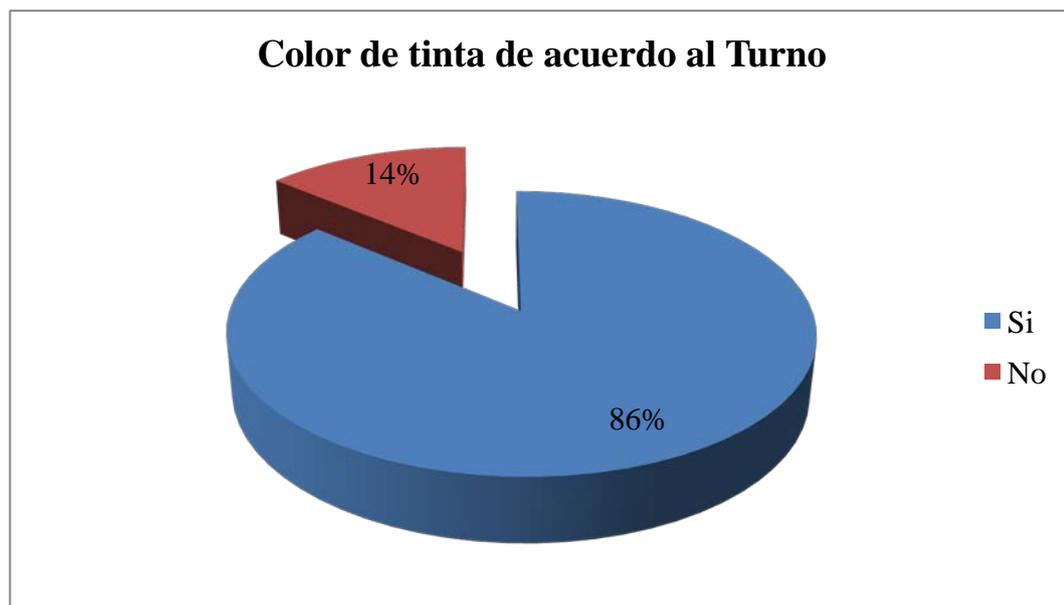
Análisis. Según los profesionales de enfermería encuestados el 24% manifiestan que para realizar sus notas de enfermería toman un tiempo de 15 minutos, en tanto que el 23% dedican aproximadamente 30 minutos y por ultimo el 15% de los profesionales dedican 45 minutos para su documentación.

NORMAS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

Los siguientes resultados hacen referencia a la información recogida en relación a las características de las notas de enfermería registradas en la historia clínica de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco – obstetricia y Pediatría, utilizando como instrumento una guía de observación y dando un total de 80 historias clínicas examinadas.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

GRAFICO N° 14

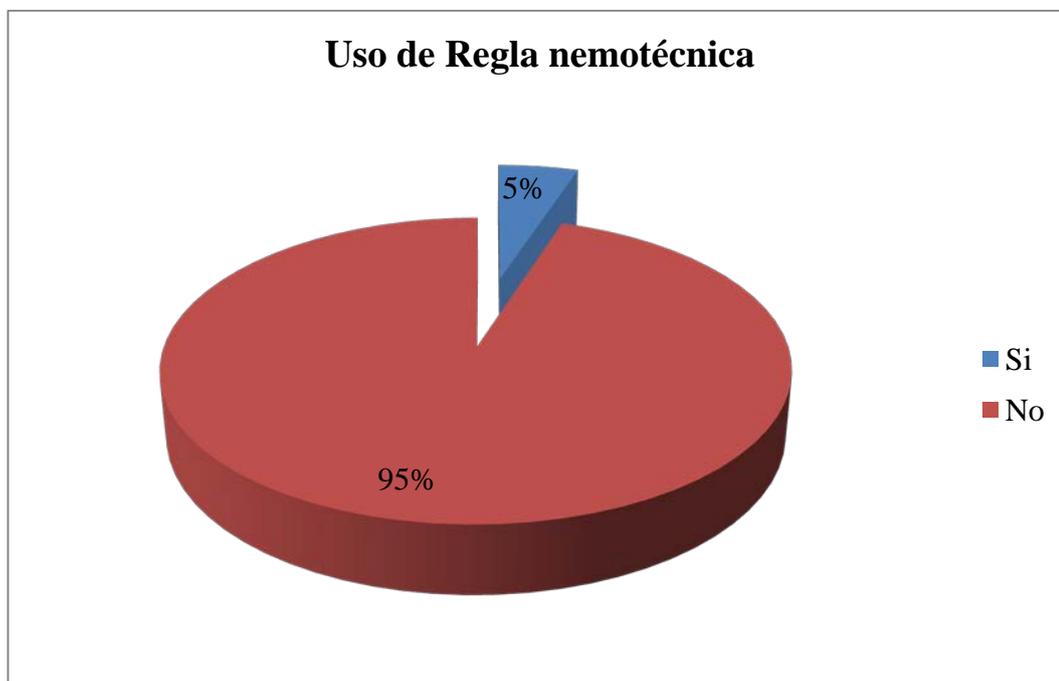


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco–obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería.

Análisis. De las notas de enfermería evaluadas el 86% están realizadas con el color de tinta de acuerdo al turno, mientras que el 14% no.

GRAFICO N° 15

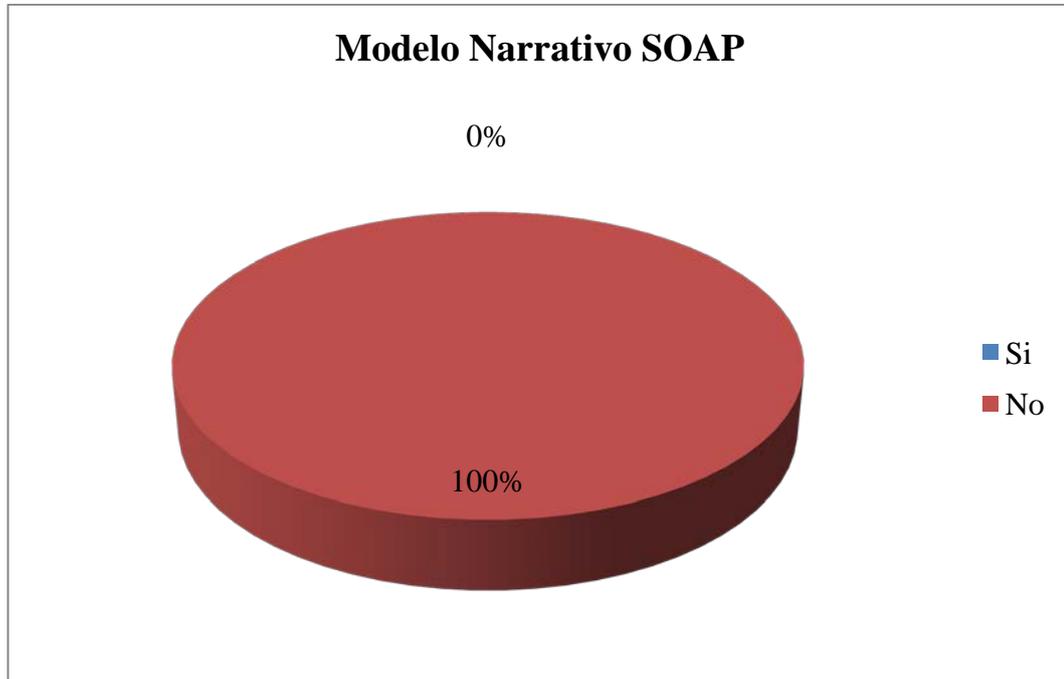


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco–obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. Solo el 5% de las notas de enfermería evaluadas están realizadas de acuerdo una regla nemotecnia para organizar los registros, mientras que 95% no las utiliza.

GRAFICO N° 16



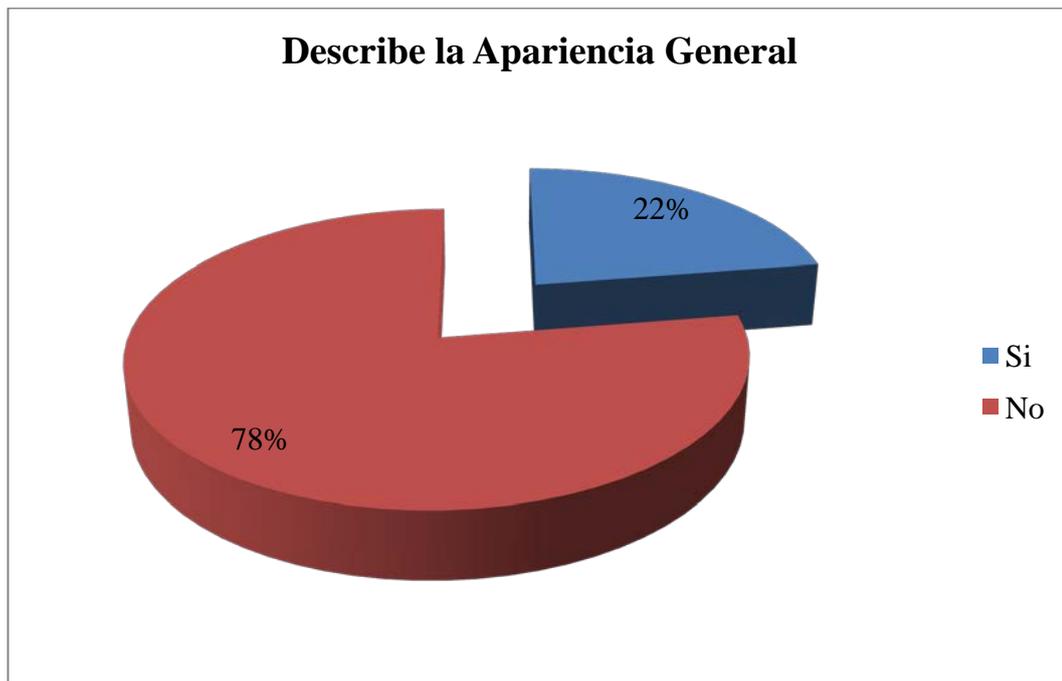
Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco–obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. Ninguna de las notas de enfermería evaluadas están realizadas de acuerdo al modelo narrativo SOAP el mismo que es el que se sugiere en el presente estudio, como resultado de esto se puede decir que el 100% de las notas de enfermería no están elaboradas bajo ningún modelo narrativo.

NORMAS Y CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

GRAFICO N° 17

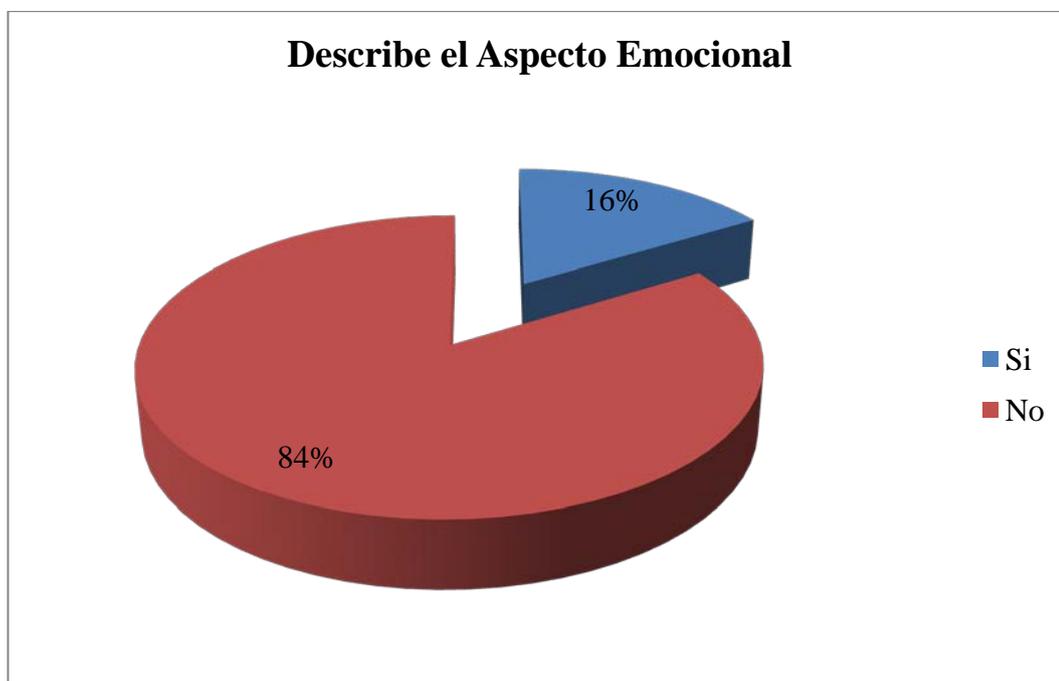


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. Según las notas de enfermería examinadas un bajo porcentaje (22%) describe la apariencia general, mientras que la gran mayoría que equivale al 78% de estas notas no lo hace.

GRAFICO N° 18

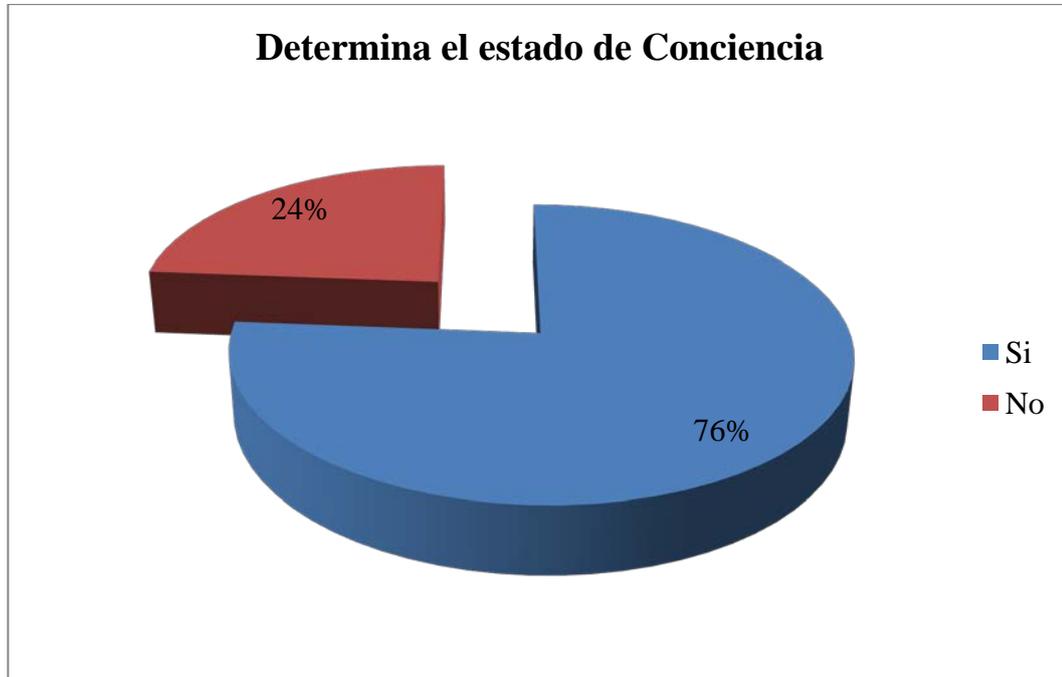


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. Según las notas de enfermería examinadas el 16% describe el aspecto emocional de los pacientes, mientras que el 84% no lo hace. A evidencia de esto podemos decir que según estas notas de enfermería examinadas la gran mayoría no describe dicho aspecto.

GRAFICO N° 19

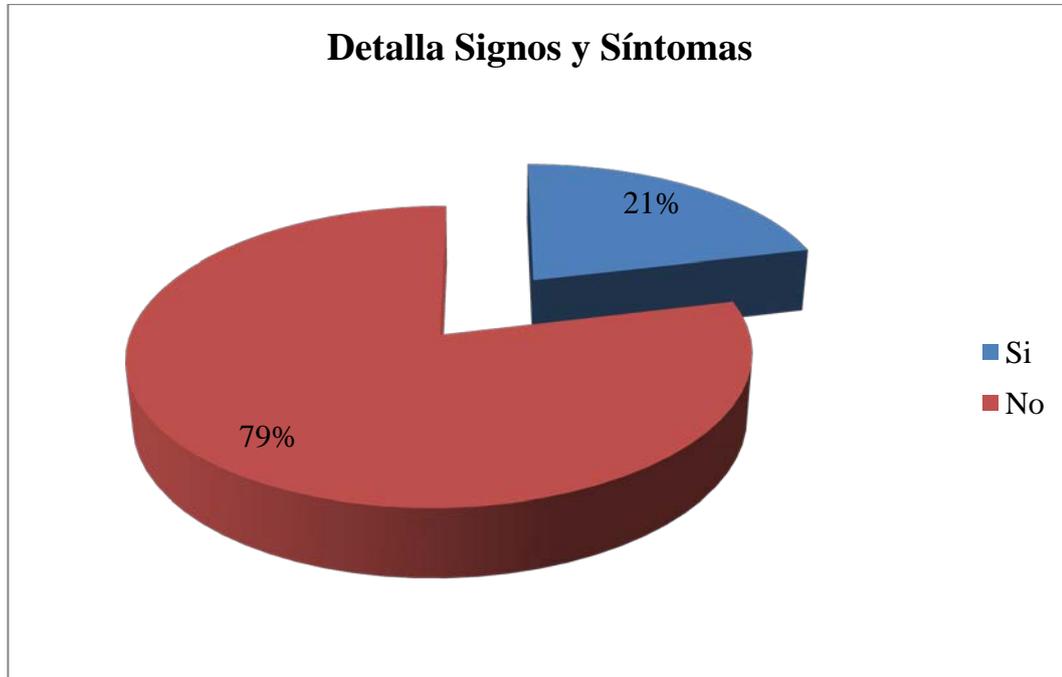


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. Según las notas de enfermería examinadas se observó que gran parte (76%) si determina el estado de conciencia de los pacientes, mientras que el 24% no.

GRAFICO N° 20



Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. Según las notas de enfermería examinadas solo un 21% detallan los signos y síntomas de los pacientes, mientras que el 79% no.

GRÁFICO N° 21

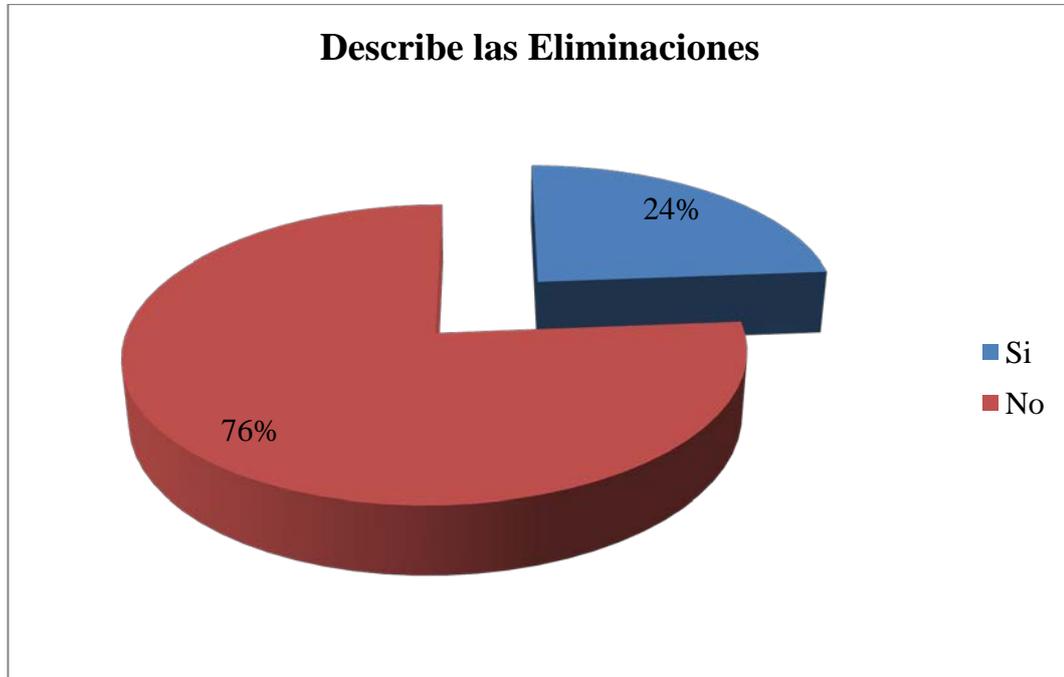


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. El 41% de las notas de enfermería evaluadas presentan registrado el tratamiento instaurado mientras que el 59% no.

GRÁFICO N° 22



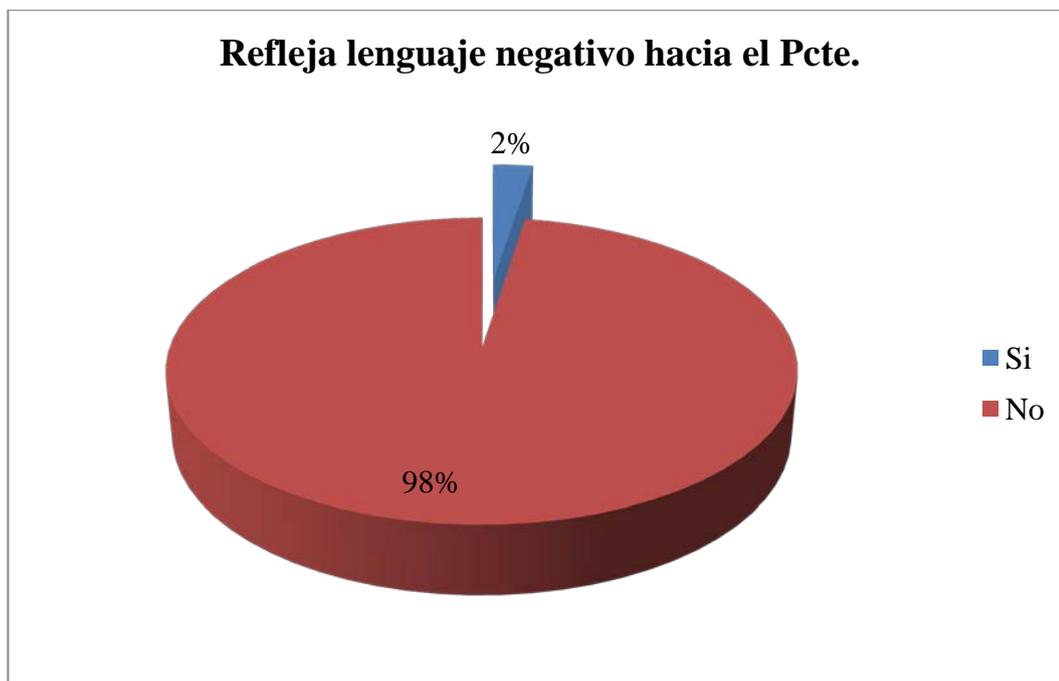
Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. De acuerdo a las notas de enfermería evaluadas solo el 24% describe las características y aspectos de las eliminaciones de los pacientes, mientras que el 76% no lo hace.

NORMAS Y CARACTERÍSTICAS DE OBJETIVIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

GRAFICO N° 23

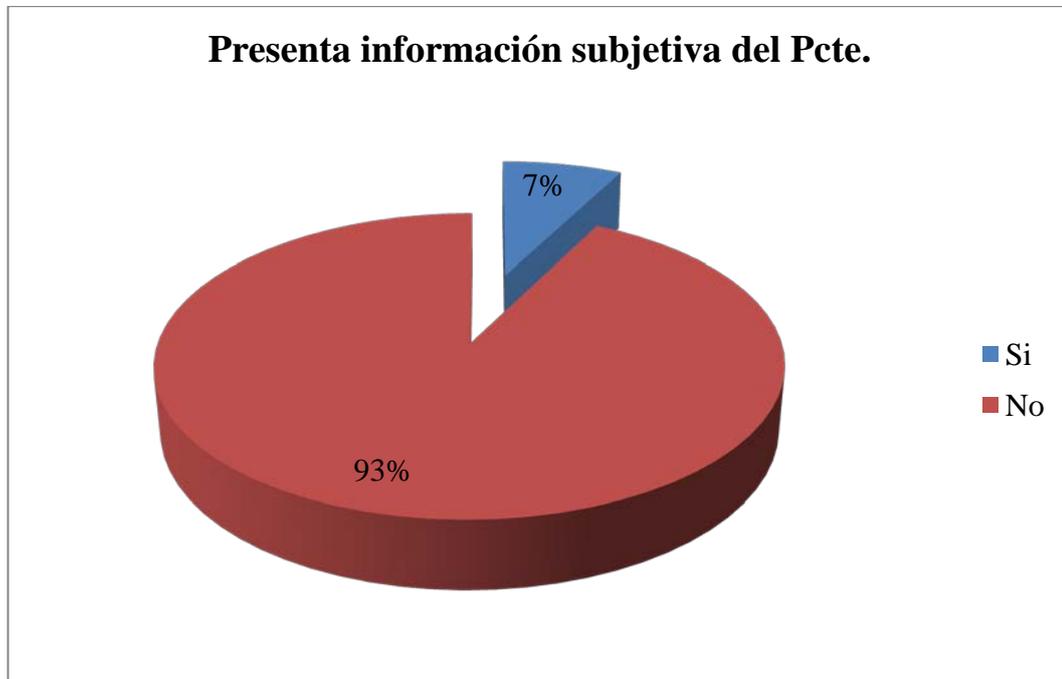


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco–obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. Solo en un 2% se observa un lenguaje que indica actitud negativa hacia al paciente, en tanto que en el 97% no se refleja dicho lenguaje.

GRAFICO N° 24



Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. En cuanto a la información subjetiva aportada por el paciente y el familiar solo el 7% de las notas de enfermería evaluadas las presenta, en tanto que el 93% no.

GRAFICO N° 25



Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. De las notas de enfermería evaluadas solo el 2% presenta hechos documentados como apoyo de los datos subjetivos de enfermería, mientras que el 98% no los presenta.

NORMAS Y CARACTERÍSTICAS DE EXACTITUD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

GRAFICO N° 26

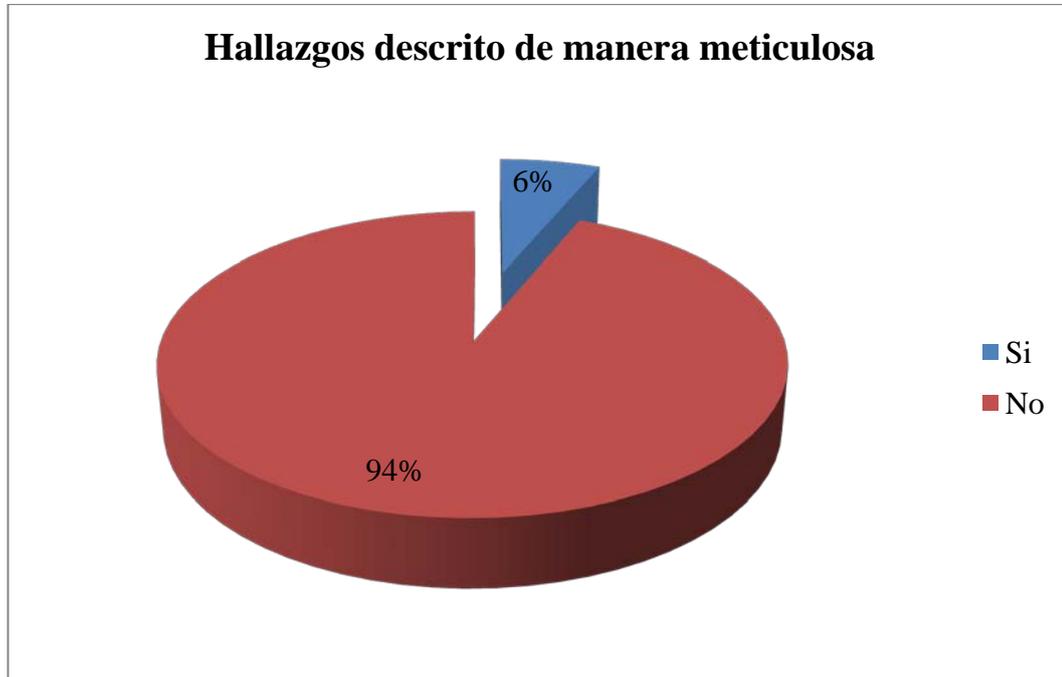


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco–obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. De las notas de enfermería evaluadas solo el 9% reflejan los hechos anotados de forma clara y concisa, mientras que el 91% no.

GRAFICO N° 27

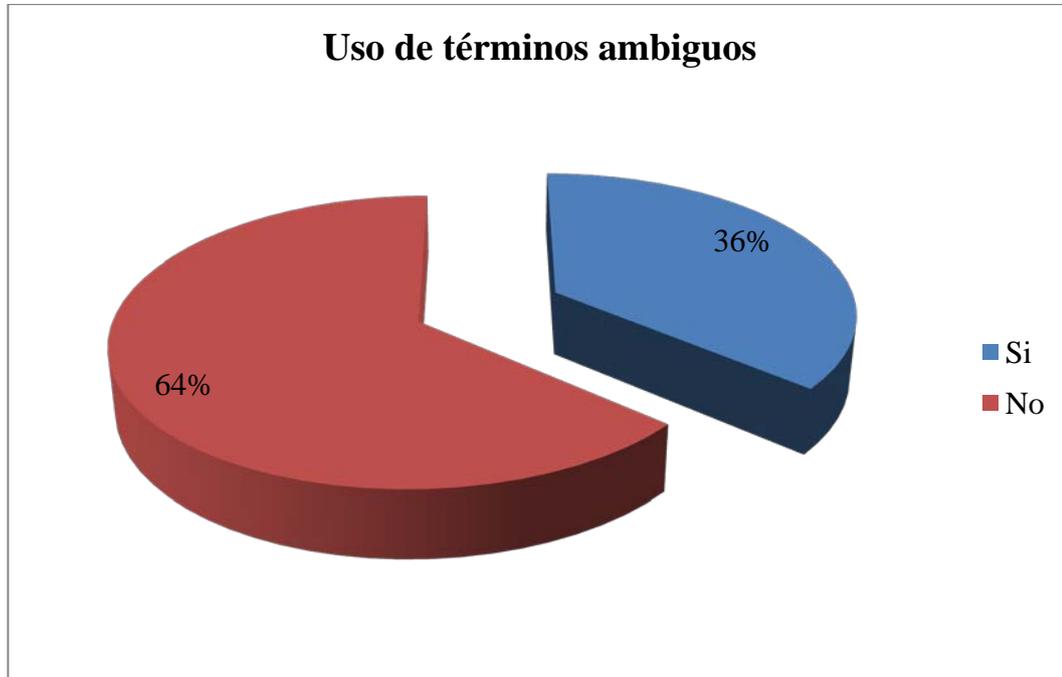


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. Según las notas de enfermería evaluadas solo el 6% presentan descrito de manera meticulosa los hallazgos, mientras que el 94% no.

GRAFICO N° 28

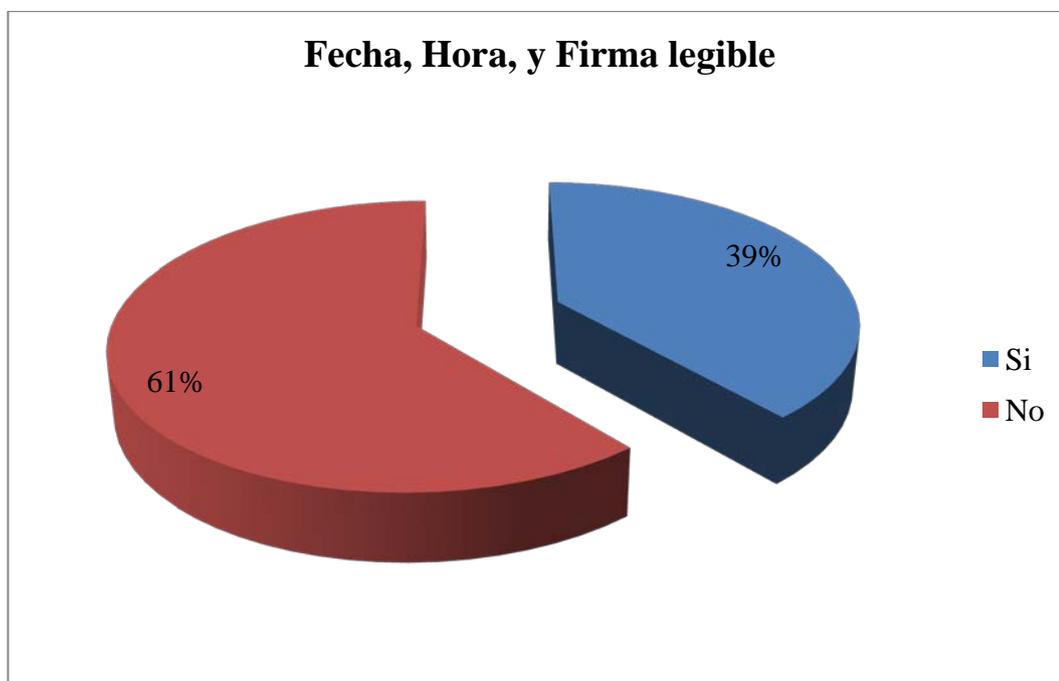


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. De acuerdo a las notas de enfermería evaluadas el 36% utiliza términos ambiguos, mientras que el 64% no.

GRAFICO N° 29.

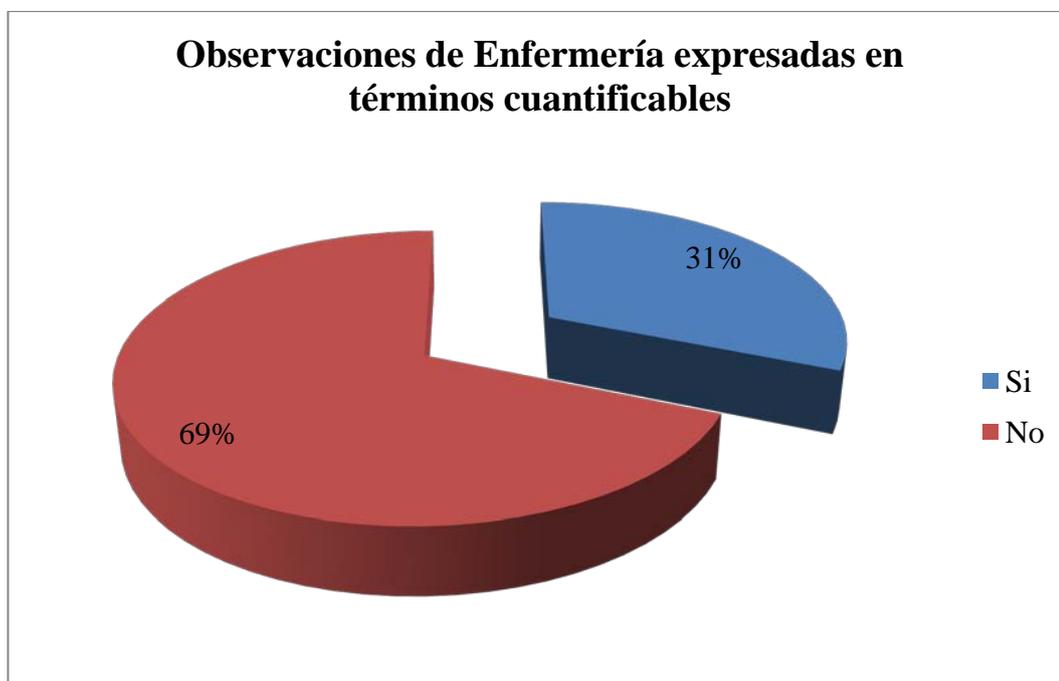


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. De las notas de enfermería evaluadas solo 39% presenta la fecha, hora y firma legible de la enfermera responsable, en tanto que el 61% no.

GRAFICO N° 30

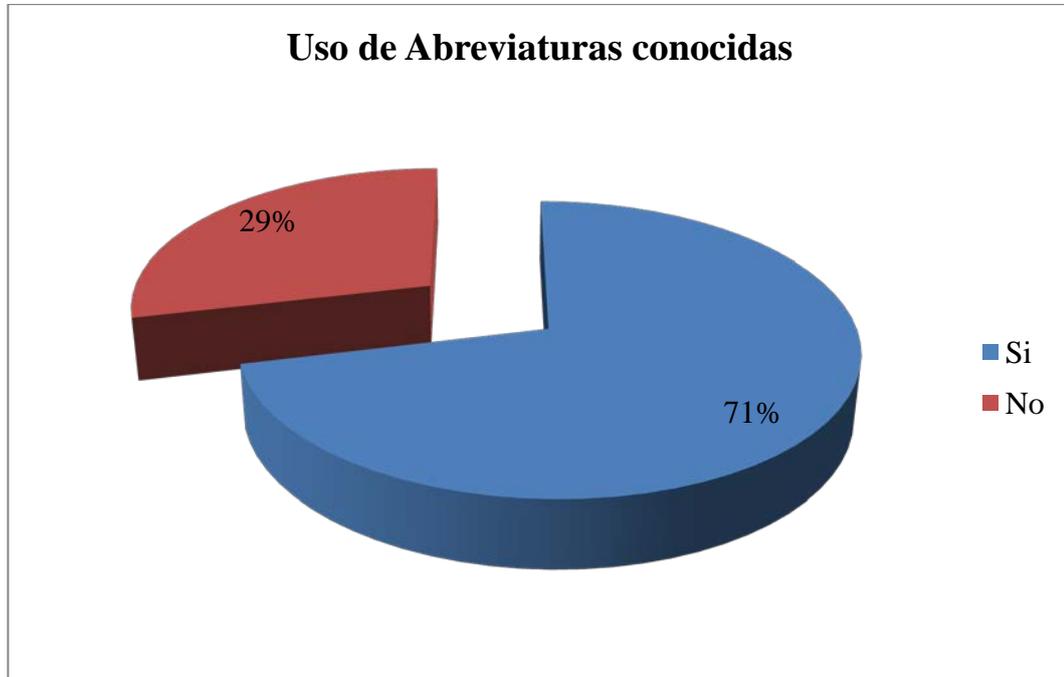


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. De las notas de enfermería evaluadas solo el 31% refieren las observaciones de enfermería expresadas en términos cuantificables, mientras que el 69% no.

GRAFICO N° 31



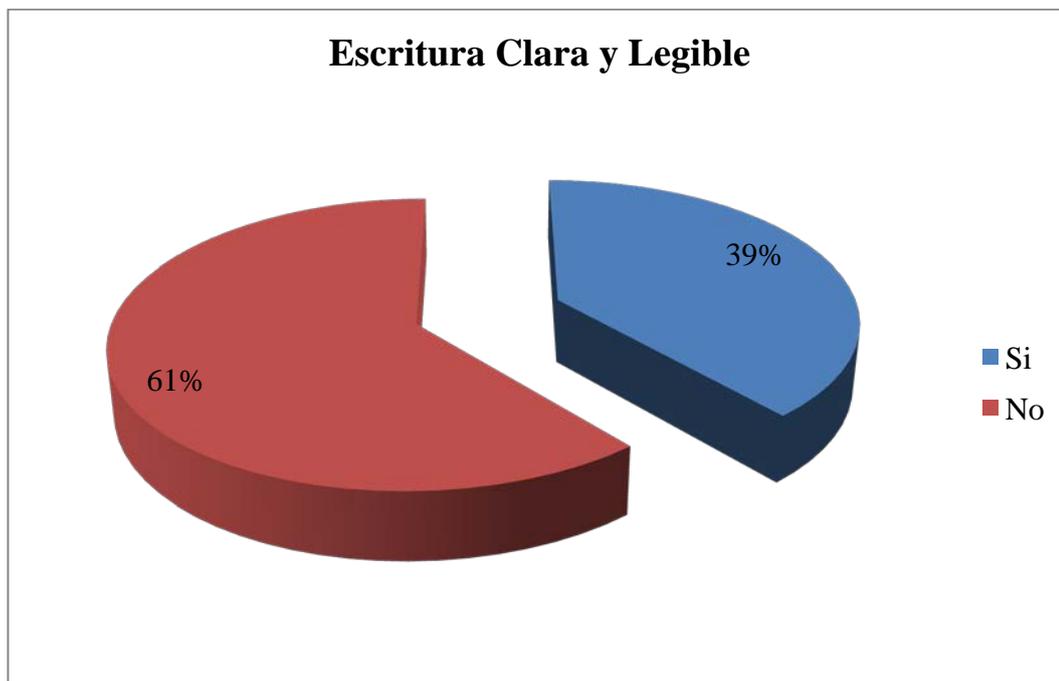
Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. De acuerdo a las notas de enfermería evaluadas el 71% si utiliza abreviaturas de uso común mientras que lo que corresponde al porcentaje restante equivalente al 29% existen notas que no presentan abreviaturas y otras que presentan abreviaturas no conocidas.

NORMAS Y CARACTERÍSTICAS DE LEGIBILIDAD Y CLARIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

GRAFICO N° 32

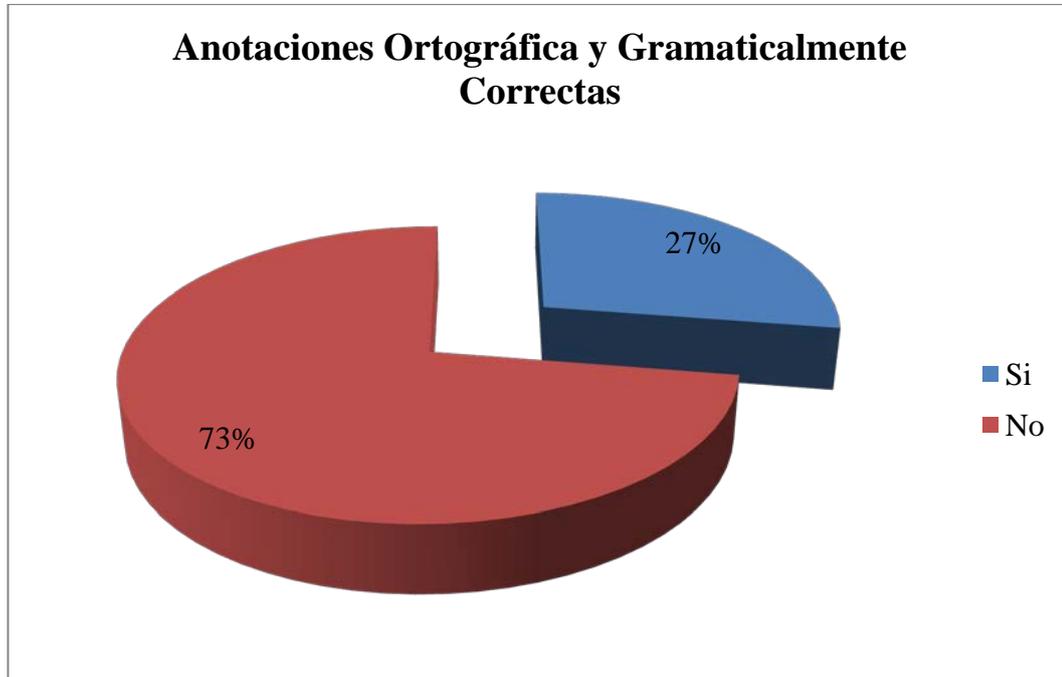


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco–obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. De acuerdo a la escritura de las notas de enfermería solo 39% es clara y legible, mientras que el 61% no lo es.

GRAFICO N° 33

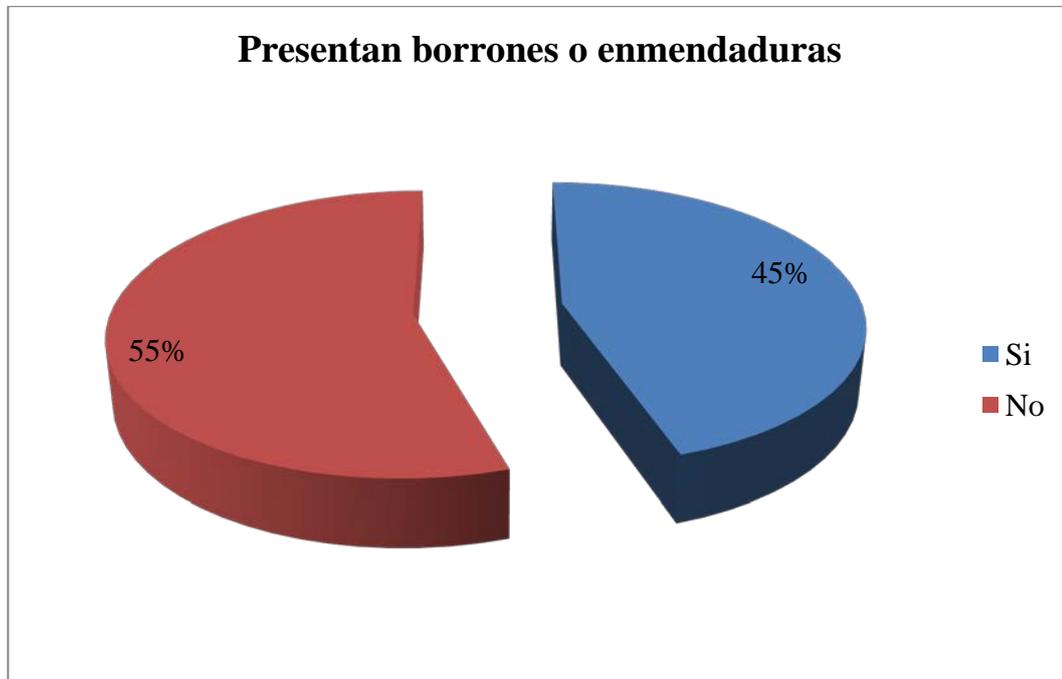


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. De acuerdo a la ortografía y la gramática de las notas de enfermería evaluadas solo el 27% están anotadas correctamente, mientras que el 73% no.

GRAFICO N° 34

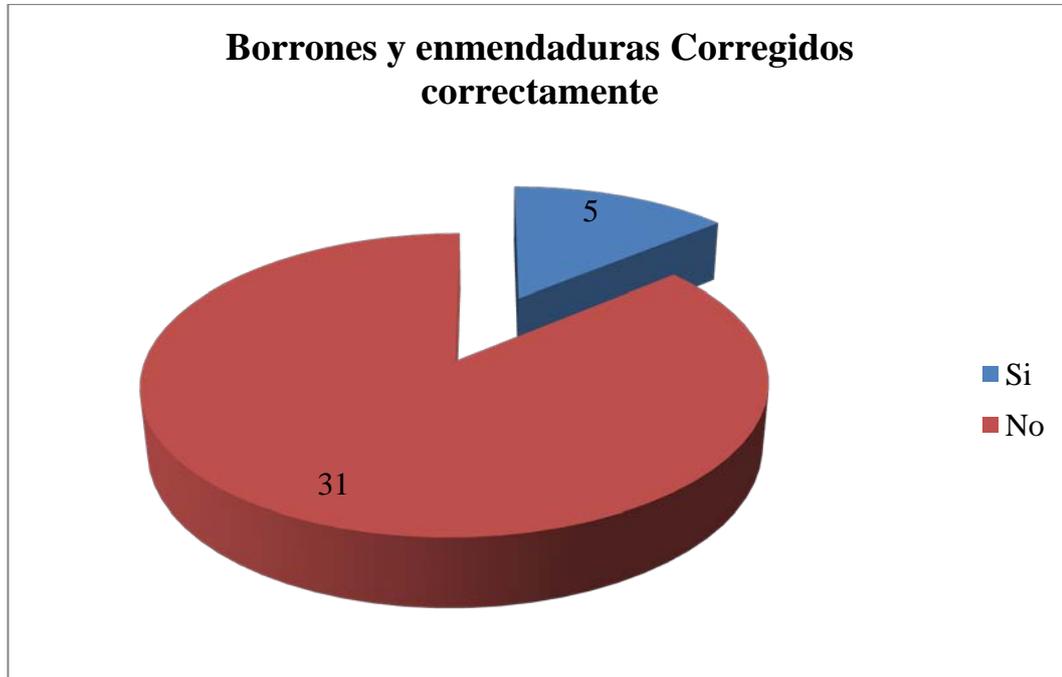


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. Según las notas de enfermería evaluadas el 45% presentan tanto borriones como enmendaduras, mientras que el 55% no presentan estos detalles.

GRAFICO N° 35

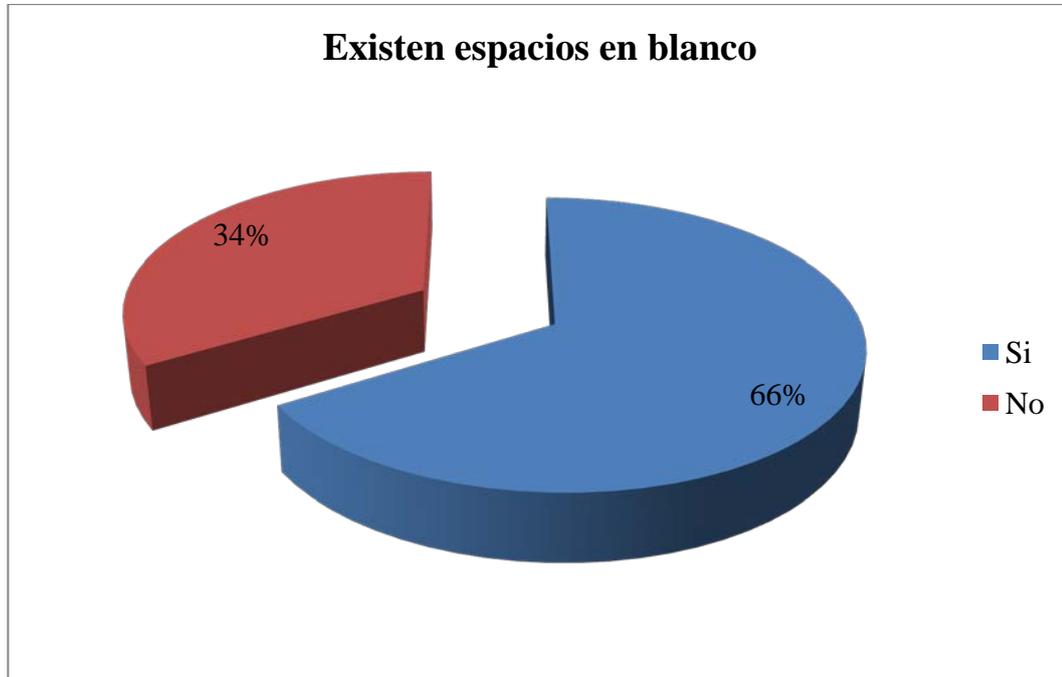


Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. De las notas de enfermería que presentan borrones equivalentes a 36 solo 5 están corregidas correctamente mientras que 31 no.

GRAFICO N° 36



Fuente. Evaluación de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, de acuerdo a la guía de observación.

Elaborado por: Johnny Chipre Reyes. Estudiante de Enfermería

Análisis. De acuerdo a las notas de enfermería evaluadas el 66% presentan espacios en blanco mientras que solo 34% no.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos de la presente investigación, podemos concluir:

El 92% de enfermeras/os conocen la importancia de realizar sus notas de enfermería correctamente, ya que manifiestan que son fundamentales para el cuidado continuo del paciente y la coordinación entre los miembros equipo de salud.

Por otra parte el 93% manifiesta que no existe un control de la calidad del contenido de las notas de enfermería por lo que no hay una exigencia en cuanto al correcto registro de las actividades enfermeras con relación al cuidado. A esto se suma la ausencia de programas educativos y guías metodológicas que indique la forma de realizar este tipo de documentación correctamente, manifestado por la gran parte del personal profesional encuestado.

A pesar de la inexistencia de dichos métodos educativos, por conocimiento general en cuanto a lo que respecta todo tipo de registro de enfermería la gran mayoría equivalente al 86% de las notas evaluadas están elaboradas con el color de tinta correctamente de acuerdo al turno. Pero con lo que respecta a la estructura de dichas notas de enfermería evaluadas el 100% no se adapta a ningún modelo narrativo ni mucho menos al modelo SOAP que es el modelo que se sugiere en el presente estudio.

Por otro lado según los resultados obtenidos con relación a las normas y características descriptivas con las que se debe cumplir las notas de enfermería se observó que no se detallan aspectos importantes los mismos que son expuesto a continuación en de forma ascendente de acuerdo al valor obtenido. Siendo así que solo un 16% describe el aspecto emocional del paciente, el 21% detalla signos y síntomas, el 22% describe la apariencia general, el 24% describe las eliminaciones, el 41% refiere el tratamiento y por último con el mayor un porcentaje (76%) determina el estado de conciencia.

En tanto que cuando se habla de la objetividad de la información anotada el gráfico N° 25 nos dice que solo un 2% presenta la información subjetiva del paciente apoyada en hechos documentados.

Mientras que en cuanto a la exactitud de las notas de enfermería, al momento de determinar en que hora y por quien fue elaborada dicha nota el 39% está correctamente rotulada, pero al determinar si son claras y concisas solo el 9% de las notas de enfermería evaluadas cumple con esta características.

Además teniendo en cuenta que las notas enfermería es una documentación con propósito legal, una de las características para cumplir con dicho fin es la legibilidad que por lo observado el 39% si cumple con esta característica a pesar de que aproximadamente la mitad de las notas evaluadas (45%) presentan enmendaduras o borrones de los cuales gran parte de estos (31/36) no están corregidos correctamente. En tanto que al tomar en cuenta la ortografía y la gramática solo el 27% de las notas evaluadas están elaboradas correctamente.

VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Uno de los propósitos de este estudio es determinar los factores que interactúan y la importancia de realizar una nota de enfermería de calidad, implementando un modelo metodológico y una serie de normas y características legales para su elaboración. Tomando en cuenta que es parte del quehacer diario del profesional enfermero y es indispensable para la comunicación interdisciplinaria en el contexto del cuidado de la salud de un individuo.

Manifestado este antecedente sobre las notas de enfermería se puede decir que según los resultados obtenidos de acuerdo a las encuestas realizadas a las enfermeras/os, no se está tomando en cuenta dicha importancia. A pesar de que existe un gran porcentaje de profesionales de enfermería que manifiestan que si la conocen, no se le da la atención necesaria que se merece este tipo de documentación.

Y como consecuencia de esto se puede decir que la gran mayoría de las notas de enfermería no cumplen con las directrices tanto profesionales como legales según las documentaciones evaluadas a través de la guía de observación y por ende no facilitan una buena coordinación entre los miembros del equipo de salud y tampoco podrían ser de gran utilidad en un proceso legal.

Se puede determinar que muchas de las directrices incumplidas en las notas de enfermería evaluadas a través de la guía de observación demuestran que existe una ineficiente relación enfermera/o – paciente, por lo que se deja pasar por alto detalles y condiciones tan importantes sobre el paciente al momento de elaborar una nota de enfermería. Ya que estos detalles son posibles valorar y determinar siempre y cuando exista una buena relación entre el profesional de la salud y el paciente como por ejemplo: el estado emocional, el mismo que influye mucho en el proceso de recuperación del individuo y que hay que tomar en cuenta a la hora de interactuar con él; identificación de signos y síntomas, de manera que son imprescindibles valorarlos y evaluarlos para determinar la actuación de enfermería ante el estado de un paciente. A esto se suma una cantidad de información subjetiva tanto del paciente como del profesional de enfermería registrada en la gran mayoría de las notas de enfermería evaluadas, pero que no

existe algún hecho documentado que respalde dicha información, entonces como se puede definir si esta información es cierta, cuan grave es, y que solución se le dio o se puede dar.

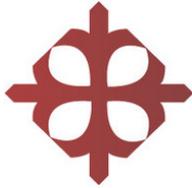
Por otro lado no podemos pasar por alto las normas de escritura y claridad de la notas de enfermería, las misma que son de mucha importancia en un proceso legal tanto para el profesional como para la institución en la que labora, algo que no se evidencia en la notas evaluadas en este estudio, ya que en la gran mayoría de las notas de enfermería se observó que existen muchas notas que no dan una información exacta y precisa y que están elaboradas con una escritura ilegible con enmendaduras y con errores ortográficos y gramaticales; algo que no se puede prescindir y de lo cual debemos hacer conciencia y demostrar que nuestra profesión debe ser ejemplar tanto en lo humano como en lo ético y profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, C. (2009). *Proceso de Atención de Enfermería*. Recuperado el Abril de 2011, de http://www.fenf.edu.uy/fenf/com/diag_salud/PROCESO_DE_ATENCION_DE_ENFERMERIA.pdf
- Basurto Jiménez, E., Basurto Madrigal, C., Bautista García, A., Carranza Ramírez, E., Flores Alarcón, K. S., González Medero, C. I., y otros. (2000). *Registros de Enfermería*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.monografias.com/trabajos70/correcto-llenado-registros-clinicos-enfermeria/correcto-llenado-registros-clinicos-enfermeria2.shtml>
- Carrascal Gutiérrez, I., Garrote Sastre, T., Ochoa Sangrador, C., & Rodríguez Pajares, M. (2002). *Reglamento de uso de la Historia Clínica*. Recuperado el Abril de 2011, de http://geocities.ws/calidad_zamora/nh200210.pdf
- Chaparro Diaz, L., & García Urueña, D. C. (2003). *Registros del Profesional de Enfermería como Evidencia de la continuidad del Cuidado*. Recuperado el Abril de 2011, de <Http://Www.Encolombia.Com/Medicina/Enfermeria/Enfermeria6403-Registros2.Htm>
- Federación Ecuatoriana De Enfermeras y Enfermeros. (2000). *Código de Ética de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.fenfermerasecuador.org/html/codigoetica.html>
- García Ramirez, S., Navío Marco, A. M., & Valentin Morganizo, L. (2007). *Normas Básicas para la elaboración de los registros de enfermería*. Recuperado el Abril de 2011, de http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/PDF_protocolo28.pdf
- Higuera De Quintero, M. (2002). *Proceso de Enfermería*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/425/19/MODULO%20No.%2001%20%20%20PROCESO%20DE%20ENFERMERIA.pdf>
- Jorcano Lorén, P. (2005). *La comunicación no Verbal: Un reto en los cuidados enfermeros de calidad*. Recuperado el Abril de 2001, de www.index-f.com/lascasas/lascasas.php
- Lucena De Cordero, G. (2008). *Lineamientos para la elaboración de los registros Clínicos en las prácticas Clínicas del Programa de Enfermería*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0349.php>

- Ministerio de Salud Pública. (2007). *Expediente único para la Historia Clínica*. Recuperado el Abril de 2011, de http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/hcu/historia_clinica.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Historia Clínica Única: Manual de Uso de los Formularios Básicos*. Ecuador.
- Noguera Ortiz, N. Y. (2008). *Proceso de Atención de Enfermería*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol110408/Procesosdeatenciondeenfermeria.htm>
- Ortiz Carrillo, O., & Del Socorro Chávez, M. (2006). *El registro de enfermería como parte del cuidado*. Recuperado el Abril de 2011, de <Http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/REGISTRO%20ODE%20>
- Pons Diez, X. (2006). *La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación*. Recuperado el Abril de 2011, de <http://ponss.files.wordpress.com/2011/04/commc.pdf>
- Potter, P., & Perry, A. (1996). *Fundamento de Enfermería: Teoría y Práctica* (Tercera ed.). Madrid, España: Harcourt Brace.
- Potter, P., & Perry, A. (2007). *Fundamentos de Enfermería* (Quinta ed., Vol. 1). Madrid, España: Elsevier Mosby.
- Prieto de Romano, G. I. (2009). *Comunicación Asertiva en Enfermería*. Recuperado el Abril de 2011, de http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=88:comunicacion&catid=35:conferencias&Itemid=37
- Ruiz Gómez, C. (2005). *Utilización del diagnóstico enfermero en los informes de enfermería al alta hospitalaria*. Recuperado el Abril de 2011, de www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0012.php
- Verdú Pascual, F. (2000). *La secreta Historia Clínica*. Recuperado el abril de 2011, de <http://www.uv.es/fevepa/tercera/MEDICINA/medicinalegal/lshc.html>

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL CARRERA DE ENFERMERÍA
“SAN VICENTE DE PAÚL”

ENTREVISTA PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Objetivo.- Evaluar la calidad de las notas de enfermería y determinar los factores que no permiten que el profesional de enfermería realice una buena elaboración de dicho registro.

Área: _____ **Turno:** _____

Fecha: ____ / ____ / ____ **Responsable:** _____

1) ¿Son adecuadas las notas de enfermería existentes en el servicio porque permiten identificar las intervenciones de cuidado?

Si No A veces

2) Las notas de enfermería realizadas ¿Contienen información que permitan detectar problemas reales o potenciales del paciente?

Si No

3) Actualmente ¿Son útiles la forma en que realizan las notas de enfermería para monitorear la evolución de los pacientes?

Si No A veces

4) Las notas de enfermería que se realizan en su servicio ¿Contienen información que facilite la coordinación de la atención entre los miembros del equipo de salud de los diferentes turnos?

Si No A veces

5) ¿Cree Ud. Que las notas de enfermería que se realizan en su servicio serian útil en un proceso legal?

Si

No

6) ¿Las notas de enfermería que usted maneja refleja las actuales directrices de la práctica profesional?

Si

No

A veces

7) En su servicio ¿Realizan un control de la calidad del contenido de las notas de Enfermería? Si la respuesta es afirmativa indique cada que tiempo lo hacen:

Si

No

Mensual	<input type="checkbox"/>
Trimestral	<input type="checkbox"/>
Anual	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

8) ¿Ha desarrollado Ud. Alguna iniciativa para mejorar las notas de enfermería en su servicio?

Si

No

9) ¿Conoce Ud. La importancia de realizar notas de enfermería de calidad?

Si

No

Parcialmente

10) ¿Existe un programa de educación en su servicio sobre anotaciones de enfermería?

Si

No

11) ¿Existe en el servicio una guía metodológica que oriente a estudiantes y al personal e indique la forma de cómo realizar notas de enfermería de calidad?

Si No

12) ¿Cuál de las siguientes determinantes cree Ud. Que es la mas relevante para no realizar correctamente las notas de enfermería?

Escases de personal auxiliar de enfermería.	
Escases de personal profesional de enfermería.	
Exceso de pacientes asignados.	
Desconocimiento de un formato de redacción de notas de enfermería.	
Falta de espacio u hoja en la H.C. Para realizar las notas de enfermería	

13) ¿Qué tiempo dedica Ud. Para realizar las anotaciones de enfermería de sus pacientes?

15 min. 30 min. 45 min.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL CARRERA DE ENFERMERÍA
“SAN VICENTE DE PAÚL”

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Objetivo.- La siguiente guía de observación permitirá establecer si las notas de enfermería cuentan o no con las normas y/o características que se deben de tomar en cuenta al momento de realizar dicho registro.

Área: _____ **H.C.U.:** _____

Fecha: ____ / ____ / ____ **Responsable:** _____

Generales:

CARACTERÍSTICA	SI	NO
Usa color de tinta de acuerdo al turno.		
Utiliza alguna regla mnemotécnica para organizar los registros.		
Están realizados de acuerdo al Modelo narrativo SOAP		

Descriptivo:

CARACTERÍSTICA	SI	NO
Describe la apariencia general		
Describe el aspecto emocional		
Determina el estado de conciencia		
Detallan Signos y síntomas		
Refiere el Tratamiento instaurado		
Describe las características y aspecto de las Eliminaciones		

Objetividad:

CARACTERÍSTICAS	SI	NO
Utiliza lenguaje que indica actitud negativa hacia el paciente		
Presenta información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares		
La información subjetiva de enfermería esta apoyada por hechos documentados.		

Exactitud:

CARACTERÍSTICAS	SI	NO
Los hechos están anotados de forma clara, concisa		
Los hallazgos están descritos de manera meticulosa (tipo, forma, tamaño y aspecto).		
Usa términos ambiguos.		
Consta con fecha, hora y firma legible de la enfermera responsable con categoría profesional.		
Las observaciones de enfermería están expresadas en términos cuantificables.		
Utiliza solo abreviaturas de uso común.		

Legibilidad y claridad:

CARACTERÍSTICAS	SI	NO
La escritura es clara y legible o utiliza letra de imprenta		
Las Anotaciones son correctas ortográfica y gramaticalmente		
Presentan borrones o enmendaduras.		
Están corregidos correctamente.		
Existen espacios en blanco.		

PLAN ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Recursos humanos.

- Director/a de la carrera: Lic. Nora Carrera Rojas.
- Asesor/a metodológico: Dr. Ricardo Cañizares.
- Director/a del Proyecto de Investigación: Lic. Otilia Gómez
- Lector/a del Proyecto de Investigación: Lic. Alexandra Palacios.
- Estudiante de Enfermería: Johnny Chipre Reyes.
- Personal profesional de Enfermería del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Plan financiero.

DETALLES	VALOR
Pendrive de 4 Gb.	\$20,00
Tinta de impresora	\$70,00
Internet	\$150,00
Impresión de trabajo	\$50,00
Empastado del trabajo de tesis	\$50,00
Fotocopias	\$ 30,00
Anillado	\$20,00
3 Remas de papel A4	\$15,00
Bolígrafos	\$5,00
Correctores	\$ 5,00
Transporte	\$100,00
TOTAL	\$ 515,00

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				
	Semana				Semana				Semana				Semana				Semana								
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	
Aprobación del plan de proyecto																									
1° entrevista con el director/a de tesis																									
Corrección del plan de proyecto																									
2° entrevista con el director/a de tesis																									
Desarrollo del marco teórico e hipótesis																									
3° entrevista con el director/a de tesis																									
Corrección del marco teórico e hipótesis																									
Recogida de datos																									
Interpretación y análisis de los datos																									
Conclusiones y valoración crítica																									
4° entrevista con el director/a de tesis																									
Revisión del trabajo de tesis por el lector/a																									
Entrega del proyecto de investigación																									
Sustentación del trabajo de tesis																									

