

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERÍA

DISERTACION DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

TEMA

**UTILIZACIÓN DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA POR EL EQUIPO
DE SALUD EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES DEL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ**

ELABORADO POR

DANIELA DEL ROCÍO CHÁVEZ ARCOS

QUITO, NOVIEMBRE DEL 2013

RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo, analítico, concurrente, en donde el objeto de estudio fueron los registros de enfermería de atención de los pacientes y el uso que se les da a los mismos por parte de los profesionales del equipo de salud en los procesos asistenciales. El objetivo de este trabajo fue determinar el uso de los registros clínicos de enfermería y su impacto en los procesos asistenciales en los pacientes en el marco de la calidad. Participaron 50 profesionales del equipo de salud, de los cuales 19 son Enfermeras, 16 Médicos Tratantes, 6 Médicos Residentes, 7 Terapistas Físicos, y 2 Nutricionistas. Existió la percepción de que la presencia de los registros de enfermería en los procesos asistenciales de los pacientes es “importante”, lo que denotó que hay un entendimiento de la trascendencia que tienen dichos registros, sin embargo no son llevados adecuadamente y la falta de normativa institucional rezagan su uso.

La utilización de los registros clínicos de enfermería por los profesionales del equipo de salud exceptuando a las profesionales de enfermería, es mínima, y está relacionado con el conocimiento y la percepción que tienen de estos, una de las puntuadas razones de no uso fue: “porque no están llenados correctamente”.

Los registros de enfermería funcionan como herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería, no sólo su práctica, sino la correspondiente a la del equipo de salud.

Palabras clave: registros de enfermería, calidad en salud, uso de la documentación clínica de enfermería.

ABSTRACT

The study here described is an analytical, descriptive and concurrent research; where the object of study were the nursing records of patients and the use given by health care professionals in the care process. The objective of this study was to determine, in the framework of quality, the use of nursing clinical records and its impact on healthcare processes in patients.

In this research, 50 health care professionals were involved, of which: 19 were nurses, 16 attending physicians, 6 Resident Physicians, 7 Physical Therapists, and 2 nutritionists. There was a perception that nursing record-keeping is "important". This implies an understanding of the importance of keeping these records; however, they are not kept in an adequate way. In addition, the lack of institutional standards hinders its proper use.

The use of the nursing clinical records by health professionals is minimum, except for nurses. This is related to the knowledge and perception of these records and one of the reasons here identified for not keeping the records was: "because they are not filled in correctly".

The nursing records work as a tool that evaluate the technical-scientific and human quality, ethics and the responsibility of not only the nursing professionals but the health team in general.

Key Words: nursing records, health quality, use of nursing clinical documentation.

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación le dedico a mi hijo, Nicolás Agustín, quien ha sido mi fuente de luz, de inspiración y de motivación, quien ha llenado mis días de colores y de amor, quien día a día con su inocente sabiduría me enseña y me permite crecer junto con él y quien me recuerda día a día con besos y juguetes el hermoso compromiso que tengo para con él.

A mi esposo, por su infinita y eterna paciencia, por su apoyo y su amor, por darme la pauta de que no hay motor más grande para alcanzar nuestros sueños que la voluntad.

A mis padres quienes me han dado la base emocional para desenvolverme positivamente en donde me encuentre y su ejemplo de vida para ser un ser humano feliz.

A mi hermano, Juan José, mi ángel, quien llena mi vida de amor y ternura. Juntos hemos aprendido que el tamaño de nuestros sueños no tiene límites.

A mi mejor amiga, mi hermana por su lealtad y amor.

A mi familia, por su apoyo y confianza.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”.

Thomas Chalmers

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer infinitamente a Dios por todas las bendiciones que he recibido en este proceso de formación profesional y humana así como en la cristalización de este trabajo, que sin Él nada hubiera sido posible.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y a la Facultad de Enfermería, que me abrieron sus puertas, para empezar la hermosa aventura universitaria, en la que los estudiantes somos los protagonistas en las aulas y luego fuera de ellas con bases científico-técnicas, humanas y emocionales, principales herramientas para desarrollarnos en distintos escenarios en nuestra vida.

A mi Directora de tesis, Lic. Silvana Ortiz, a mis Lectoras, Lic. Cristina Yáñez y Lic. Erika Guerra, por sus consejos y amistad y por quienes descubrí el conocimiento que tenía ya dentro de mi alma, a mis maestros y maestras en general quienes sembraron en mí la idea de que hay que enseñar para aprender.

A mis compañeras y amigas, por su apoyo y amistad.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1-2
Capítulo I: GENERALIDADES	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1.1. EL PROBLEMA.....	3-5
1.1.2. JUSTIFICACIÓN.....	6-8
1.2. OBJETIVOS.....	9
1.2.1. General.....	9
1.2.2. Específicos.....	9
Capítulo II: METODOLOGÍA	10
2.1. ENTORNO INSTITUCIONAL.....	10-14
2.2. TIPO DE ESTUDIO.....	14
2.3. DISEÑO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	14
2.3.1. Criterios de Exclusión.....	15
2.3.2. Criterios de Inclusión.....	15
2.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO.....	15
Capítulo III: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS	16
3.1. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y SU IMPORTANCIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	16-17
3.1.1. Sistema de Registros Hospitalarios.....	17-18
3.1.1.1. Sistema Administrativo.....	18
3.1.1.2. Sistema para Registro Central de Pacientes.....	18
3.1.1.3. Sistema Económico-Financiero.....	18
3.1.1.4. Sistema de Manejo de Materiales.....	18
3.1.2. Registros Clínicos de Enfermería.....	18-20
3.1.2.1. Propósito de los Registros Clínicos de Enfermería.....	20-21
3.1.2.2. Características de Elaboración y Mantenimiento de los Registros Clínicos de Enfermería.....	21-22
3.1.2.3. Tipos de Registros Clínicos de Enfermería.....	22-23
3.1.2.3.1. Hoja de Signos Vitales.....	23
3.1.2.3.2. Informe Escrito de Enfermería.....	23-24
3.1.2.3.3. Kardex.....	24
3.1.2.3.4. Informe de Ingesta y Eliminación.....	25-26

3.2.	LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL MARCO DE LA CALIDAD.....	26
3.2.1.	El Movimiento de la Calidad en el Mundo.....	26-27
3.2.2.	La Calidad en Salud.....	27-29
3.2.3.	La Evaluación de la Calidad: Proceso de Acreditación.....	30-31
3.3.	LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	32-33
3.4.	LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL MARCO ÉTICO Y LEGAL.....	33-35
3.4.1.	Principios Éticos y Bioéticos en la Documentación.....	35
3.4.1.1.	Principio de Transparencia Informativa.....	36
3.4.1.2.	Principio de Respeto a la Vida Privada.....	36-37
3.4.1.3.	Principio de Responsabilidad Informativa.....	37
3.4.1.4.	Principio de Equidad Informativa.....	37-38
3.4.2.	Marco Legal del País: Acuerdos Ministeriales sobre el Manejo de la Historia Clínica.....	38-42
3.5.	EL EQUIPO DE SALUD Y SU COMPORTAMIENTO EN LA UTILIZACIÓN DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA.....	42-44
3.5.1.	Composición del Equipo de Salud y sus Funciones.....	44
3.5.1.1.	Función del Médico.....	44
3.5.1.2.	Función de la Enfermera.....	45
3.5.1.3.	Función Terapeuta Físico.....	45
3.5.1.4.	Función Nutricionista.....	46
3.6.	HIPÓTESIS.....	48
3.7.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	49-54

Capítulo IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	55-85
-----------------------------	-------

CONCLUSIONES.....	86-91
--------------------------	--------------

RECOMENDACIONES.....	92-95
-----------------------------	--------------

BIBLIOGRAFÍA.....	96-106
--------------------------	---------------

LISTA DE GRÁFICOS

1. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA POR EL EQUIPO DE SALUD EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ.....	56
1.1. Análisis de Datos Generales de los Médicos Tratantes, Residentes, Terapistas Físicos, Nutricionistas y Enfermeras del Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito.....	56
1.1.1. <u>Gráfico 1. Distribución Porcentual de profesionales por profesión de la población de estudio.....</u>	56
1.1.2. <u>Gráfico 2. Distribución Porcentual de la población de estudio según sexo.....</u>	58
1.1.3. <u>Gráfico 3. Promedio de edad de los profesionales.....</u>	60
1.1.4. <u>Gráfico 4. Promedio de años de práctica de los profesionales entre 1 y 60 años.....</u>	61
1.2. Análisis del Uso de los Registros Clínicos de Enfermería según Profesionales del equipo de salud (exceptuando enfermería): Médicos Tratantes, Residentes, Terapistas Físicos y Nutricionistas.....	62
1.2.1. <u>Gráfico 5. Relación del conocimiento Vs. Uso de los registros clínicos de enfermería por parte de los médicos tratantes.....</u>	62
1.2.2. <u>Gráfico 6. Relación del conocimiento Vs. Uso de los registros clínicos de enfermería por parte de los médicos residentes.....</u>	62
1.2.3. <u>Gráfico 7. Relación del conocimiento Vs. Uso de los registros clínicos de enfermería por parte de los terapeutas físicos.....</u>	63
1.2.4. <u>Gráfico 8. Relación del conocimiento Vs. Uso de los registros clínicos de enfermería por parte de los nutricionistas.....</u>	63

1.2.5.	<u>Gráfico 9. Relación del conocimiento Vs. Uso de los registros clínicos de enfermería por parte de los profesionales del equipo de salud en consolidado.....</u>	64
1.2.6.	<u>Gráfico 10. Análisis de la percepción de la importancia de la documentación de enfermería en los procesos asistenciales de los pacientes según médicos tratantes, residentes, terapeutas y nutricionistas.....</u>	65
1.2.7.	<u>Gráfico 11. Presentación del uso de los registros clínicos de enfermería por tipo de registro según médicos tratantes, residentes, terapeutas y nutricionistas.....</u>	68
1.3.	Análisis del Uso de los Registros Clínicos de Enfermería según Enfermeras del Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez.....	77
1.3.1.	<u>Gráfico12. Percepción del uso de los registros clínicos de enfermería de las profesionales de enfermería según enfermeras.....</u>	77
1.3.2.	<u>Gráfico 13. Percepción de enfermería del uso de los registros clínicos e enfermería por parte de los profesionales del equipo de salud médicos tratantes, residentes, terapeutas y nutricionistas.....</u>	79
1.3.3.	<u>Gráfico 14. Percepción de las enfermeras del apoyo que brindan los registros clínicos de enfermería a los profesionales del equipo de salud médicos tratantes, residentes, terapeutas y nutricionistas, en sus actividades del proceso de atención al paciente.....</u>	83
1.3.4.	<u>Gráfico 15. Percepción de la enfermeras acerca de la documentación de enfermería en relación a: contenido, ortografía, gramática, objetividad y precisión de datos y hechos, legibilidad, claridad y oportunidad.....</u>	85

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Diez Primeras Causas de Morbilidad y Mortalidad del Hospital Pablo Arturo Suárez.....	12
Tabla 2. Diez Primeras Causas de Morbilidad y Mortalidad del Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez.....	13
Tabla 3. Uso de los Registros Clínicos de Enfermería relacionado con los Años de Experiencia Profesional de los Médicos Tratantes, Residentes, Terapistas y Nutricionistas.....	67
Tabla 4. Presentación del Apoyo que los Registros Clínicos de Enfermería brindan al Médico Tratante, Residente, Terapeuta y Nutricionista, en sus actividades del proceso de atención.....	70
Tabla 5 A. Razones por las cuales el Médico Tratante, Residente, Terapeuta y Nutricionista Utilizan los Registros Clínicos de Enfermería.....	71
Tabla 5 B. Razones por las cuales el Médico Tratante, Residente, Terapeuta y Nutricionista no Utilizan los Registros Clínicos de Enfermería.....	73
Tabla 6. Análisis de la Percepción acerca de la Documentación de Enfermería en relación a: Contenido, Ortografía, Gramática, Objetividad y Precisión de Datos y Hechos, Legibilidad, Claridad y Oportunidad por parte de los Médicos Tratantes, Residentes, Terapistas y Nutricionistas, que usan y conocen los registros Vs. los que conocen pero no los usan.....	75
Tabla 7. Percepción según Enfermeras de la Importancia de la Documentación de Enfermería por su Aporte que dan estos Registros en los Procesos Asistenciales de los Pacientes.....	78
Tabla 8. Percepción de las Enfermeras acerca de las Razones que Motivan la Utilización de los registros clínicos de enfermería Vs. las razones por las que no se utilizan dichos registros, por parte de los Médicos Tratantes, Residentes, Terapistas y Nutricionistas en los Procesos Asistenciales que brindan dichos Profesionales.....	81

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos de Recolección de Información

- i. Cuestionario para personal profesional Médico y Otros Profesionales.....108
- ii. Cuestionario para personal profesional de Enfermería.....115

Anexo 2. Plan de Trabajo

- i. Cronograma.....121
- ii. Presupuesto.....121

Anexo 3. Documentos en Físico de la Historia Clínica del Hospital Pablo Arturo Suarez.

- Documentación de la Historia Clínica.....122

INTRODUCCIÓN

En el campo de la salud nacen constantemente nuevos desafíos para el profesional de enfermería que motivan al logro de niveles de calidad cada vez más altos en la prestación de sus servicios, lo cual implica que los componentes que integran su práctica profesional sean objeto de evaluación. Uno de estos elementos está constituido por la documentación clínica que registra el proceso de atención que realiza y que a su vez brinda apoyo para los demás procesos asistenciales de todo el equipo de salud.

En los procesos de autoevaluación, licenciamiento, certificación y particularmente de acreditación un elemento importante dentro de los estándares de evaluación de la calidad en salud, son los registros de enfermería, y más aún el uso de dicha documentación, porque garantiza la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.

En este ámbito el estudio del tema: **“Utilización de los Registros Clínicos de Enfermería por el Equipo de Salud en los Procesos Asistenciales de los Pacientes del Servicio de Medicina Interna Del Hospital Pablo Arturo Suarez”** permitirá conocer el nivel de utilización de los registros clínicos de enfermería, los factores que interfieren en la aplicación de los mismos, así como recabar opiniones sobre el impacto de los registros de enfermería en las acciones asistenciales a los pacientes por los demás integrantes del equipo de salud. Por otra parte este tema dará una línea base de conocimiento para generar nuevos estudios a nivel país que podrían tener impactos en los campos educativo y de práctica profesional.

Esta investigación se realizó en el Hospital Pablo Arturo Suarez en el servicio de Medicina Interna, y en dicho servicio se encuestaron al personal profesional, integrado por médicos tratantes, residentes, terapeutas físicos, nutricionistas y enfermeras. El interés de este estudio fue generar planteamientos y recomendaciones que permitan establecer mecanismos que orienten una nueva forma de ver, entender y usar los registros de enfermería en función de un cuidado integral al usuario, potencializando el trabajo coordinado de los profesionales de la salud. La metodología utilizada en la investigación fue descriptiva analítica, cuali-cuantitativa, de la que se derivó un plan de recomendaciones como producto final.

Desde el punto de vista organizativo, el presente estudio contiene 3 capítulos, en el primero se aborda la problemática y la importancia del tema de estudio así como también los objetivos. El segundo capítulo contiene un amplísimo y estudiado marco teórico, base científica del estudio, aplicación de los registros de enfermería y los elementos relacionados con ellos. Finalmente, en el tercer capítulo se presentan los resultados y la discusión de los datos obtenidos de los instrumentos, conclusiones y recomendaciones; que indican que el uso de los registros clínicos de enfermería está relacionado con el conocimiento y con la percepción que se tiene de ellos por parte de los profesionales del equipo de salud.

Es necesario fortalecer las “buenas prácticas” en salud, en lo referente al uso de la documentación clínica y a su impacto en la atención hospitalaria, que denoten un mejoramiento sostenido en la calidad de la gestión clínica y administrativa, estableciendo además de las necesarias políticas institucionales, en el marco normativo específico y la cultura institucional que promueva hábitos de uso para llevar adelante las transformaciones necesarias que permitan elevar la calidad de atención en las instituciones de salud.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La evaluación de la calidad en salud, tanto a nivel local, como nacional e internacional, que se viabiliza a través de los procesos de licenciamiento, autoevaluación, certificación y acreditación, consideran como elemento esencial para determinar las intervenciones de los prestadores, la documentación clínica registrada por los diferentes profesionales de la salud.

Los registros de atención de los pacientes tienen especial importancia en la actualidad, al constituirse en evidencias del cumplimiento de estándares de calidad en la atención, la necesaria respuesta a la protección de derechos de los pacientes así como la minimización de riesgos y efectos adversos asociados particularmente a los procesos asistenciales. Adicionalmente, reflejan las acciones de información y educación que prestan los profesionales para maximizar el nivel de salud y vida de los usuarios, o por el contrario documentar las acciones en el acompañamiento de procesos terminales y del morir.

A nivel de la documentación clínica se considera como crítica lo relacionado a los registros clínicos de enfermería, esta situación se refleja en un artículo, de la revista académica MEDWAVE de Santiago de Chile (2004).

El equipo de salud, cuando va a tomar una decisión, utiliza una gran cantidad de información, y los registros de enfermería son un componente destacado de ella. Estos registros se definen como la recopilación de datos del paciente, relacionados con su salud y con su enfermedad. Contienen observaciones, consideraciones, resultados de exámenes, diagnósticos de enfermería, información de los fármacos administrados y todos los datos que se originan en las acciones que el equipo realiza en los pacientes. (pág., ¶)

Podrían conceptualizarse los registros clínicos de enfermería como un conjunto de documentos con impacto legal en los que se registra la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería y adicionalmente la respuesta de los pacientes a las acciones de diagnóstico y tratamiento prestadas por los distintos

profesionales de la salud que atienden a dichos pacientes, en los que se incluye: médicos, los mismos profesionales de enfermería, nutricionistas, terapeutas físicos, etc.

Por otra parte, la misma necesidad de protección de la práctica profesional frente a situaciones médicos-legales, ha demostrado la mayor importancia de la correcta y oportuna documentación de las acciones de los distintos prestadores, entre ellos los profesionales de enfermería, el mismo artículo de la revista académica MEDWAVE, et al (2004), señala que:

Los registros de enfermería son actualmente más importantes que nunca, debido al aumento de las situaciones médico-legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado, respaldo que, idealmente, debe ser legible y oportuno.

La Organización Mundial de la Salud, (1995 y 2006), refiere que:

La falta de utilización de información de cuidados al paciente fue la causa principal de los eventos adversos denunciados ante la Joint Commission of Accreditation de los EEUU. De los 25.000 a 30.000 eventos adversos todos ellos evitables que condujeron a una discapacidad de los pacientes, el 11% se debió a problemas de comunicación entre profesionales de salud.

Hallazgos de este tipo han puesto en evidencia la necesidad del marco interdisciplinario de trabajo que se nutre del intercambio de información y una activa comunicación entre los miembros del equipo que atienden al paciente, no solo para cumplir con los estándares técnicos de atención y de satisfacción del usuario, sino incluso de salvaguardar las prácticas profesionales por situaciones que les puede comprometer legalmente.

Según la sociedad mexicana de medicina y emergencias (2009), “es obligación de los profesionales del equipo de salud tales como médicos, odontólogos, enfermeros, fisioterapeutas y psicólogos trabajar con los registros de enfermería, con el fin de evitar la impericia y la mala praxis”.

Por todo lo mencionado, es importante recalcar la presencia de estudios de investigación que den evidencia del grado de utilización de los registros clínicos de enfermería, en el marco de las “buenas prácticas” del equipo de salud. Este tipo de estudios podrían dar evidencias desde la perspectiva interdisciplinar, del respeto, la confianza y la comprensión de la capacidad que cada profesión aporta al cuidado de los pacientes. A la vez permitirán caracterizar la calidad de los registros, en términos de contener datos estructurados, con un lenguaje propio pero igualmente

comprensible a todos los miembros del equipo de salud, que reflejen la relación dialógica y la interacción recíproca entre profesionales de salud, desde la dimensión de participar, actuar junto con otro, interesarse, ayudar y cooperar. (Fundación Universitaria del Área Andina 2004).

JUSTIFICACIÓN

La presencia y utilización de los registros clínicos de enfermería han sido motivo de investigación en varios países a nivel de Latinoamérica, se destaca el estudio realizado en Colombia por Ofelia Ortiz Carrillo (2008), enfermera investigadora, en el que se habla de la importancia de la evidencia escrita de los actos de cuidado que realiza la enfermera, llevándola a ser tangible a través de un cuidado de calidad.

Así como también el documento presentado por la Federación Iberoamericana de Enfermería (2007), que habla de la importancia de utilizar los registros enfermeros, ya que dichos profesionales no pueden limitarse a ser meros espectadores, siendo su rol de alta responsabilidad y compromiso al ser los protagonistas directos del cuidado del paciente en su diario quehacer.

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, de la ciudad de México, (2001), se realizó una investigación sobre: la trascendencia que tienen los registros clínicos de enfermería en el expediente clínico, a través de la revisión del expediente de pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria de dicho instituto, en el que se menciona que “los registros de los profesionales de salud no deben ser considerados como asunto separado sino como un componente integral del proceso del cuidado del paciente”. (¶)

El Dr. Vicente de Zas Moreno (2010), asegura que:

Estudiar la efectividad de los servicios en términos de resultados finales en salud es complejo, y suele basarse en la utilización de información de registros clínicos mantenida a lo largo del tiempo, o en el estudio de la variabilidad de la práctica clínica y sus determinantes utilizando bases de datos retrospectivas.

Según Adriana Nayeli Mejía Delgado, María del Carmen Dubón Peniche, Beatriz Carmona Mejía, y Gandhi Ponce-Gómez (2009), quienes recogieron experiencias de su estudio en varias instituciones de salud en México, para conocer el nivel de apego a los registros clínicos de enfermería, concluyeron que el índice general del nivel de apego correspondió al 73.93%, en donde el documento que más apego puntuó con el 52,67% fue el registro de constantes vitales, resultados que confirmaron el estudio realizado en la misma ciudad de México por la Licenciada Amada Briones de la

Universidad Autónoma de Nuevo León (1998) en el que se demostró que el 72% de los profesionales del equipo de salud manifiesta que le son útiles los registros de enfermería y de ellos el 28% no los utiliza y refiere que la mayor crítica que se hace de las notas de enfermería es que generalmente no proporcionan informes relevantes, pues todo lo que se reporta es de cuidado rutinario.

Sin embargo, en otros países latinoamericanos como en Colombia estudios sobre el tema, evidenciaron resultados opuestos, tal el caso del estudio realizado en la Fundación Universitaria del Área Andina (2004), que en la utilización de los registros clínicos de enfermería por parte de los médicos, se señala que el 67% de este grupo profesional, en un hospital en Colombia de tercer nivel no utiliza los registros clínicos de enfermería y que el 33% si los utiliza.

Los resultados contradictorios encontrados en México y en Colombia generaron la necesidad de conocer el grado de utilización de los registros clínicos de enfermería en nuestro país, donde no se encontró investigaciones sobre este tema. Esta situación tuvo el pensamiento primario en la observación de la investigadora, que durante las prácticas pre profesionales en ambientes hospitalarios como el Hospital de Niños Baca Ortiz, Hospital General Pablo Arturo Suárez, Hospital Carlos Andrade Marín-IEES, pudo observar que aproximadamente solo 2 de 5 profesionales de salud revisaba los registros clínicos de enfermería, lo que convocó su interés.

El presente estudio permitirá conocer el nivel de utilización de los registros clínicos de enfermería, los factores que interfieren en la aplicación de los registros clínicos de enfermería así como opiniones sobre el impacto de los registros de enfermería en las acciones asistenciales a los pacientes por los demás integrantes del equipo de salud.

Para la realización del estudio se ha seleccionado el Hospital Pablo Arturo Suárez, particularmente por un hecho inédito en el que la presencia de un formulario común permite además de las notas de evolución médica, registrar los informes de atención de todos los profesionales de la salud. Es así como las notas de enfermería, están incorporadas en la misma hoja de evolución médica, y de esta forma los registros de enfermería podrán ser visibles y evidentes en su aplicación e impacto en los procesos asistenciales del personal de salud. Adicionalmente, la disposición de los profesionales para colaborar con esta investigación, hizo que se seleccione el servicio de Medicina Interna y en el que se aplican los registros de

enfermería, motivo del análisis del estudio: informes de enfermería, hoja de signos vitales, kardex y registro de ingesta y eliminación.

Este hecho podría dar como resultado la presencia de un alto uso de los registros de enfermería no solo por los médicos, sino por el resto de profesionales del equipo de salud, lo que reafirma la necesidad de un estudio de investigación que refleje la realidad del grado de utilización de los registros de enfermería en la institución.

Esta investigación beneficiará al Hospital Pablo Arturo Suárez y al servicio de Medicina Interna, ya que los planteamientos que surjan a partir de esta investigación podrían conducir a generar políticas, normas y procedimientos que fortalezcan la correcta elaboración y aplicación de los registros de enfermería, en función de un cuidado integral al usuario, potencializando el trabajo coordinado de los profesionales de la salud.

Un sistema documental organizado, bien utilizado en función de estándares nacionales e internacionales, permitirá a las instituciones de salud, tal el caso del Hospital pablo Arturo Suárez, cumplir con las actuales exigencias de calidad y seguridad que demandan los usuarios, las instituciones y los organismos responsables de la regulación en salud canalizadas por la autoridad sanitaria en el país: el Ministerio de Salud Pública.

Este trabajo dará una línea base acerca de este tema ya que en el Ecuador no se han realizado estudios como éste que pongan en evidencia la utilización de los registros de enfermería y su impacto en los procesos asistenciales de los pacientes, en tal virtud esta investigación ayudará a generar nuevos conocimientos para futuros estudios.

Si cada vez, la importancia del trabajo del equipo se acrecienta por la necesidad de prestar servicios de calidad, la presencia y la buena utilización de los registros clínicos se ha constituido en una de las principales “buenas prácticas hospitalarias”, que favorece la coordinación del trabajo, beneficiando al que es último término es el beneficiario y la razón de ser de nuestra labor: **el paciente**.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el uso de los registros clínicos de enfermería y su impacto en los procesos asistenciales en los pacientes por el equipo de salud del Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suarez.

Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento de los registros clínicos de enfermería por profesionales del equipo de salud
- Determinar el uso de los registros clínicos de enfermería por los profesionales del equipo de salud
- Determinar el uso de los registros clínicos de enfermería por los profesionales de enfermería
- Conocer la opinión de los profesionales del equipo de salud sobre el impacto de los registros clínicos de enfermería en los procesos asistenciales
- Realizar un plan de recomendaciones para el mejoramiento de la utilización de los registros clínicos de enfermería

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

1. Entorno Institucional del Hospital Pablo Arturo Suarez

El Hospital Pablo Arturo Suárez posee una alta trayectoria en servicio médico asistencial en la Ciudad de Quito, desde el año 1958 en que funcionaba como el Sanatorio de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa. (Hospital Pablo Arturo Suárez, 2012).

En 1973 se constituyó en un centro de referencia para la atención hospitalaria en varias áreas de especialidad, recibiendo como referencia la población de pacientes producto del cierre del Hospital San Juan de Dios. (Hospital Pablo Arturo Suárez, 2012).

El hospital está ubicado en la parroquia de Cotocollao, es un hospital público de segundo nivel de atención, y en este coexisten instalaciones antiguas y modernas, y es la institución de referencia para los pacientes generados en los centros de salud que corresponden a la zona son, estos son: Centro de Salud N°8, N°9, N°10. Los barrios que corresponden al Hospital Pablo Arturo Suárez son: Cotocollao, Quito Norte, Calderón, Carapungo, Comité del Pueblo, N°1 y 2, Jaime Roldós, Pisulí, La Pulida, El Rosario, Nazareth, Rumiñahui, Carcelén, Carcelén Bajo, La Florida, Aeropuerto, El Pinar, Cochapamba, Kennedy, El Labrador y San Fernando. (Hospital Pablo Arturo Suárez, 2012).

Se presenta a continuación la misión y visión del Hospital, facilitado por el Hospital Pablo Arturo Suárez, 2012).

MISIÓN:

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social

VISIÓN:

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

Actualmente el Hospital Pablo Arturo Suárez tiene una capacidad instalada de 206 camas, con un promedio diario de 188 pacientes hospitalizados, equivalente al 99.5% de ocupación; los pacientes permanecen 5.8 días en el hospital. Los indicadores hospitalarios en el 2012 son los siguientes: total de altas 9.905, total de egresos 10.145, días estadía 59,092, días paciente 68.817, días cama 69.172, % de ocupación 99.5%, promedio diario de egresos 27,7, promedio días estada 5,8, giro de cama 53.7, promedio diario de pacientes hospitalizados 188, promedio de camas disponibles 189,0.

Atiende un promedio de 10.500 personas anualmente en consulta externa, las especialidades con predominio de consultas son: Cirugía, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Estomatología, con sus distintas subespecialidades. Es decir esta casa asistencial solventa los problemas médicos cerca del 5% de la población de Quito y sus alrededores. (Según informe de departamento de estadística, 2013).

El departamento de estadística de la institución, (2013), proporcionó la información acerca de los servicios con los que cuenta el hospital: servicio de emergencia y consulta externa además de las cuatro especialidades básicas como son:

- Cirugía, con sus subespecialidades:
 - Cirugía General
 - Urología
 - Cirugía Plástica
 - Cirugía Vascolar
 - Otorrinolaringología
 - Oftalmología
 - Traumatología
 - Neurocirugía.
- Pediatría, con sus subespecialidades que son:
 - Pediatría (Consulta Externa)

- Neonatología
- Clínica, con sus subespecialidades que son:
 - Cardiología
 - Neumología
 - Psiquiatría
 - Psicología
 - Neurología
 - Dermatología
 - Estomatología
 - Odontología
- Gineco - Obstetricia, con sus subespecialidades que son:
 - Ginecología
 - Obstetricia

Cuenta con los siguientes servicios de diagnóstico como son: Laboratorio Clínico, Anatomía Patológica, Rayos X, Ecografía, Endoscopía Intestinal, Urología y Broncoscopía, Electrocardiografía, Electroencefalografía, Eco cardiografía, Audiometría, Espirometría. Y servicios técnicos de colaboración médica como: Enfermería, Trabajo Social, Farmacia, Estadística y Registros Médicos, Alimentación y Dietética. (Talento Humano, Hospital Pablo Arturo Suarez 2012).

En relación al perfil de morbilidad y mortalidad, en el cuadro siguiente se presentan las causas jerarquizadas por frecuencia.

TABLA 1: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEL HOSPITAL PABLO ARURO SUÁREZ.

Las diez primeras causas de morbilidad	Las diez primeras causas de mortalidad
Trastornos de vesícula biliar y vías biliares	Trastornos respiratorios especificados del período perinatal
Abortos	Diabetes mellitus y complicaciones
Apendicitis aguda	Enfermedad cerebro vascular
Fracturas	Tuberculosis
Hernias	Tumores malignos de órganos digestivos
Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	Enfermedades hipertensivas
Diabetes mellitus y complicaciones	

Neumonías Partos complicados Enfermedad hemolítica del feto y recién nacido	Neumonías Insuficiencia renal Caídas de escaleras y del mismo nivel Alcoholismo crónico
---	--

Fuente: estadística del Hospital Pablo Arturo Suárez.
Elaborado por: Daniela Chávez

El servicio de medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suárez, cuenta con total de camas disponibles de 50 y su dotación normal es de 60. Mantiene un promedio diario de 46 pacientes hospitalizados, por lo que el % de ocupación es de 90,4. Así como también su promedio diario de egresos es 3.8, el promedio días estada 10.8, el giro cama 23.7, el promedio pacientes hospitalizados 46, y el promedio de camas disponibles 51. (Estadística, Hospital Pablo Arturo Suárez, 2012).

En términos del perfil de morbilidad y mortalidad propios del servicio, se anota sus principales causas por frecuencia descendente:

TABLA 2: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PABLO ARURO SUÁREZ.

Las diez primeras causas de morbilidad	Las diez primeras causas de mortalidad
Diabetes mellitus y complicaciones	Diabetes mellitus y complicaciones
Influenza y Neumonía	Enfermedad cerebro vascular
Enfermedades hipertensivas	Tuberculosis
Enfermedad cerebro vascular	Tumores malignos de órganos digestivos
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Enfermedades hipertensivas
Infecciones de la piel y tejido subcutáneo	Neumonías
Insuficiencia renal	Insuficiencia renal
Úlcera gástrica y duodenal	Alcoholismo crónico
Enfermedades del hígado y complicaciones	
Anemias nutricionales	

Fuente: estadística del Hospital Pablo Arturo Suárez.
Elaborado por: Daniela Chávez

El servicio de medicina interna esta dividido en una sala de mujeres y otra sala de hombres, cada uno con 25 camas, cada servicio tiene su líder. Además tiene una estación de enfermería, baños para los pacientes y para el personal, cuarto para

preparar medicación, cuarto de lavachatas, cuarto de ropa de pacientes y camas, una bodega. (Servicio de medicina interna, hospital Pablo Arturo Suarez, 2012).

En el servicio hay 10 enfermeras en sala hombres y 9 enfermeras en sala mujeres, en total 19 enfermeras, 24 auxiliares de enfermería, 16 médicos tratantes, 6 residentes y 17 internos, 7 terapistas físicos, 2 nutricionistas. Con los horarios que anteriormente se mencionó. Es importante mencionar que en el turno de la mañana hay mayor concentración de profesionales. (Talento humano, Hospital Pablo Arturo Suarez, 2012).

2. Tipo de Estudio

Para esta investigación se trabajará con un tipo de investigación observacional – descriptivo ya que se determinará y analizará la utilización de los registros de enfermería y demás variables en busca de relaciones entre ellas, sin que exista una intervención determinada por parte del investigador, y es de corte transversal concurrente, como se había indicado el estudio se realizará en el Hospital Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito.

Tendrá un nivel descriptivo porque se centra en describir la hipótesis, que plantea la utilización de los registros clínicos de enfermería por el equipo de salud y factores que intervienen en su uso.

La investigación tiene un enfoque cualicuantitativo ya que busca integrar las percepciones del equipo de salud con los datos cuantitativos, ambos enfoques generados por el instrumento de investigación.

Esta investigación contó con la autorización del Director del Hospital Pablo Arturo Suarez y de la Dirección de la unidad de Docencia e Investigación para su realización en la Institución.

3. Población y Muestra

La población de este estudio serán los 50 profesionales de salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del servicio de medicina interna, de los cuales 19 son enfermeras, 16 son médicos tratantes, 6 son médicos residentes, 7 son terapistas físicos, y 2 son nutricionistas. Este estudio usa el universo de la población.

3.1. Criterios de exclusión:

- Personal de salud y administrativo de otros servicios del Hospital Pablo Arturo Suarez.
- Personal de salud y administrativo que no esté vinculado directamente con internación y con procesos de atención directa al paciente del servicio.
- Personal no profesional
- Estudiantes internos de medicina y enfermería

3.2. Criterios de inclusión:

- Personal profesional de salud del servicio de medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suarez
- Personal de sexo masculino y femenino

4. Técnica e Instrumento

La técnica que se utilizó es la encuesta, la misma que fue aplicada a los profesionales del equipo de salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del servicio de Medicina Interna. El objetivo de la encuesta fue la recolección de información acerca del uso de los registros de enfermería y las percepciones que tengan sobre los registros en los procesos asistenciales.

La aplicación de las encuestas se realizó a través de la gestión directa de los líderes de médicos, de enfermería, del servicio nutrición y de terapia física, respaldada esta gestión por la unidad de Docencia e Investigación.

El instrumento que se utilizó, es el cuestionario, diferenciando en dos tipos, que luego del proceso de validación y aprobación fue aplicado a los profesionales de la salud, Médicos, Nutricionistas y Terapista Físicos y otro cuestionario para los profesionales de enfermería.

La tabulación de la información contó además del investigador con una persona adicional para así fortalecer los aspectos bioéticos y para evitar sesgos. El análisis que se realizó con cada una de las variables será multivariado y se lo presentó en gráficos.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

1. LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y SU IMPORTANCIA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

OMS (1973), define el sistema de información sanitaria como “una estructura para la recogida, elaboración, análisis y transmisión de la información necesaria para organizar y hacer funcionar los servicios sanitarios, siendo la investigación y la docencia objetivos complementarios”. Además menciona que el objetivo de todo sistema de información sanitaria “es producir información pertinente y de buena calidad en apoyo de la acción sanitaria”. (OMS 2008, pág. ¶).

Siendo la documentación clínica un sistema de registro importante la Universidad Autónoma de México, UNAM (2003), pág. (¶), señala que:

Un sistema de registro es el conjunto de instrucciones organizadas, sistematizadas y lógicas que se relacionan entre sí por medio de un mismo lenguaje con el fin de obtener información, analizarla, relacionarla y generar nueva información para satisfacer las necesidades de áreas administrativas, de una organización determinada.

Cuando se incorpora el sistema de información, se menciona que la finalidad básica del sistema de registros es el control y desarrollo de toda la información que entra y/o salga en los diferentes departamentos de la institución. El sistema de registro debe ser consolidado con métodos de calidad, procesos de incorporación de información confiables, supervisados, analizados, en el mismo sistema informático para que los procesos se consoliden en información que satisfaga las necesidades de la institución y al usuario. (Umaña, O. 2008, pág. ¶).

Umaña señala además, que es necesario que la información que suministramos sea lo más real posible, para el buen manejo y asignación de los recursos económicos y humanos, para lo cual es necesario crear herramientas que permitan

verificar que la información con que alimentamos nuestras bases de datos, así como las actividades que realizamos sean documentadas y planificadas según con la demanda que hoy día nos piden para ser lo más confiables y ordenados en nuestra labor. (et, al. 2008, pág. ¶).

1.1. Sistema de Registros Hospitalarios

Según anotan los autores Cerritos, Fernández y Lara Florinna, (2003), un sistema de registro hospitalario es un sistema de información orientado a satisfacer las necesidades de generación de información, así como también para almacenar, procesar y reinterpretar los datos médico-administrativos de cualquier institución hospitalaria de tal forma que se permita la optimización de los recursos humanos y materiales, además que minimiza los inconvenientes de impericia o burocracia que enfrentan los pacientes o usuarios. (pág. ¶).

Los mismos autores señalan a su vez que, todo sistema de información hospitalaria genera reportes e informes dependiendo del área o servicio para el cual se requiera, dando lugar a la retroalimentación de la calidad de la atención de los servicios de salud. (et, al. 2003, pág. ¶).

Umaña, O (2008), menciona que los sistemas de registro hospitalario “son aquellos en los que la información que se suministra está relacionada directamente o indirectamente con el paciente”. Pág. 18

Vicente del Saz Moreno, Médico de la Universidad Complutense de Madrid (2010), asegura que:

Un sistema de información se define como el conjunto de procedimientos para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información, que se requiere para la organización y funcionamiento de los sistemas sanitarios y también para la investigación y la docencia.

Los sistemas de información sanitaria surgen ante la necesidad de disponer de instrumentos de evaluación del estado de salud de la población y de las actividades que se realizan sobre ella. Se desarrollan inicialmente en Norteamérica con bases de datos básicamente administrativos obtenidos a partir de los registros de facturación de servicios y que progresivamente se relacionan con otro tipo de información clínica para aumentar de forma considerable los conocimientos y posibilidades de monitorización de la salud de la población. Pág. ¶

Los sistemas de Registro Hospitalarios se han clasificado en varios subsistemas, una clasificación muy utilizada es la de Méndez. G, Morales. M, Preciado. M,

Ramírez. M, Sosa. V, Jiménez. M, (2001), publicada en su artículo denominado, Trascendencia de los registros clínicos en el expediente clínico, y es la siguiente:

i. Sistema Administrativo

En este sistema se incluyen lo que se refiere a registro central de pacientes, admisión, altas y transferencias de pacientes, control de citas, programación de servicios, procesamiento y reportes, recetas, etc.

ii. Sistema Para Registro Central De Pacientes

Es uno de los sistemas medulares, porque permite tener una base de datos de tipo demográfico, información de asegurados, datos clínicos, estadísticos y algunos otros datos de interés administrativo. Se caracteriza por utilizar una identificación numérica para cada uno de los pacientes, es decir el número de historia clínica. Normalmente actúa como sistema base para todos los demás sistemas, ya sean clínicos, financieros o administrativos relacionados con el paciente. También puede ser utilizado como base para obtener datos de poblaciones para modelos de planeación de salud pública.

iii. Sistema Económico – Financiero

Este sistema es llamado también sistema de economía médica, en el que se incluyen todos los sistemas de nómina de personal, de manejo de materiales, sistema de cargos y cobros, sistema de pagos, sistema de contabilidad, que opera en la intermediación laboral financiero en la actividad habitual desarrollada por el personal del hospital.

iv. Sistema de Manejo de Materiales

También conocido como inventario lo más importante de estos sistemas es la dinámica de la información ya que se obtienen cotizaciones, información de precios, proveedores, registro de proveedores, contratos, control de inflación de abusos, tasa de inflación y decisiones de concurso para aprobar la compra de un artículo y evitar abusos, etc. También se orienta mucho al inventario en farmacia, ayudando así a mantener el control de medicamentos y la administración de los mismos a los pacientes. (Pág. ¶). 20

Como se mencionó dentro del sistema administrativo se encuentran incorporados los formularios de la Historia Clínica y como parte de estos están considerados los registros clínicos de enfermería que en el desarrollo de este capítulo se los describe.

1.2. Registros Clínicos de Enfermería

Los registros clínicos de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia en salud, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que

precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos.

Además es importante mencionar que los registros de enfermería son el soporte documental de la atención interprofesional en los que se plasma la información acerca de las actividades que se realizan con el paciente y hacen posible el intercambio de información sobre cuidados, además promueven la comunicación entre enfermería con otros miembros del equipo de salud, y lo fundamental es que aportan elementos para evaluar el proceso de atención. (Currell R, Urquhart C. 2008, pág 11).

La trayectoria de la presencia y utilización de los registros de enfermería se remonta a la antigüedad, Cormack (2007), expresa que:

En la primera era cristiana (1500 AC), surge la primera idea de la enfermería organizada, luego de que el imperio romano desarrolle la medicina militar, organizada con registros de los cuidados en el campo de batalla, posteriormente en el años 542 DC, la orden de las Hermanas Agustinas, considerada la más antigua de las órdenes de las hermanas enfermeras, implementa la documentación de registros hospitalarios que permitieron entender la organización interna de los cuidados que se brindaban a los heridos de guerra y demás pacientes, esto también muestra el papel que tuvo el servicio de enfermería en el enfrentamiento entre la administración laica del hospital y el clero por el control del personal de enfermería. Pág. 11

En la llamada era profesional de Enfermería los registros de enfermería se constituyen en herramientas de mucha importancia con Florence Nightingale, y Cormack (2007), expresa que:

En 1784 se nombra a Florence Nightingale como superintendente del *Female Nursing Establishment of the English General Hospitals* de Turquía, allí Nightingale demostró sus dotes como administradora, transformó un lugar de horror en un refugio donde los pacientes podían recuperarse realmente con el primer plan de cuidados elaborado por ella, el que se basó en las observaciones con relación al entorno (luz, higiene y otras), que en nuestros días vendría a ser la primera etapa, la Valoración. Cuando se refería al lavado de manos, infecciones, se acercaba a lo que hoy hacemos las enfermeras en la identificación de un patrón funcional afectado para llegar a un diagnóstico de enfermería, que iría de la mano con un plan de cuidados, siendo este el primer registro de enfermería. Pág. 11

Partiendo de esto es importante mencionar que según Carrillo. O, (2008), “los registros de enfermería son 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”. (pág. 11).

Los registros clínicos de enfermería son un conjunto de documentos médico-legales escritos, verbales, gráficos, en los que se plasma las observaciones, cuidados, procedimientos y medicamentos administrados al paciente. En estos registros clínicos de enfermería se resalta la importancia de la evidencia escrita de los actos de cuidado que realiza la enfermera, a través de un registro de calidad que como fuente de información y comunicación, permita dar continuidad del cuidado, y a su vez avalar el trabajo profesional de la enfermera, y ofrecer cobertura legal a sus actuaciones. (Carillo. O, et al 2009, Pág. ¶).

Según la NOM 168, de la Federación de la norma oficial mexicana (1998), los registros enfermeros son el “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”. (pág.¶).

Calaft, M. y Santamaría, R. (1992) citados por García. S, y Meza. A, (2003), puntualizan, “si queremos conseguir excelencia en la creciente complejidad de los cuidados administrados al paciente, debemos aprender a describirlos con palabras escritas”. (pág.¶).

En conclusión, los registros de enfermería han sido definidos como un sistema de documentación que forma parte de todo un registro del paciente y que provee la documentación formal de la interacción entre enfermera, equipo de salud y usuario, siendo así la forma en que los profesionales de Enfermería y otros profesionales de salud se comunican y aportan para prestar servicios oportunos, continuos y eficientes.

1.2.1. Propósito de los Registros Clínicos de Enfermería

Dentro de este contexto, es imperativo mencionar que los registros clínicos de enfermería cumplen con un propósito que integra básicamente calidad de atención sanitaria, Ramírez. S, Marco. A, Morganizo. L. (2007), mencionan en su manual de Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería que los propósitos de los registros de enfermería son los siguientes:

- Comunicación de los cuidados a otros miembros del equipo de salud. El registro debe comunicar las medidas necesarias para mantener el cuidado continuado y la coherencia de los cuidados.
- Educación e Investigación los datos estadísticos relativos a la frecuencia de trastornos clínicos, complicaciones, uso de tratamientos

médicos específicos, recuperación, muertes pueden extraerse de los registros de la ficha clínica.

- Auditoría la información de los registros de la ficha clínica proporciona una base para la evaluación de la calidad y la adecuación de los cuidados ofrecidos en una institución sanitaria.
- Valoración, el registro proporciona datos para identificar y apoyar diagnósticos (médicos, enfermería) y planificar las intervenciones adecuadas.
- Documentación legal, una historia clínica bien documentada es la mejor defensa del profesional de salud frente a cualquier pleito por alegación de mala práctica o negligencia. El profesional de salud tiene la responsabilidad de incluir en el registro información clara y lógica, describiendo con precisión toda la asistencia prestada. (pág. ¶).

En base a lo planteado se deduce que los propósitos de los registros están relacionados a los actos asistenciales, a la educación, a la investigación, y a las prácticas de índole éticas y legales.

1.2.2. Características de elaboración y mantenimiento de los registros de enfermería

A continuación se presenta un resumen de las características de un registro de calidad según, C. Hullin 2008:

- Precisión y exactitud: Deben ser precisos, completos y fidedignos.
 - Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.
 - Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
 - Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.
 - Se debe hacer constar fecha, hora, firma legible de la enfermera responsable.
- Legibilidad y claridad: Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.
 - Anotaciones correctas, ortográfica y gramaticalmente.
 - No utilizar líquidos correctores, corregir los errores tachando solamente con una línea, para que sean legibles y anotar al lado "error" con firma de la enfermera responsable.
 - Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos.
 - No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.
- Simultaneidad: Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.
 - Evitar errores u omisiones.
 - Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.
- Objetividad: Los registros de enfermería deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

- No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos.
- Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.
- Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas.
- Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

Es necesario y fundamental tomar en cuenta que la realización de los registros clínicos de enfermería, correcta, permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente, el registro de los cuidados de enfermería debe ser pertinente y conciso, debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones del paciente. El registro será objetivo y completo, en el que se debe registrar con exactitud el estado del paciente y lo que le ha pasado, mencionando los hechos como los observa y nunca haciendo conjeturas. (Ramírez, et al 2007, pag. 11).

Debe recordarse que la mejora de la calidad, debe ser continua y por tanto los estándares que afirman su presencia, deben elevarse continuamente. Como se mencionó anteriormente, la labor que realiza la Joint Commission of Accreditation, es evaluar y acreditar hospitales a nivel mundial, mediante estándares de calidad, uno de ellos es el que hace referencia a la utilización de los registros de enfermería y la continuidad del cuidado que finalmente se obtiene al cumplimentar con estos estándares junto con la seguridad del paciente.

1.2.3. Tipos de Registros Clínicos de Enfermería

Los registros de enfermería se los caracteriza como un instrumento básico del ejercicio del profesional enfermero ya que estos permiten tener una visión completa y global del paciente y a futuro demostrar documentalmente las prácticas realizadas. Las razones de su utilización han evolucionado desde el tiempo de Florence Nightingale, quien los introdujo como instrumento, en donde de la documentación utilizada en aquella época recogía, principalmente, el cumplimiento de las órdenes del médico.

A continuación se mencionará los registros clínicos de enfermería que se utilizan para la documentación e información de cuidados y tratamientos que se brinda al usuario, redactados por los profesionales de enfermería y los mismos que deben ser utilizados por todo el equipo de salud, siendo los registros objeto del estudio de trabajo: hoja de signos vitales, informe de enfermería, kardex y registro de ingesta y

eliminación. Estos son los principales formularios utilizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez.

i. Hoja de Signos Vitales

La hoja de signos vitales es en la que se registra la variación de los signos vitales: pulso, temperatura, presión arterial, la frecuencia respiratoria, así como también el peso del paciente, el tipo de comida que debe recibir, y los datos de filiación, durante la estancia del paciente. (Fundación del Área Andina 2004, pág. ¶).

Según el Reglamento de uso de la Historia Clínica del Servicio Vasco de Salud del Hospital de Basurto (2003), la hoja de signos vitales es:

El documento destinado a registrar de forma gráfica las constantes vitales del paciente. En el que debe constar: Fecha y, en su caso, hora, Día de estancia, Día postoperatorio, cuando proceda, Constantes vitales de rutina tales como: pulso, temperatura, presión arterial. Además, se registrarán los controles de peso, talla, dieta, que fueran necesarios de acuerdo a la evolución del paciente y/o protocolo de Unidad, ya sean ordenados por el facultativo o procedentes de la propia actividad de enfermería. (pág. ¶)

La gráfica de constantes es llenada en el país, por el enfermero/a a cuyo cuidado esté el paciente en ese momento. En las unidades de cuidados intensivos han incorporado registros pormenorizados de las constantes vitales del paciente.

ii. Informe Escrito de Enfermería

El informe de enfermería es un documento en el cual se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización.

Según María Tera Chavarro, integrante del tribunal ético de enfermería de Colombia (2008), menciona que el informe de enfermería:

Es el registro de las observaciones y atenciones prestadas al paciente por el personal de enfermería, constituyendo un medio eficaz entre este personal y el médico, ya que se anotan las condiciones del paciente y el tratamiento realizado luego de decisiones tomadas en conjunto. (pág. ¶).

Hontangas, (2006), citado en Carrillo, (2008), 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 y que el informe de enfermería 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. (pág. ¶).

Además (Benavent, 2006, citado en Carrillo, 2008, pg. ¶), reafirma su importancia para la profesión cuando expresa que:

El informe de enfermería 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.

Según la Fundación Universitaria del Área Andina (2004), “el informe de enfermería es un documento que describe cronológicamente la situación, evolución, intervenciones, y necesidades del paciente”. (pg. ¶).

En el país el Informe de Enfermería es parte constitutiva de la Historia Clínica, y en el Hospital Pablo Arturo Suárez se lo realiza en la misma hoja de evolución médica. (Ver Anexo 3).

iii. Kardex

Según la Norma Técnica, N°022-MINSA/DGSP-V.02 del sector salud del Perú (2005) ²⁸, el Kardex “es un registro de enfermería en donde se anota la administración de la medicación del paciente”. (pg.¶)

Según la Fundación Universitaria de Área Andina (2004) ⁴, el kardex es “un instrumento conciso para organizar y registrar datos acerca de la administración de tratamientos y medicación de un paciente y además facilita el acceso inmediato a la información de tratamiento y medicación a todos los profesionales de la salud intervinientes”. (pg.¶)

En el país el Kardex se lo utiliza en las instituciones tanto públicas como privadas. El uso está en términos inclusivos solo para los profesionales de enfermería. Se considera a este informe como aquel que permite “resumir” e “identificar” en una sola mirada las principales acciones de atención de enfermería en el paciente, además se menciona como importante que el kardex en el hospital pablo Arturo Suarez se lo lleva en la hoja de evolución medica en la parte de indicaciones y todo el personal del hospital tiene acceso a este, sean residentes, tratantes, terapistas, nutricionistas.

iv. Informe de Ingesta y Eliminación

Según el Departamento de Enfermería de la Universidad de Caldas de Colombia (2004), el informe de ingesta y eliminación permite:

Al médico y el personal de enfermería precisar el volumen y la cantidad de iones para ser repuestos en la dieta o en los líquidos endovenosos si el paciente así lo amerita, además que a través de este se puede establecer el tratamiento para desequilibrios hidroelectrolíticos y ácidos básicos, así como también controlar efecto de tratamientos y fármacos. (pg.¶)

El informe de ingesta y eliminación lleva el control exacto de los líquidos ingeridos y eliminados del paciente por las diferentes vías, (oral, parenteral, líquidos excretados) y así establecer el balance en un periodo determinado de tiempo de 24 horas. (Fundación del Área Andina 2004, pg.¶).

Enmarcándonos en el uso de los registros clínicos de enfermería se puede decir, que utilizar los registros clínicos de los cuidados que la enfermería proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria¹ como para el desarrollo de la profesión y el fortalecimiento del trabajo del equipo de salud. Por ello, los profesionales, deben conocer no sólo el adecuado cumplimiento de los registros, sino también el beneficio que trae manejarlos interdisciplinariamente, así se podrá comparar ideas y conocimientos y por su puesto inquietar a la educación permanente de los profesionales de salud que permite brindar un cuidado actualizado y pertinente. (Chaparro, L. 2003). (Pg.1-19).

Sólo a través de la utilización del registro de todo aquello que la enfermera realiza, se podrá transformar el conocimiento común sobre los cuidados, en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinario y profesional, ya que como antes se menciona, los registros que se utilizan se consideran como un documento que avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación, evita la impericia y errores. Además, son un respaldo legal frente a posibles demandas y también permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados, además la razón más importante del por qué es necesario utilizar los registros es, por la responsabilidad profesional que se asume al ofrecer los servicios de cuidar.

¹ Según Donabedian (1996), "la calidad sanitaria es el grado de conformidad entre la atención prestada, y los criterios preestablecidos de buena asistencia". 31

Además es de especial interés para los profesionales de enfermería, médicos y demás integrantes del equipo de salud saber que deben familiarizarse con las normas, requerimientos y procesamientos de los registros, en los procesos asistenciales.² Al utilizar los registros clínicos de enfermería se está cumpliendo con normas, estándares tanto internacionales como nacionales, ya que los registros clínicos de enfermería son el componente vital en el cuidado al paciente porque son la evidencia de la prestación de servicios del equipo de salud al paciente.

2. LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL MARCO DE LA CALIDAD

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años, esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia, pero la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios ha provocado una puesta al día, que debería repercutir favorablemente en los mismos. No se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario, diferenciando así la calidad técnica y la calidad percibida en salud.

2.1. Movimiento de la Calidad en el Mundo

Históricamente, luego de la II guerra mundial, el movimiento de la calidad impactó en todas las áreas del conocimiento y de las prácticas del ser humano. Este movimiento evolucionó en 4 etapas: la inspección, aseguramiento de la calidad, calidad total y mejora continua. En dichas etapas intervinieron líderes muy importantes que instauraron conceptos, métodos y hábitos que en la actualidad en todo el mundo se los maneja.

El Dr. Guillermo I. Williams, Director de Programas y Servicios de Atención de la Salud, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, MSAS, (2008), habla acerca de los líderes involucrados en el movimiento de la calidad y menciona que:

Uno de los protagonistas del movimiento de la calidad fue, W. Edwards Deming quien hizo una importante contribución a la industria manufacturera japonesa después de la Segunda Guerra Mundial. Deming admitía que el control de la

² Según Paneque, P, (2002), Consejera Técnica de la Secretaría General de Calidad de Andalucía, un proceso asistencial es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc), es decir el cuidado. ³²

calidad mediante estadísticas era la base de la calidad de gestión y pensaba que la calidad podía mejorar si utilizáramos estas mismas técnicas para analizar los procesos y las relaciones entre los procesos. Joseph M. Juran, otro líder del movimiento para el mejoramiento de la calidad, se concentró en las responsabilidades administrativas. Su filosofía incluía la “Trilogía de Jurán”, que consistía en la planificación de la calidad, el control de la calidad y el mejoramiento de la calidad. En el sector de la salud también se necesita en control de la calidad de los patrones o estándares básicos, como garantía de calidad para el desempeño de los programas de mejoramiento permanente de la calidad de la atención médica. (Pág. 5)

2.2. La Calidad en Salud

El Doctor Avedís Donabedian (1995), reconocido en el ámbito internacional como el máximo exponente en el estudio de la calidad de la atención sanitaria, considera, que la atención que se espera se brinde a los pacientes, pueda proporcionar al mismo el máximo y más completo bienestar en todo momento, logrando los mayores beneficios posibles. A su vez existen atributos de la atención que se convierten en determinantes mucho más poderosos de su calidad como son la utilización de información y la coordinación de los cuidados. (pág, ¶)

De igual forma un marco para el desarrollo de la Garantía de Calidad como disciplina, fue el trabajo de Avedis Donabedian publicado en el Milbank Memorial Quarterly (1966), citado por el Grupo de trabajo multiinstitucional sobre Garantía de Calidad y Acreditación de Servicios de Salud (1998). En este trabajo se resalta que A. Donabedian revisa la principal literatura existente respecto a la evaluación de la calidad de la atención médica, y establece el marco conceptual básico que pasaría a orientar la evolución. Otros temas fundamentales de la Garantía de Calidad son examinados por el autor y menciona a los siguientes como garantes de la calidad: fuentes como, fichas clínicas, resúmenes, epicrisis, entrevistas además métodos, muestreo y selección, procedimientos, estándares y criterios, escalas de medida, confiabilidad de la evaluación, y ventajas, (pág, ¶). Además colaboró con los siguientes conceptos:

Calidad es proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica. (Donabedian (1984), citado por el Grupo de trabajo multiinstitucional sobre Garantía de Calidad y Acreditación de Servicios de Salud de Montevideo, (1998) pág, ¶).

La Garantía de Calidad es una actividad formalmente organizada cuya función es obtener información respecto al desempeño en la búsqueda de calidad, la interpretación de tal información, el traspaso de los hallazgos a los responsables de tomar las decisiones apropiadas, y, cuando la acción es tomada, la verificación de sus resultados. (Donabedian (1991), citado por et al, (1998) pág, ¶).

La práctica de la Garantía de la Calidad, tiene sus raíces y métodos en las preocupaciones de las asociaciones profesionales a partir de las primeras décadas de este siglo. Ese fue exactamente el caso del Colegio Americano de Cirujanos, comprometido con el establecimiento de condiciones para la práctica efectiva y segura de la especialidad. Sus bases conceptuales y teóricas, entretanto, fueron estableciéndose mucho más tarde, en la segunda mitad de este siglo. Y hoy en día este compromiso está al mando de Joint Commission of Accreditation.

De igual forma en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado".

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirma que:

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite. (pág, ¶).

Según Donabedian (1980), citado por et al (1998), los tres componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta, el técnico, el interpersonal y el componente de confort:

El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos, que en este caso se estaría remarcando la importancia de utilizar los sistemas de información dentro de los cuales están los registro clínicos de enfermería en el subsistema de información administrativo.

Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.

Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable. Pág. (¶)

A partir de este análisis, numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer (1983). (pág 1), que incluye:

- Efectividad: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- Eficiencia: La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
- Accesibilidad: Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.
- Aceptabilidad: Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.
- Competencia profesional: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.

En el siguiente apartado se describirá la evaluación de la calidad, específicamente el proceso de acreditación.

La calidad debe ser constantemente medida, evaluada y mejorada, es por eso que Àlvar Net. Presidente de la Fundación Avedis Donabedian y Rosa Suñol. Directora de la Fundación Avedis Donabedian, (2012), citan a A. Donabedian, y destacan que en la etapa de la mejora de la calidad, (mencionada en el apartado 2.1.); las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de distinto origen:

De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos. La mejora de la calidad puede generarse por otra vía, como es la constatación de que el centro posee una mala imagen dentro de la comunidad y en consecuencia el motivo social será en este caso el responsable del cambio. Los motivos económicos en general y el control de los costes en particular pueden ser la génesis del cambio. Por otra parte, la mejora de la calidad puede ser promulgada por el legislador, por ejemplo al dictar leyes de acreditación de los centros de atención que contengan unos requisitos de mínimos para determinadas actividades. (pág 1).

Por lo que respecta a la evaluación y mejora de la calidad debe decirse que es imprescindible considerar en todo momento cuál es la practica considerada correcta, este concepto constituye un criterio, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una determinada realidad concreta constituye un estándar; los estándares se fijan de acuerdo a los conocimientos científicos o los requisitos sociales del momento.

2.3. La Evaluación de la Calidad: Proceso de Acreditación

Los procesos de evaluación de la Calidad desde la satisfacción, pasan por licenciamiento, certificación, hasta acreditación; la investigadora hará énfasis en el proceso de acreditación que cubre en mayor medida la calidad documental de los registros médicos.

Una institución de referencia de la evaluación de calidad y acreditación³ es la Joint Commission of Accreditation, que se origina con la creación del Colegio Americano de Cirujanos en 1913. Esa institución, pasó a llamarse Joint Commission for Accreditation of Hospitals el 15 de Diciembre de 1951, patrocinada no sólo por el Colegio Americano de Cirujanos, sino también por el Colegio Americano de Clínicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica Canadiense. Los canadienses dejaron ese grupo de patrocinadores en 1959 y crearon su propio Consejo Canadiense para la Acreditación de Hospitales.

La Joint Commission, (2011), es una institución privada, independiente y sin ánimo de lucro, es el máximo organismo encargado de la acreditación de hospitales en el mundo, mediante el cumplimiento de estándares, que lleva a los hospitales que se acrediten a prestar atención sanitaria de calidad en todos los entornos. Su misión es mejorar continuamente la atención sanitaria de la población, en colaboración con otras partes interesadas, mediante la evaluación de las organizaciones de salud sobresaliendo en garantizar la prestación de una atención segura y eficaz de la más alta calidad y valor.

La Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) recomienda el uso de indicadores clínicos, que se los define como variables cuantitativas para monitorizar la calidad y la adecuación de la atención y que sirven de base para medir la actividad de los servicios.

El 1 de enero del 2011 se actualizaron los manuales de la Joint Commission of Accreditation en donde sigue constando que, al utilizar los registros clínicos de enfermería se está cumpliendo con una norma internacional y al hacerlo estamos garantizando calidad de atención sanitaria y seguridad al paciente por el cuidado continuo que se brinda al utilizar esta información entre profesionales de salud.

La Organización Mundial de la Salud, (1995 y 2006), refiere que:

³La acreditación es un proceso por el cual una institución voluntariamente acuerda someterse a una entidad evaluadora con el propósito de promover la calidad de los servicios y productos que ofrece. Fuente: revista de órgano de la sociedad española de calidad asistencial calidad asistencial. 39

La falta de utilización de información de cuidados al paciente fue la causa principal de los eventos adversos denunciados ante la Joint Commission. De los 25 000 a 30 000 eventos adversos todos ellos evitables que condujeron a una discapacidad de los pacientes en Australia, el 11% se debió a problemas de comunicación, en contraste con el 6% debido a niveles de competencia inadecuados de los facultativos. (pág, ¶).

La situación actual de los registros clínicos de enfermería que día a día se constituyen en una evidencia del cuidado y de la atención otorgada, ha generado el interés de algunas investigaciones, las cuales realizadas en Canadá, Suecia, Estados Unidos, Chile, Colombia y España, entre otros países, coinciden, en que los registros de los cuidados de enfermería son los que originan la principal fuente de información sobre la atención que brindan los profesionales, esto conlleva a la necesidad de que se enfatice y utilice los datos y su contenido que reflejan la responsabilidad profesional y legal en cada acción de la práctica de cada profesional.

Lo anterior resulta trascendental como lo observado por Zimmermanl (1995), quién demostró la importancia de la comunicación en el arco interdisciplinario:

Cómo a través de una comunicación efectiva y elevados niveles de coordinación entre profesionales del equipo de salud con la información de los cuidados que se daban al paciente, se alcanzaban cifras de estancia y mortalidad inferiores. Concluyendo en este estudio, que la comunicación entre unidades y equipos de atención es esencial para un cuidado de calidad. Y que al contrario las brechas en la utilización de la información de registros del cuidado, pueden provocar graves interrupciones en la atención, un tratamiento inadecuado e incluso daño potencial para el paciente. (pág ¶).

Finalmente el Colegio de Enfermeros/as del Perú en la Norma de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero (2008), menciona que:

Los registros de enfermería constituyen la evidencia de la intervención profesional de la evolución del paciente, el planeamiento del cuidado y la continuidad⁴ de la prestación. Además son fuente de datos para la evaluación del cuidado y en el proceso de la mejora continua e investigación. (pág ¶).

Finalmente es importante recordar que los procesos de acreditación integran la revisión de los formularios de información de la Historia Clínica del paciente, como lo menciona la Joint Commission of Accreditation en su estándar de calidad.

4 Egglan y Heinemann (1994), señalan "la continuidad como la transferencia sin obstáculos del cuidado de una persona entre proveedores destacando como puntos importantes la utilización y comunicación de la información y la responsabilidad en el cuidado".

3. LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En este punto es de vital importancia hablar sobre la seguridad del paciente ya que es imposible hablar de calidad sin considerar la seguridad, además que es uno de los principales retos en salud.

Wachter, citado por Silivia Malváres y Jeferson Rodríguez, en el libro publicado por la OPS, Enfermería y Seguridad (2008), Pág. (9), afirma que la seguridad del paciente se define como “la ausencia de daños accidentales o prevenibles producidos por la atención de salud”. Vicent, citado por Et, Al., por su parte, dice que “la seguridad de los pacientes es el acto de evitar, prevenir, o mejorar los resultados adversos o lesiones originadas en el proceso de atención médico-hospitalaria”. A su vez también Florence Nightingale citada por et al, en el libro publicado por la OPS, Enfermería y Seguridad (2008), Pág. (4), afirma que el “acto de cuidar se basa en no dañar a los enfermos”

La OMS/OPS define a la seguridad de los pacientes (2009), Pág. (¶), como:

La ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos, y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objetivo de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Et al, refieren en el libro publicado por la OPS, Enfermería y Seguridad (2008), Pág. (9), que “en conceso es que la seguridad de los pacientes supone una complejidad en los sistemas de salud que exige la búsqueda permanente de conocimientos y estrategias”. Así mismo mencionan que “podría decirse que la seguridad de los pacientes es transversal e intrínseca al cuidado, de modo tal que la calidad del cuidado implica y expresa seguridad”.

De la misma forma dichos autores proponen que (2008) Pág. (¶):

La seguridad de los pacientes constituye un proceso complejo de implicaciones subjetivas, individuales y colectivas, ético-políticas, científicas, prácticas y organizacionales, que intervienen de manera multidimensional e interdependiente en la atención de salud en cuanto ella está vinculada con la promoción y protección de la vida. Y que la seguridad del desde la perspectiva de la atención de salud supone el manejo de un conjunto de normas, procesos,

instrumentos y métodos destinados a minimizar los eventos adversos en la atención de salud.

En resumen los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, que al estar integrados en la historia clínica del paciente, conllevan a responsabilidades de índole profesional y legal, que a su vez precisa que es necesario llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, y trabajo en conjunto que garantice la calidad de los cuidados.

El buen registro es fuente de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud y apoya la investigación. Además es un respaldo de atención de calidad para el paciente, cuando se lo utiliza por todo el equipo de salud porque apoya, mantiene y mejora la calidad de la atención clínica.

4. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL MARCO ÉTICO Y LEGAL.

En este apartado se describirá las bases para considerar la dimensión ética y legal de la garantía de calidad que debemos a los usuarios. En efecto, las consideraciones de hacer el máximo bien, el no hacer daño, el permitir la máxima soberanía de decisión en aquellos temas que le conciernen (no hay nada que concierna mas a una persona que su propio cuerpo y su propia vida) y procurar el bien de la comunidad, vienen de una base ética y legal. (Ppt. Silvana Ortiz. Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2013).

Para una instancia jurídica como lo es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) (2008), el significado de un expediente clínico es tomado en un ámbito legal:

El expediente clínico es un conjunto de documentos en el cual se identifica al usuario y se registra su estado clínico, los estudios de laboratorio de gabinete, también los diagnósticos y tratamientos que le fueron proporcionados, así como la evolución de su padecimiento. Por lo tanto el expediente clínico juega un papel muy importante ya que es considerado un instrumento jurídico, con carácter de prueba reconstruida, por lo que es utilizado como evidencia entre usuario y prestadores de servicios de salud al permitir evaluar el acto médico. (Pág. 6)

Àlvar Net. Presidente de la Fundación Avedis Donabedian y Rosa Suñol. Directora de la Fundación Avedis Donabedian, (2012), (pág., 6-7), indican que:

En este panorama el desarrollo de la metodología de la bioética está jugando un papel muy importante. La definición de los principios básicos y su correlación ha representado un instrumento de valor inapreciable en el ámbito de la calidad y la gestión de los servicios a las personas. Además, a partir de la formulación de la bioética, la eficiencia se convierte no sólo en el mejor sistema de controlar costes sino en un imperativo ético para profesionales y gestores, ya que es la única forma de garantizar el principio de justicia. No se trata sólo de hacer lo mejor posible al mínimo coste para ahorrar o aumentar beneficios, sino porque el principio de justicia no permite desaprovechar recursos, siempre escasos hoy en día, que podrían ser utilizados para solventar las necesidades de otros individuos. La bioética constituye en consecuencia un marco global de capital importancia que permite establecer un sistema de valores para discutir las decisiones. De este modo, la bioética se convierte en el método para establecer criterios de calidad de la atención tanto de la vertiente asistencial, como de la gestión de los centros, los cuales, con posterioridad, podrán evaluarse y mejorarse siguiendo la metodología de la mejora continua de la calidad.

Hoy en día, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal del cuidado del paciente, compuesta por el conjunto de registros, y testimonios que es el reflejo de la relación entre usuario y hospital, además es importante mencionar que dentro de los cambios que se han ido produciendo en la profesión enfermera, el registro de las actividades realizadas se revela como imprescindible para administrar cuidados de calidad, sin olvidar su necesidad desde el punto de vista legal y en el desarrollo de la formación y la investigación.

Dentro de este contexto de calidad, seguridad y registros de enfermería, la parte ético y legal, se involucra directamente desde dos enfoques, el primero, es la parte ética enmarcada en los principios básicos de la bioética y el segundo la parte legal enmarcada en cumplir con todas las obligaciones legales que la profesión e instituciones demanda.

Malhi Cho, en el libro publicado por la OPS, Enfermería y Seguridad (2008), Pág. (22), dice que “la preocupación por ofrecer calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio de la medicina y su esencia se centra en el binomio ética y calidad”.

Florence Nightingale (1983), citada por Silivia Malváres y Jeferson Rodríguez. Enfermería y Seguridad, libro publicado por la OPS. (2008), “pareciera un extraño principio anunciar como requisito básico en un hospital que no se deba causar daño a los enfermos”, como ya se mencionó anteriormente, pues con este preámbulo es imperativo citar los cuatro principios básicos del código de la bioética que son, no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía, los mismos que al cumplirlos se está afianzando el compromiso de cuidar con amor y responsabilidad. En referencia

a los principios de no maleficencia y beneficencia se los cumple cuando se da al paciente un cuidado oportuno y eficiente haciendo uso de todos los instrumentos, herramientas y medios, en donde prima salvaguardar la vida, la seguridad y el bienestar del usuario, en el principio de justicia lo cumplimos al ser coherentes con la realidad de cada paciente y actuar digna y equitativamente, finalmente un ejemplo clarísimo del principio de autonomía es el consentimiento informado⁵ en donde se evidencia la participación plena de los usuarios frente a su cuidado. Dicho esto hay que tomar en cuenta que finalmente al utilizar la información de enfermería consecuentemente se está una vez más cumpliendo con los códigos de la ética y bioética en el acto de cuidar, ya que se dará atención de calidad, segura y continua.

4.1. Principios Éticos Y Bioéticos en la Documentación.

La calidad de la información está relacionada con la profesionalidad, la cual puede definirse a partir de los conocimientos y las destrezas, el sentido ético y la corresponsabilidad de velar por la competencia propia y de los demás profesionales, los mismos que tienen que adquirir una actitud de responsabilidad, de conciencia, sobre el bien y el mal que se puede hacer a las personas.

Josep M. Busquets. Comité de Bioética de Cataluña (2011), menciona que:

Las conductas profesionales para con la documentación también se regulan mediante los códigos deontológicos o los principios éticos. Los códigos deontológicos enumeran y dan por válidos ciertos deberes que tienen que regir la práctica profesional, los cuales se basan en la costumbre social y el acuerdo profesional. Los principios éticos de las profesiones buscan el fundamento sólido y objetivo a partir del cual surgen las normas de actuación profesional. (pág. ¶¶)

Por otro lado la información tiene que estar orientada al servicio de la sociedad y no exclusivamente al propio beneficio. No puede haber calidad informativa sin un conocimiento profundo de los temas o de las situaciones de los que hay que informar y sin la práctica habitual de los principios éticos específicos de la información sanitaria.

A continuación se describen los principios éticos de la documentación y la información sanitaria, según el Comité de Bioética de Cataluña (2011):

⁵ Facultad de enfermo, válidamente informado y libre de coacción para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se e propongan. El consentimiento informado incluye: derecho a la información, libertad de elección, riesgos e inconvenientes, condiciones que requieran consentimiento informado. Ppt Licenciada Silvana Ortiz. Docente Pontificia universidad Católica del Ecuador.

i. Principio de Transparencia Informativa

Uno de los principios básicos de la ética de la información es el de veracidad. Decir la verdad no es sólo transmitir fielmente hechos y datos, sino profundizar en el conocimiento de situaciones y de contextos. Todo el conjunto de personas y de instituciones implicadas en la información sanitaria, deben actuar con la debida transparencia.

La transparencia es una de las cualidades que confiere moralidad a los actos de las instituciones y de las personas. Por lo tanto, aquello que afecta a los demás y se hace sin transparencia es un acto moralmente condenable. Los ciudadanos tienen derecho a conocer con los detalles suficientes las situaciones sanitarias que suponen un peligro o una amenaza para su vida. Y de manera recíproca, las organizaciones sanitarias tienen el deber de dar a conocer el problema sanitario surgido. La transparencia informativa exige una información rápida y amplia, y tiene que evitarse que la falta de información origine desconfianza.

Para salvaguardar este principio de transparencia es importante:

- Distinguir claramente los hechos objetivables de las interpretaciones y las opiniones, y evitar cualquier confusión o distorsión deliberada de ambas.
- Hacer constar la procedencia de los datos.
- Rectificar aquellas informaciones que se haya comprobado que eran falsas o sesgadas.
- Declarar posibles intereses que vinculan o motivan la información.
- Mencionar la institución a la que pertenece el informador, así como el cargo que ocupa.
- Garantizar la confidencialidad y el tratamiento de las informaciones obtenidas extraoficialmente por parte de los profesionales de la comunicación.

ii. Principio de Respeto a la Vida Privada

El respeto a la intimidad es un principio ético universal derivado del respeto a cada ser humano. La situación de enfermedad se incluye en el ámbito de la más estricta intimidad personal y exige, por lo tanto, el permiso explícito del enfermo para el acceso a su identidad. Es imprescindible extremar la protección a la confidencialidad, que no tiene que abandonarse ni aun después de la muerte de la persona.

Para salvaguardar este principio de respeto a la vida privada es importante:

- Garantizar el respeto al derecho a la intimidad de las personas y preservar su imagen.
- Mantener la confidencialidad de los datos. Los profesionales sanitarios no pueden facilitar el acceso a los datos del enfermo a otros profesionales o familiares sin la autorización expresa de la persona interesada. Sin embargo, existen tres supuestos de posibles excepciones: a) cuando mantener la confidencialidad signifique un peligro o perjuicio relevante para otras personas; b) cuando el mismo paciente autorice la revelación de información a terceros) cuando mantener la confidencialidad se convierta en perjuicio para el mismo paciente.

iii. **Principio de Responsabilidad Informativa**

La información veraz no depende sólo de la exactitud con la que se transmite un dato sino también de la honestidad del profesional con respecto al resto. El profesional debe velar para no debilitar la relación de confianza con el paciente o familia y procurar fomentarla.

Para salvaguardar este principio de responsabilidad informativa es importante:

- No crear falsas expectativas
- No generar ni difundir mensajes que puedan perjudicar de manera innecesaria el estado emocional del paciente/familia o colectivo.

iv. **Principio de Equidad Informativa**

No existe diferencia en la dignidad humana de las personas; todas merecen la misma consideración.

Tener presente el principio de equidad quiere decir:

- Dar una auténtica igualdad de oportunidades a personas o instituciones que tengan opiniones o puntos de vista significativos, y facilitar el derecho de réplica a quienes estén en condiciones de aportarlos.
- Velar para que la información sobre los aspectos relacionados con los problemas de salud más prevalentes no vayan en detrimento u olvido de los que son infrecuentes o sufre poca gente.
- Garantizar una información equitativa en lo que concierne a la cuestión de género en las implicaciones y repercusiones de los problemas de salud. Igualmente es importante informar si existen diferencias en función de la edad o procedencia de las personas.

En fin, los registros clínicos de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia en salud, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos. Además que son el soporte documental de la atención interprofesional en los que se plasma la información acerca de las actividades que se realizan con el paciente y hacen posible el intercambio de información sobre los cuidados, además promueven la comunicación entre enfermería con otros miembros del equipo de salud, y lo fundamental es que a portan elementos para evaluar el proceso de atención. (José Luis Cobos Serrano, 2011, Pág. ¶).

4.2. Marco Legal del País, Acuerdos Ministeriales sobre el Manejo de la Historia Clínica.

La historia clínica y sus documentos tienen un valor jurídico, prueba principal de todos los procesos de la responsabilidad clínica y tiene además valor jurídico de los hallazgos en el paciente, como consecuencia de agresiones propias o de terceros.

La Ley Orgánica del Sistema de Salud, en el artículo 11, menciona que: “entre los mecanismos que deben implementarse para que las instituciones garanticen su operación, está como literal d): «un conjunto común de datos básicos para la historia clínica»”. De igual forma en el Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en los artículos enumerados a continuación se menciona que:

- Art. 76. Aplicación y uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades,
- Art 78. Obligatoriedad de uso de la historia clínica única.
- Art. 79. Responsabilidad y custodia de la historia clínica única.

Sin embargo, pese a este marco legal expuesto en el año 2007, actualmente en nuestro país no hay un tema mandatorio que exija el uso de los registros clínicos de enfermería por el equipo de salud, excepto por la cultura organizacional propia de cada institución de salud que promueven el uso de los registros clínicos de enfermería, a su vez incentivados por la calidad interna y la evaluación externa, como la que encabeza la Joint Commission of Accreditation, igualmente no existe un marco legal ni formativo que norme y promueva enfoques de presentación y llenado de los registros de enfermería, y así se oriente como registrar la información de enfermería en dicha documentación para que bien hecha pueda ser bien utilizada.

En el año 2007 la ex ministra de salud Caroline Chang, propuso un acuerdo ministerial sobre la Historia Clínica y como registrar en los formularios la información del paciente, específicamente el acuerdo se llamó, Expediente Único para la Historia Clínica Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas Guía para el análisis, Rediseño de los formularios básicos, Aprobado mediante Resolución del Directorio del Consejo Nacional de Salud del 25 de octubre del 2006, Acuerdo Ministerial N° 0000620 del 12 de enero de 2007, Acuerdo Ministerial N° 0000116 del 16 de marzo de 2007, sin embargo este acuerdo no tuvo acogida y por ende tampoco se lo aplica hasta el día de hoy. Es importante mencionar que en enero del 2005, con anuencia del Directorio del CONASA, se conforma la Comisión Ad hoc de la Historia Clínica con delegados del Ministerio de Salud Pública, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, del Hospital Pablo Arturo Suárez, de la Federación Médica Ecuatoriana, de la Universidad Tecnológica Equinoccial, de la Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna, de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética, del CONASA y de la OPS/OMS, en donde como se puede ver el Hospital Pablo Arturo Suarez es parte de dicho comité y sin embargo en dicha institución no se ha motivado la iniciativa de la Ex. Ministra de salud Caroline Chang. (Expediente Único para la historia clínica, 25 de octubre del 2006, MSP, Ecuador.)

Dicho acuerdo ministerial presentó la justificación a continuación descrita y el modelo de llevado de los formularios de la Historia Clínica:

La historia clínica es 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. La progresiva complejidad en la gestión de servicios de salud y los avances en la informática exigen que la implantación de los nuevos modelos de atención y gestión se apoyen en sistemas documentales de información y registros que permitan un monitoreo y evaluación dinámicos de las actividades de salud utilizando los datos obtenidos de la práctica clínica, para bajo los conceptos actuales de bioética asegurar estándares de calidad en la atención médica, mejorar la precisión diagnóstica, regular el uso de exámenes complementarios, racionalizar los tratamientos de manera eficaz, favorecer la investigación y la docencia e incorporar a otros profesionales de la salud en el seguimiento y control del paciente; lo que en definitiva redundará en disminuir la morbimortalidad, evitar el subregistro de enfermedades, mejorar la relación costo-beneficio, optimizar los recursos humanos y materiales existentes en las unidades de salud y mejorar el acceso y la calidad de atención. La evaluación integral de la calidad científica del trabajo profesional requiere de manera urgente una redefinición conceptual e instrumental de la Historia Clínica Única hacia el **Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas (MRMOP)**.

En donde el objetivo general era, mejorar la calidad de 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. Y de igual forma los objetivos específicos eran:

- Mantener disponible la evidencia documentada, sobre la secuencia ordenada de los episodios de salud y enfermedad del usuario
- Mejorar la planificación de atención a los usuarios
- Permitir una evaluación científica de calidad de atención al usuario
- Mejora la comunicación entre los profesionales de la salud para la toma informada de decisiones
- Apoyar la protección de derechos legales del usuario, del profesional responsable y del establecimiento de salud.⁷⁴

Por otro lado, actualmente en nuestro país no hay ningún marco formativo y normativo para el llenado de los registros de enfermería, de manera específica es importante mencionar que Joint Commission of Accreditation tiene como norma que los registros de enfermería se llenen de acuerdo al SOAPIE, es decir que las anotaciones de enfermería estén orientadas al problema, este sistema de documentación orientada al problema es paralelo al proceso de enfermería que incluye la recolección de datos, la identificación de respuestas del paciente, el desarrollo del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de los objetivos. En este método, la información está enfocada a los problemas del paciente, y está integrada y registrada por todas las disciplinas, utilizando un formato constante, ya que es un método sistemático el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente

La sigla SOAPIE corresponde a los siguientes contenidos:

S: Datos Subjetivos. Incluyen los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente, donde se documenta las palabras del paciente o se realiza un resumen de la conversación.

O: Datos objetivos: Consiste en los hallazgos obtenidos durante la valoración; se descubren por el sentido de la vista, oído, tacto, y olfato o por instrumentos como el termómetro, tensiómetro, diapasón, etc.

A: Interpretaciones y análisis de los datos: Puede ser real o potencial y siempre va el “relacionado con” para determinar los factores determinantes o condicionantes y el código de diagnóstico de la NANDA.

P: Plan de atención: se registra el objetivo de la planificación, comprende lo que la enfermera planifica hacer.

I: intervención o ejecución. Se refiere a ejecutar el plan diseñado con la finalidad de resolver los problemas identificados.

E: Evaluación de los resultados esperados: se evalúa la eficacia de la intervención efectuada; registrada en tiempo presente. Concluye con la firma del colegio y cello de la enfermera que atendió al paciente.

A continuación se describe un ejemplo de este método.

DIBUJO 1. Método de Registro de Información Clínica: SOAPIE

Se inicia con la fecha y la hora del turno: Y a continuación se aplica el método, concordante con el proceso de enfermería:	Fecha y hora:
S	"tengo mucho calor, desátame un poco y mójeme la cabeza".
O	Hipertermia, temperatura 38.5°C, diaforesis, rubicundez.
A	Hipertermia relacionada a proceso infeccioso
P	Disminuir la temperatura corporal.
I	Control de la Tº mediante curva térmica, aplicación de medios físicos, administración de antipiréticos prescritos e incremento de líquidos por vía oral. Luego se informará al médico tratante.
E	La respuesta observada en el paciente es la disminución de la temperatura corporal a 37.2 °C.

Fuente: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations SOAPIE. (2002).
Elaborado por: Autora

Como se ha visto otro pilar importante es el legal, a esto, C. Hullin (2008). Pág (¶) adiciona que:

El beneficio de utilizar un registro de enfermería del cuidado del paciente, permite proveer una atención de calidad, eficiente, continua y segura al paciente, basada en la evidencia en práctica, porque el cuidado esta evidenciado; de allí la obligación ineludible de todos los profesoriales del equipo de salud de utilizar un buen registro completo, claro, preciso, conciso y minucioso.

Ramírez, et al (2007), comparte que:

El desarrollo del cuidado de la enfermería⁶ se sustenta en que la enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejamos constancia de todas las actividades que llevamos a cabo en el proceso de cuidados, y que además posibilitan el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo; manifestando así el rol autónomo de la enfermería, también

⁶ Leninger define al cuidado como "aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana" Dorothea Orem (1972). Define el cuidado como "una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas". Desde la perspectiva del autocuidado lo explica como "una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". 45

facilitan la investigación clínica y docencia de enfermería, finalmente y no menos importante se menciona que conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios tanto, materiales como personales, adecuándolos a las necesidades generadas en cada momento, además que tienen una finalidad jurídico-legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del personal sanitario con respecto a su conducta y cuidados al paciente.

Finalmente para concluir este apartado relacionado con los aspectos Ético-Legales, se cita a Benavent Garcés, Leal Cercós integrantes de la Mesa de los aspectos Ético-Legales de los Registro de Enfermería (1998), quienes señalan que:

La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimasen la actuación del profesional sanitario. Todas éstas normas para mejorar la calidad de información tiene como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y el uso de la información del paciente.

5. EL EQUIPO DE SALUD Y SU COMPORTAMIENTO EN LA UTILIZACIÓN DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA

Siendo la práctica de enfermería mayormente con vínculos interdisciplinarios es imperativo conocer la utilización de los registros clínicos de enfermería entre los profesionales con los que se interactúa.

Zurro. M, (1989), citado en, Rojas, N. (2011), pg. ¶. señala que:

El término francés *equipe*, es de donde procede el concepto castellano de equipo. Un origen etimológico aquel que, en cuanto a significado no ha sido mantenido por el actual, pues en la Edad Media curiosamente dicho término se empleaba para definir al proceso de embarcar o de dotar a una nave de todo lo que se necesitara para emprender un viaje, ahora un equipo es un grupo de seres humanos que se reúnen y trabajan en conjunto para alcanzar una meta en común. Para esto, el equipo mantiene una cierta organización que le permita conseguir sus objetivos.

Pritchard. K, (1967), citado en, Rojas, N. (2011), define al equipo como “un grupo de gente que realiza distintas tareas de aportaciones hacia el logro de un objetivo común”.

Davis. K, y Newstrom. J (1991), citado en, Rojas, N. (2011), definen el equipo operativo como “un grupo pequeño cuyos miembros colaboran entre sí y están en contacto y comprometidos en una acción coordinada, respondiendo responsables y entusiásticamente a la tarea”.

Para Polliack. A, (1939), citado en, Rojas, N. (2011), un equipo puede ser considerado como “un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y habilidades coordinar sus actividades, y en el cual cada uno contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito común”.

Un equipo de trabajo es una entidad organizada y orientada hacia el logro de una tarea común, constituida por un número de personas que adoptan papeles y funciones, de acuerdo con la disponibilidad de recursos y habilidades para conducir el proceso psico-social del grupo dentro de un ambiente de respeto y confianza.

El equipo de salud es definido por la OMS, (1973), como: “Una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible”.

De la Revilla (1992), basándose en la definición de equipo de Pritchard, define el equipo de salud como un “grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una elevación de la salud de la comunidad sobre la que actúan”

El manejo del paciente en cuanto a la diversidad e interacción de distintos aspectos clínicos, físicos, funcionales, psicológicos y sociales requiere de una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional. La participación de los diferentes profesionales médicos, de enfermería, terapeuta, nutricionistas, trabajadores sociales, entre otros, en el abordaje de los diferentes aspectos de la asistencia al paciente, ha fomentado el desarrollo progresivo de la metodología del trabajo en equipo. Esta forma de trabajar permite un abordaje completo dirigido a ofrecer una atención de calidad en la que todos los profesionales trabajan para conseguir un objetivo común para el paciente (Gutierrez. C, Jimenez. C, Corregidor, A. 2000, pág 11).

Gutierrez. C, et al. (2000), señalan las siguientes ventajas del trabajo en equipo en salud:

- Acceso a un mayor número de servicios y profesionales.
- Mayor eficiencia por mayor integración y coordinación de servicios para el paciente.
- Mayor comunicación y soporte entre profesionales.
- Mayor número de oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades de máxima calidad.

El equipo de salud está constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependiente e interactúan entre ellos. Pueden valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados. (Gutierrez. C, et al. 2000, pág 11).

5.1. Composición del Equipo de Salud y sus Funciones

La composición del equipo debe adaptarse a las funciones que éste cumple y su estructura dependerá de sus objetivos específicos y de las posibilidades y características del centro y del nivel asistencial en el que se trabaje. Generalmente suele existir lo que se denomina núcleo mínimo del equipo, que suele estar formado por el médico, el personal de enfermería (enfermera y auxiliar) y el trabajador social. Otros colaboradores habituales suelen ser el terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta, aunque también pueden participar otros profesionales, y también los equipos completos que están formados por médicos, enfermeras, terapeutas físicos, trabajadores sociales, técnicos en radiología y laboratorio, entre otros. El funcionamiento del equipo exige de la participación y la responsabilidad compartida de sus miembros; sin embargo, ningún equipo puede ser operativo sin un coordinador. En muchos casos, el médico es el que asume este papel, aunque no siempre es así y algunos equipos delegan esta función a la enfermera. (Gutierrez. C, et al. 2000, pág 11).

A continuación, se menciona las funciones de los miembros del equipo de salud que con mayor frecuencia interactúan en función de los procesos asistenciales:

i. Función del Médico

- Realizar la valoración del estado clínico, funcional, mental y social básico (incluyendo aproximación diagnóstica y estimación pronóstica) del paciente.
- Realizar un correcto manejo terapéutico.
- Procedimientos terapéuticos. (Gutierrez. C, et al. 2000, pág 11).

ii. Función de la Enfermera

La Asociación Americana de Enfermería, dice que:

La enfermera es responsable de la recogida de datos y la valoración del estado de salud de los clientes, de establecer un plan de cuidados de acuerdo a los objetivos y consecuentemente, de reevaluar y revisar el plan de cuidados de enfermería.

Además el Consejo internacional de Enfermería (2010), menciona que:

La enfermera abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación, entre otras las siguientes:

- Responsabilizarse de la completa planificación y ejecución del plan de cuidados.
- Cuidado directo
- Prevención de complicaciones
- Educación al paciente y su familia

iii. **Función del Terapeuta Físico**

En la 14ª reunión general de la Confederación Mundial de Terapia Física (W.C.P.T.), celebrada en Yokohama en Mayo de (1999) se define lo siguiente:

Fisioterapeuta es aquel profesional de salud que proporciona servicios a las personas con el fin de desarrollar, mantener y restaurar el máximo movimiento y la habilidad funcional a lo largo de todo el ciclo de la vida. Además brinda la provisión de servicios en circunstancias donde el movimiento y la función son amenazados por el proceso de envejecimiento, por lesión o por enfermedad. El fisioterapeuta se preocupa por identificar y maximizar el potencial de movimiento dentro de las esferas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, todo esto implica la interacción entre el fisioterapeuta, pacientes, familias y cuidadores, en un proceso de evaluar el movimiento potencial y estableciendo las metas y objetivos usando conocimientos y habilidades únicas de los fisioterapeutas.

Además se menciona algunas de sus funciones, et al:

- Puesta en marcha del plan terapéutico rehabilitador establecido.
- Valora y trabaja la movilidad, fuerza, tono de extremidades, rango de movimiento articular, equilibrio, coordinación, posibles apraxias, agnosias.
- Terapia respiratoria y de lenguaje

iv. **Función de la Nutricionista**

Según la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN) (2003):

“Un nutricionista es un profesional de la salud, con titulación universitaria, reconocido como un experto en alimentación, nutrición y dietética, con capacidad para intervenir en la alimentación de una persona o grupo, desde los siguientes ámbitos de actuación: la nutrición en la salud y en la enfermedad, el consejo dietético, la investigación y la docencia, la salud pública desde los organismos gubernamentales, las empresas del sector de la alimentación, la restauración colectiva y social”.

Además por otro lado según la European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD) (2010):

“Un nutricionista es una persona cualificada y legalmente reconocida para poder aconsejar una buena alimentación, tanto para grupos de personas o de individuos en buen estado de salud, como de los que necesitan un régimen terapéutico”.

Según la Conferencia de Consenso del perfil Profesional del Diplomado en Nutrición Humana y Dietética (Febrero de 2003), las funciones de los nutricionistas son los siguientes:

- Nutrición Clínica que interviene sobre la alimentación de la persona o grupo de personas sanas o enfermas (en este caso después del diagnóstico médico), teniendo en cuenta las necesidades fisiológicas (o patológicas si es el caso), preferencias personales, socioeconómicas, religiosas y culturales.
- Nutrición Comunitaria o de Salud Pública que se involucra con la prevención y promoción de la salud. Actúa sobre la población en general, desde entidades diversas, desarrollando y participando en programas de políticas alimentarias, de prevención y salud en general, y de educación alimentaria, dentro del marco de la salud pública y la nutrición comunitaria.
- Nutrición en la industria que se trata de la innovación de nuevos productos y en el marketing social relacionado con la alimentación.
- Docente que actúa como formador en centros públicos y privados en los que se imparten conocimientos sobre alimentación, nutrición y salud.
- Investigación en donde está capacitado para integrarse en un equipo multidisciplinar de investigación y desarrollo. Potencia la investigación en el área de la alimentación, la nutrición y la salud.

Finalmente, al hablar del uso de los registros de enfermería por el equipo de salud se está tomando en cuenta que esto es una forma en que los profesionales de Enfermería y otros profesionales de salud se comunican. Es importante contar con la utilización un registro de enfermería para que el proceso de comunicación entre todo el equipo de salud sea efectivo y por ende el cuidado continuo. (C. Hullin 2008). Pág (¶).

En la primera jornada de Enfermería el 19 de Mayo (2010), en Buenos Aires, Argentina, con el tema: La Comunicación como Estrategia del Cuidado se mencionó que:

Al utilizar los registros de enfermería se posibilita el intercambio de información, sobre cuidados, mejorando la calidad de atención prestada y permitiendo diferenciar, la actuación propia de la del resto del equipo de salud, además que los registros de enfermería son la base del desarrollo profesional, y una herramienta imprescindible para la comunicación dentro del equipo de salud, por tanto necesaria para conseguir el mayor nivel de calidad, en la atención al paciente tomando en cuenta que se evidencia que nuestra acción cuidadora la desarrollamos dentro de la autonomía profesional.

En Chile existen iniciativas de utilización de registros que se enmarcan en el uso interdisciplinario y además que existen muchos casos en los que el uso de registros de enfermería muestran los beneficios para la seguridad del paciente, ya que evitan que el profesional tome decisiones clínicas ligeras e individualistas.

Sin duda sea cual fuere el caso, las necesidades ya no pueden ser satisfechas por un profesional que trabaje aisladamente, sino que se requiere que de la formación de los registros clínicos de enfermería se utilicen por el equipo de salud, cada uno de sus miembros proporcionan, una perspectiva diferente de conocimientos, actitudes y habilidades, demostrando su autonomía como profesionales y la razón de ser de cada profesional, en pro de la atención sanitaria de calidad.

HIPÓTESIS

De los registros de enfermería a más de la hoja de signos vitales, el registro más utilizado por los profesionales de la salud es el informe de enfermería ya que este está integrado en las notas de evolución médica de la Historia Clínica de los pacientes del Hospital Pablo Arturo Suárez.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicador	Escala	Fuente	Técnica	Instrumento
Registros de Enfermería		Informe de Enfermería	El informe de enfermería es un documento y se lo utiliza porque describe cronológicamente la situación, evolución, intervenciones, y necesidades del paciente.	Utilización del Informe de Enfermería	Nominal: SI NO	Primaria	Encuesta	Cuestionario

<p>Según la NOM 168, Federación de la norma oficial mexicana (1998), los registros de enfermería, son un documento médico-legal y además son el 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.</p>	<p>Hoja de Signos Vitales</p>	<p>Documento destinado a registrar de forma gráfica las constantes vitales del paciente pulso, temperatura, presión arterial. En el que debe constar: Fecha y hora, día de estancia, día post-operatorio, cuando proceda. Además, se registrarán los controles de peso, talla, dieta, etc. , que son necesarios de acuerdo a la evolución del paciente y/o protocolo de Unidad.</p>	<p>Utilización de la Hoja de Signos Vitales</p>	<p>Nominal: SI NO</p>	<p>Primaria</p>	<p>Encuesta</p>	<p>Cuestionario</p>
---	-------------------------------	---	---	-------------------------------	-----------------	-----------------	---------------------

	Kardex	El Kardex es un registro de enfermería en donde se anota la administración de la medicación del paciente.	Utilización de Kardex	Nominal: SI NO	Primaria	Encuesta	Cuestionario
	Informe de Ingesta y Eliminación	Se lo utiliza porque lleva el control exacto de los líquidos ingeridos y eliminados del paciente por las diferentes vías, (oral, parenteral, líquidos excretados), y así establecer el balance en un periodo determinado de tiempo de 24 horas.	Utilización del Informe de Ingesta y Eliminación	Nominal: SI NO	Primaria	Encuesta	Cuestionario

Equipo de Salud	Según Polliack (1983), el equipo de salud puede ser considerado como un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y habilidades coordinar sus actividades, y en el cual cada uno contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito común.	Enfermera	La enfermera es responsable de la recogida de datos y la valoración del estado de salud de los clientes, de establecer un plan de cuidados de acuerdo a los objetivos y consecuentemente, de reevaluar y revisar el plan de cuidados de enfermería.	Utilización de los registros de enfermería por la enfermera	Nominal: SI NO	Primaria	Encuesta	Cuestionario
		Médico Tratante	Profesional de medicina que maneja una especialización	Utilización de los registros de enfermería por el médico tratante	Nominal: SI NO	Primaria	Encuesta	Cuestionario

	Médico Residente	Medico que cursa su residencia de especialidad	Utilización de los registros de enfermería por el médico residente	Nominal: SI NO	Primaria	Encuesta	Cuestionario
	Terapista Físico	Rehabilitador funcional que ayuda al paciente a mejorar o mantener sus capacidades funcionales	Utilización de los registros de enfermería por el terapeuta físico	Nominal: SI NO	Primaria	Encuesta	Cuestionario

		Nutricionista	Profesional de la salud, reconocido como un experto en alimentación, nutrición y dietética, con capacidad para intervenir en la alimentación de una persona o grupo.	Utilización de los registros de enfermería por el terapeuta físico	Nominal: SI NO	Primaria	Encuesta	Cuestionario
Edad	X	X	X	X	Nominal	Primaria	Encuesta	Cuestionario
Sexo	X	X	X	X	Nominal	Primaria	Encuesta	Cuestionario
Años de Practica	X	X	X	X	Nominal	Primaria	Encuesta	Cuestionario

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

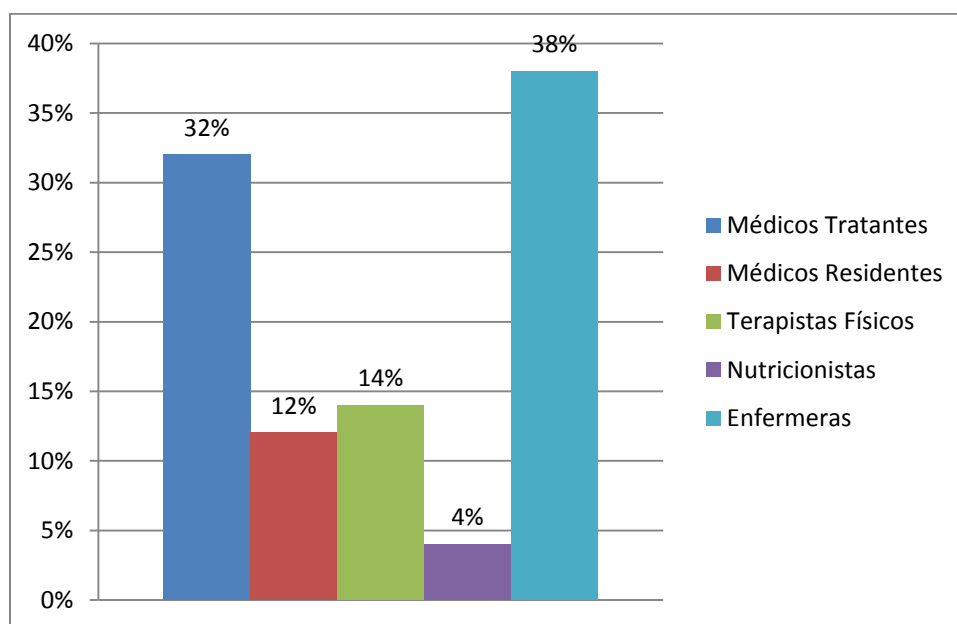
Posterior a la recolección de datos se presenta los resultados y análisis de los mismos, obtenidos en el instrumento de investigación, aplicado a 50 profesionales del equipo de salud del servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito, de los cuales 19 son enfermeras, 16 son médicos tratantes, 6 son médicos residentes, 2 nutricionistas, 7 terapeutas físicos; a objeto de describir la utilización de los registros clínicos de enfermería por parte de los profesionales.

La población participante en el estudio respondió en su totalidad a la encuesta; de los 50 profesionales, equivalente al 100%, del equipo de salud del servicio de medicina interna, del Hospital Pablo Arturo Suarez; se hará la presentación de los gráficos considerando el porcentaje de participación de los profesionales frente a la población estudiada.

3.1. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA POR EL EQUIPO DE SALUD EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ

3.1.1. Análisis de datos generales de los médicos tratantes, residentes, terapistas, nutricionistas y enfermeras del Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito.

GRÁFICO 1: Distribución porcentual de profesionales de la población de estudio.



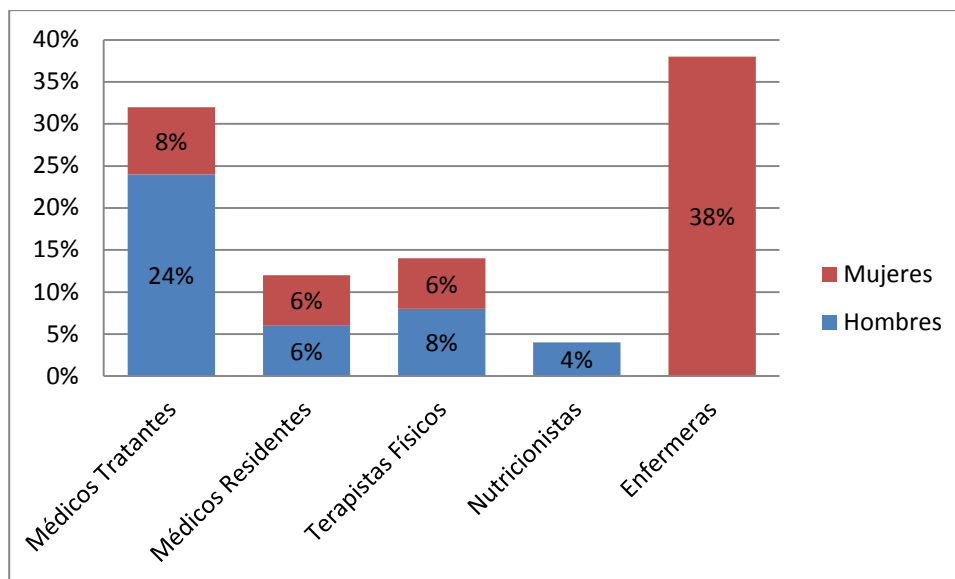
Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suárez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

De los 50 (100%) profesionales encuestados, 16 (32%) son médicos tratantes, 6 (12%) son médicos residentes, 7 (14%) son terapistas físicos, 2 (4%) son nutricionistas y 19 (38%) son enfermeras. El grupo más numeroso, es el grupo médico. Según la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud del Consejo Nacional de Salud en el Observatorio de Recursos Humanos en Salud en el Ecuador (2006)⁷⁶, se menciona el número de profesionales por carrera contemplados desde el año 1981 hasta el 2006, en donde se presenta que son los médicos los que tienen el mayor número de profesionales con 20.020 profesionales (29,7%), seguido en 4^{to} lugar por las enfermeras con 6.767 profesionales (10%), y 12^{vo} lugar se encuentran a los terapistas y nutricionistas como

otros profesionales con 667 profesionales (1 %), hallazgos que concuerdan con los presentados en el gráfico perteneciente al recurso humano del Hospital Pablo Arturo Suárez del Servicio de Medicina Interna. En cuanto a hallazgos internacionales, según el Informe Estadístico de los Profesionales de la Salud (2010)⁷⁷ del Departamento de Salud de Puerto Rico, se puede mencionar que hay una diferencia con nuestro país ya que el grupo de profesionales más numeroso es el de enfermería con 32.271 profesionales (42.1%), seguido por los nutricionistas y terapeutas como otros profesionales con 17,108 profesionales (22.3%) y finalmente se presenta a los médicos con 11.729 profesionales (15.3%). Se puede decir que en otros países el profesional que sobresale es el personal profesional de enfermería.

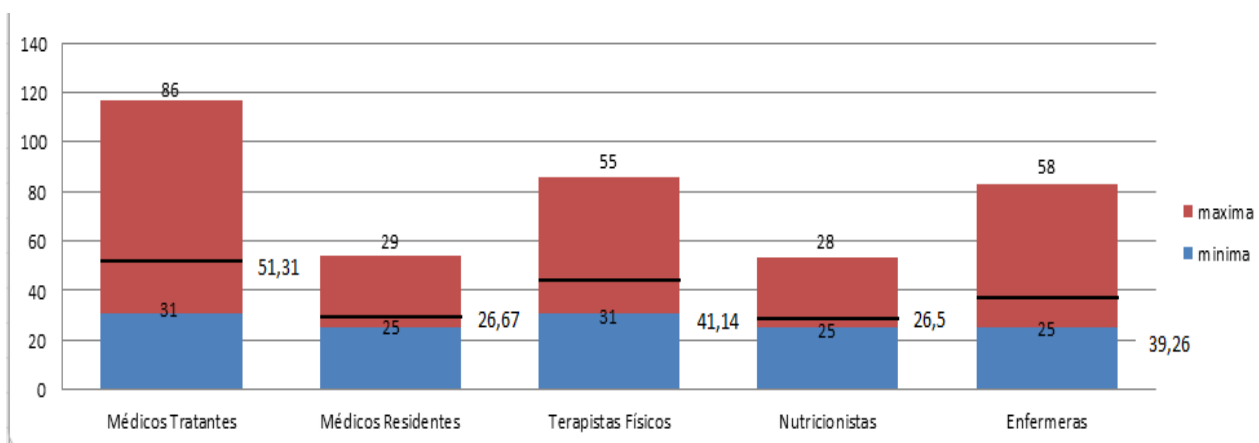
GRÁFICO 2: Distribución porcentual de la población de estudio según sexo.



Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.
Elaborado por: Autora

Del total de la población de estudio 50 (100%), 21 (42%) son hombres, de los cuales, 12 (24%) son médicos tratantes, 3 (6%) son médicos residentes, 4 (8%) son terapeutas físicos y 2 (4%) son nutricionistas y 29 (58%) son del sexo femenino, de las cuales 4 (8%) son médicas tratantes, 3 (6%) son médicas residentes, 3 (6%) son terapeutas físicas, y 19 (38%) son enfermeras. Existe predominio del sexo femenino en la población de estudio, por la presencia de las 19 enfermeras del servicio y 8 mujeres de las otras profesiones. Además es importante mencionar que el sexo masculino predomina en médicos, terapeutas físicos y en nutrición ya que los dos nutricionistas participantes en el estudio son hombres. Según la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud del Consejo Nacional de Salud en el Observatorio de Recursos Humanos en Salud en el Ecuador (2006)⁷⁶, se menciona que en el año 2006 se incorporaron 588 médicos en el sector público, de ellos 336 profesionales, son hombres y 249 son mujeres, en el caso de enfermería se incorporaron 319 enfermeros/as, de los cuales 11 son hombres y 308 son mujeres. Para el caso de nutricionistas y terapeutas se los denominó como otros profesionales de los cuales se incorporaron 188 profesionales de estos 87 son hombres y 101 mujeres. Se puede decir que el sexo que predominó hace 7 años fue el femenino con 658 mujeres y 434 hombres.

GRÁFICO 3: Promedio de edad de los profesionales.

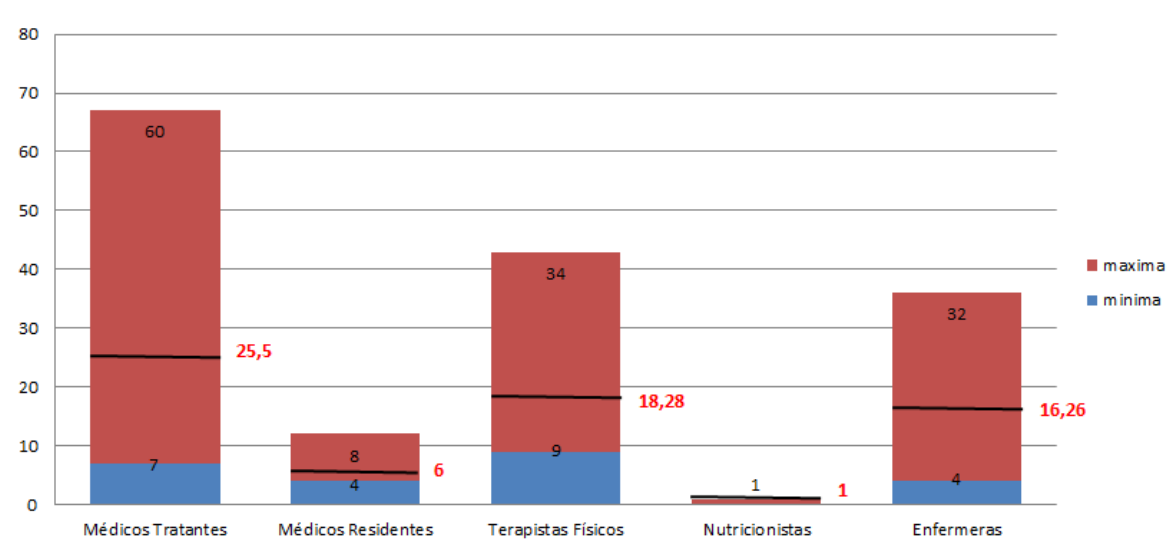


Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

El promedio de edad de los profesionales del equipo de salud es de 41,36 años; a nivel de los médicos tratantes el promedio de edad es de 51 años y el rango de edad es oscila entre 31 a 86 años. A nivel de residentes el promedio de edad es 27 años y el rango va desde 25 a 29 años. En el caso de los terapistas el promedio de edad es de 41 años y el rango de edad va desde los 31 a 55 años. A nivel de nutricionistas el promedio de edad es de 27 años y el rango de edad va de 25 a 28 años de edad. A nivel de las enfermeras el promedio de edad es de 39 años y el rango de edad de este grupo profesional va de 25 a 58 años. El grupo profesional con el promedio más alto de edad es el de médicos tratantes, además que presenta un rango alto de 86 años, que llama la atención ya que genera el cuestionamiento sobre el límite de edad para la práctica al que le sigue el grupo de profesionales de nutrición. Según el Informe Estadístico de los Profesionales de la Salud (2010)⁷⁷ del Departamento de Salud de Puerto Rico, se menciona que el promedio de edad en médicos es de 40 años de edad, en enfermeras el promedio de edad es de 33 años, en terapistas el promedio de edad es de 26 años, mientras q los nutricionistas tienen un promedio de edad de 31 años de edad, datos que no concuerdan con los datos obtenidos en este grafico donde el promedio de edad más alto es de 86 años en ecuador y en puerto rico es de 40 años.

GRÁFICO 4: Promedio de años de práctica de los profesionales entre 1 y 60 años.



Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

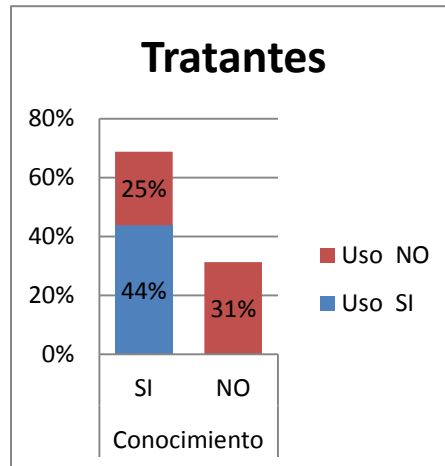
Elaborado por: Autora

Frente a un rango de 1 a 60 años de experiencia profesional de los encuestados, el promedio marca 18 años de práctica profesional. A nivel de los médicos tratantes el promedio de años de práctica es de 25,5 años y con un rango que oscila entre 7 a 60 años de práctica profesional. En el caso de los médicos residentes, el promedio de años de práctica es 6 y el rango de experiencia varía de 4 a 8 años. Seguidamente va el grupo de terapistas físicos con un promedio de 18,28 años de práctica y un rango de 9 a 34 años, en el caso de los nutricionistas es el grupo más joven de experiencia profesional con menos de 2 años de experiencia profesional. A nivel de grupo poblacional de enfermería el promedio es de 16,26 años de experiencia profesional, con un rango de 4 a 32 años. En los médicos existe la presencia de varias generaciones y por consiguiente el obtener respuestas que reflejan conceptos y percepciones en más de dos generaciones de médicos. El hallazgo de médicos con 60 años de práctica coloca en la agenda: cuestionamiento sobre las prácticas seguras, varios países limitan la práctica hasta los 65 años.

3.1.2. Análisis del Uso de los Registros Clínicos de Enfermería según Profesionales del equipo de salud (exceptuando enfermería): Médicos Tratantes, Residentes, Terapistas Físicos y Nutricionistas

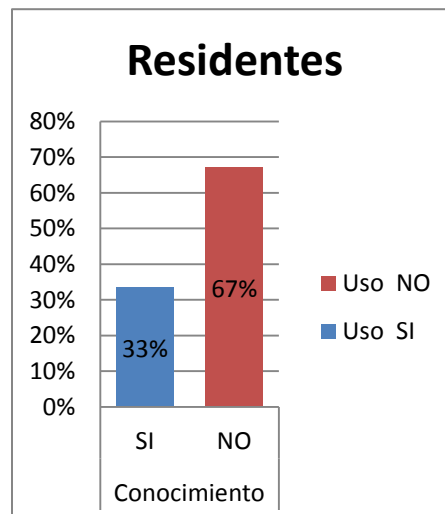
De la población de estudio 50, excluyendo el grupo de enfermeras 19, son 31 profesionales de la salud, que participaron en la contestación de las preguntas dirigidas a obtener opiniones de dichos profesionales sobre el conocimiento y uso de los registros clínicos de enfermería, en los gráficos presentados a continuación. El análisis de los gráficos se los condensa en el gráfico número 9.

Gráfico 5: Relación del Conocimiento vs. Uso de los registros clínicos de enfermería, por parte de los médicos tratantes



Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.
Elaborado por: Autora

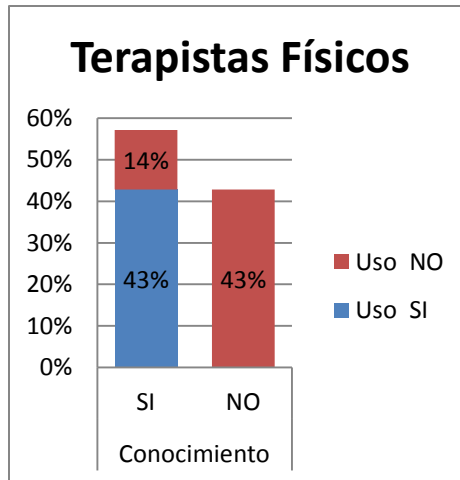
Gráfico 6: Relación del Conocimiento vs. Uso de los registros clínicos de enfermería, por parte de los médicos residentes



Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

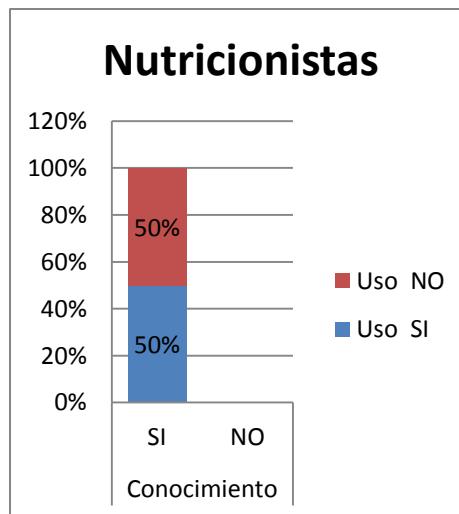
Gráfico 7: Relación del Conocimiento vs. Uso de los registros clínicos de enfermería, por parte de los terapeutas físicos.



Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

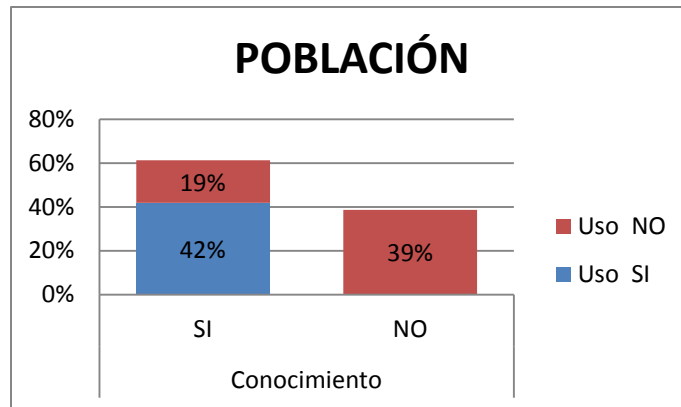
Gráfico 8: Relación del Conocimiento vs. Uso de los registros clínicos de enfermería, por parte de los nutricionistas.



Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

Gráfico 9: Relación del Conocimiento vs. Uso de los registros clínicos de enfermería de los profesionales del equipo de salud en consolidado

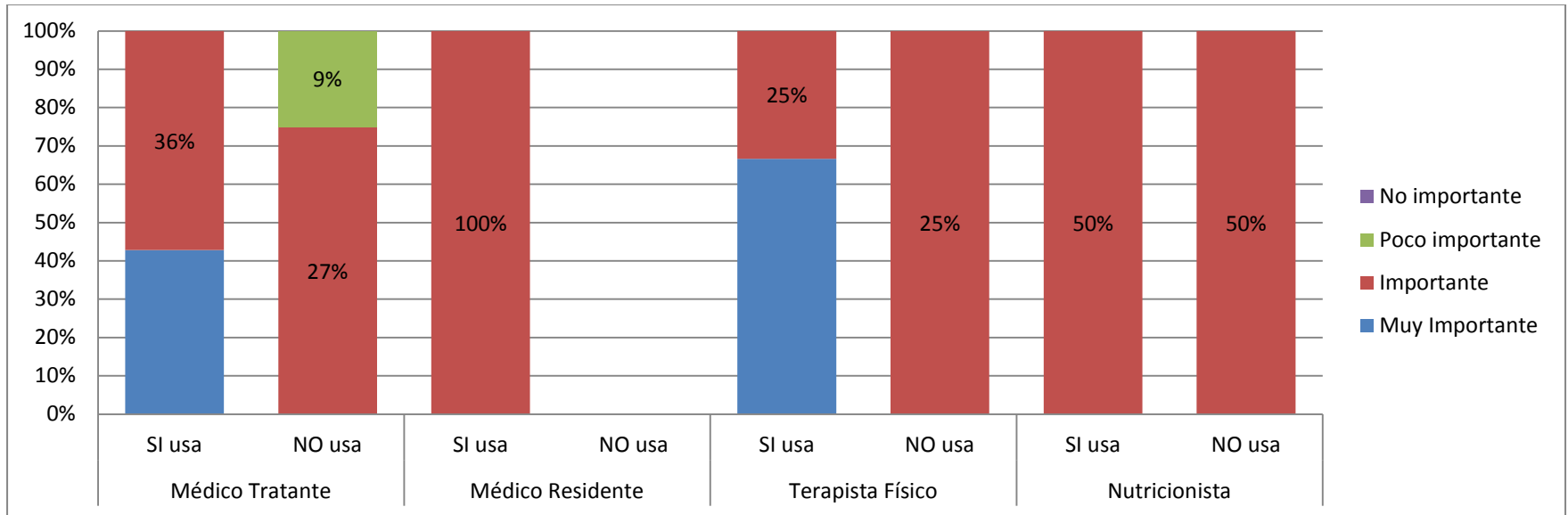


Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.
Elaborado por: Autora

De los 31(100%) profesionales encuestados, 19 (61%) conocen los registros de enfermería de ellos 13 (42%) conocen y usan los registros de enfermería, y 6 (19%) conocen pero no los usan, los 12 (39%) profesionales restantes no conocen ni usan dichos registros. De los 16 (100%) médicos tratantes, 7 (44%) conocen y usan los registros de enfermería, 4 (25%) conocen pero no los usan y 5 (31%) no conocen y no usan dichos registros. En el caso de los 6 (100%) médicos residentes 2 (33%) conocen y usan los registros de enfermería y 4 (67%) no los conocen ni los usan. En el caso de los 7 (100%) terapeutas físicos 3 (43%) conocen y usan los registros de enfermería, 1 (14%) conoce pero no los usa y 3 (43%) no conoce ni usa dichos registros. En el caso de los 2 (100%) nutricionistas, 1 (50%) conoce y usa los registros y 1 (50%) si conoce pero no usa dichos registros. De toda la población de estudio 31, solamente 19 conocen los registros de enfermería de estos 13 profesionales usan los registros de enfermería y 6 no los utilizan. Además 12 no conocen los registros de enfermería en tal virtud tampoco los utilizan. Entonces de los 31 profesionales 18 no los utilizan y 13 los utilizan. Además el grupo de médicos residentes es el que menos conoce y usa dichos registros ya que en un 4 de 6 residentes tienen desconocimiento de la existencia de los registros de enfermería y de los 6 residentes solo 2 los utilizan, además el grupo de profesionales que más utiliza los registros de enfermería es el de nutricionistas, seguido de los tratantes.

GRÁFICO 10: Análisis de la percepción de la importancia y utilización de la documentación de enfermería en los procesos asistenciales de los pacientes según médicos tratantes, residentes, terapeutas y nutricionistas.

La investigadora creyò necesario conocer la opinion de los 19 profesionales de la salud que conocen y usan o no los registros de enfermería, sobre el nivel de importancia que dan a la documentaciòn de enfermeria y su aporte en los procesos asistenciales de los pacientes.



Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

En el caso de médicos tratantes son 11 los que conocen los registros de enfermería y de ellos 7 profesionales son los que utilizan dicha documentación, de los cuales 3 (27%) refieren a los registros como “muy importantes” y 4 (36%) como “importantes”, y de los 4 profesionales que no usan dicha documentación, 3 (27%) refieren a los registros de enfermería como “importantes” y 1 (9%) como “poco importantes”. En el caso de los médicos residentes son 2 los que conocen y usan los registros de enfermería, y refieren a los registros como “muy importantes”, los 4 residentes restantes no se los incluyó en el gráfico ya que son que no usan los registros de enfermería porque no los conocen. En el caso de terapeutas físicos son 4 los que conocen los registros de enfermería y de ellos 3 profesionales son los que utilizan dicha documentación, de los cuales 2 (50%) refieren a los registros como “muy importantes” y 1 (25%) como “importantes”, y de 1 terapeuta que no usa dicha documentación, refiere a los registros de enfermería como “importantes”. En el caso de los nutricionistas son 2 los que conocen los registros de enfermería y de ellos 1 nutricionista es el que utiliza dicha documentación, el mismo que refiere a los registros de enfermería como “muy importantes” y el 1 nutricionista que no usa dicha documentación refiere a los registros de enfermería como “importantes”. De los 19 profesionales, 18 refieren que registros de enfermería les son “importantes”, de ellos 13 usan los registros y 5 no los usan, lo que llama la atención ya que si para ellos es importante dicha documentación el no uso de la misma podría estar relacionada con la información que arroja el tabla N° 6, en el que se analiza la percepción que tienen de ellos de acuerdo a su contenido, ortografía, gramática, objetividad y precisión de datos y hechos, legibilidad, claridad, oportuno, en donde dicha percepción no es positiva, entonces se podría decir que estos profesionales pueden no utilizar los registros de enfermería por la percepción negativa que tienen de ellos en cuanto a las características ya mencionadas. En la escala de no importancia, a penas 1 de los 19 profesionales refiere los registros son poco importantes.

TABLA 3: Uso de los registros clínicos de enfermería relacionado con los años de experiencia profesional de los médicos tratantes y médicos residentes, terapistas y nutricionistas.

De la población de estudio, excluyendo el grupo de enfermeras, son 31 profesionales de la salud, y se considera a los 13 profesionales que si usan los registros de enfermería, de los cuales se presenta los siguientes gráficos y tabla:

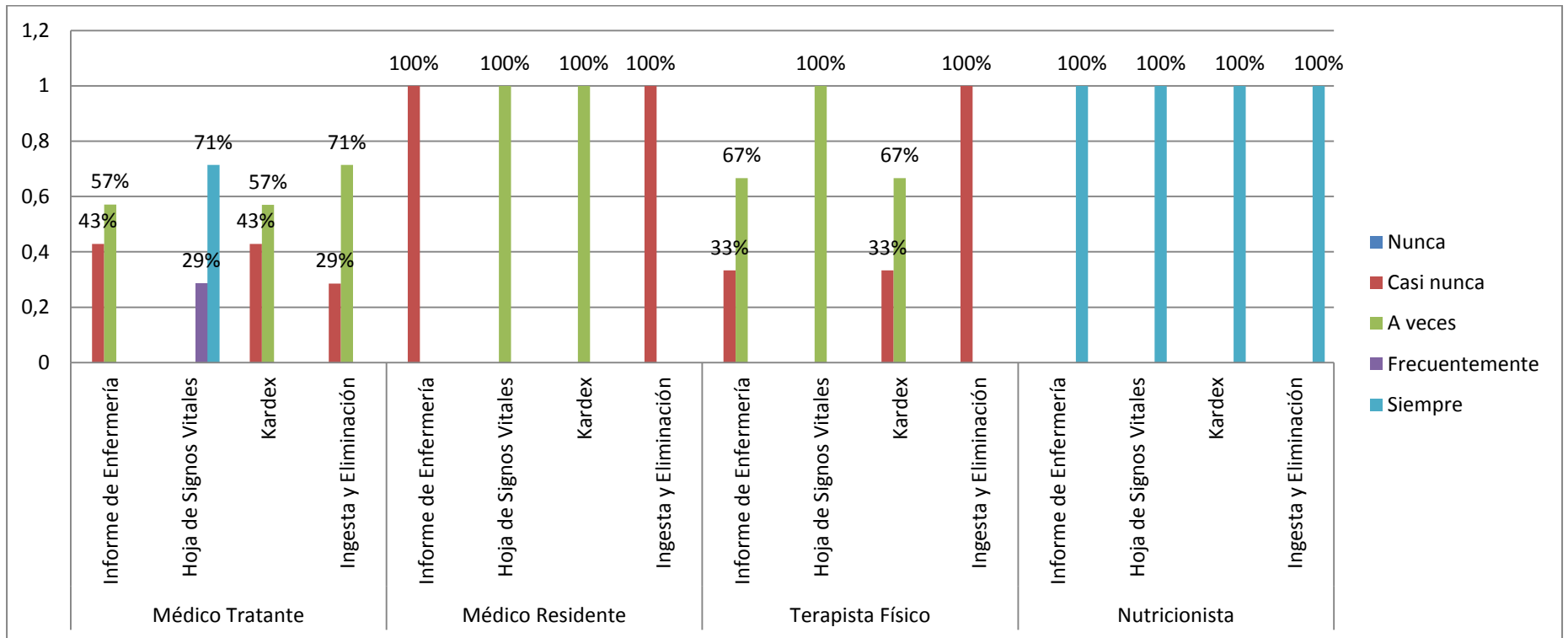
		Años de Práctica						
		1 a 10 años	11 a 20 años	21 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	
USO	Médicos Tratantes	0	4	1	0	1	1	7
	Médicos Residentes	2	0	0	0	0	0	2
	Terapistas Físicos	1	2	0	0	0	0	3
	Nutricionistas	1	0	0	0	0	0	1
	TOTAL	4	6	1	0	1	1	13

Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

De los 13 (100%) profesionales que si usan los registros de enfermería, 7 son médicos tratantes, de los cuales, 4 manifiestan utilizar los registros de enfermería los mismos que tienen de 11 a 20 años de experiencia profesional, de igual forma solamente 1 profesional de 21 a 30 años de experiencia manifiesta el uso del registro, al igual que solo 1 profesional manifiesta el uso y tiene de 41 a 50 años de experiencia finalmente 1 profesional de 51 a 60 años también manifiesta el uso de los registros. En el caso de los 2 médicos residentes que usan los registros de enfermería ambos tienen años de práctica en el rango de 1 a 10 años. En el caso de los 3 terapistas físicos, que si usan los registros de enfermería, 1 tiene de 1 a 10 años de experiencia profesional y 2 de 11 a 20 años. En el caso de 1 nutricionista que utiliza los registros de enfermería sus años de practica estan entre 1 y 10 años de experiencia profesional. Como puede observarse en la tabla, no existe una tendencia importante de profesionales de la salud a usar más los registros clínicos de enfermería cuanto más años de experiencia profesional tengan.

GRAFICO 11: Presentación del uso de los registros clínicos de enfermería por tipo de registro según médicos tratantes, residentes, terapeutas y nutricionistas



Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

De los 13 profesionales que si usan los registros de enfermería, 7 son médicos tratantes, y el registro de enfermería más utilizado por dichos profesionales es la hoja de signos vitales, ya que 5 (71%) profesionales, “siempre” la utilizan. En el caso de los 2 médicos residentes, el registro que más utilizan es el kardex y la hoja de signos vitales, ya que los 2 (100%) profesionales “a veces” los usan, en comparación con los demás registros que “casi nunca” los utilizan. En el caso de los 3 terapistas físicos que usan los registros, el registro más utilizado por ellos es la hoja de signos vitales, ya que 3 (100%) refieren “a veces” utilizar dicho registro. Finalmente para el caso del 1 nutricionista que utiliza los registros de enfermería, el documento más utilizado por dicho profesional es la hoja de ingesta y eliminación ya que refiere “siempre utilizarla”. El registro más utilizado es la hoja de signos vitales, por la mayoría de grupos encuestados, y la hoja de ingesta y eliminación usada uno de los dos nutricionistas

Tabla 4: Presentación del apoyo que los registros clínicos de enfermería brindan al médico tratante y residente, terapeuta físico y nutricionista, en sus actividades del proceso de atención.

	Médico Tratante									Médico Residente									Terapeuta Físico									Nutricionista									
	Proceso diagnóstico/Valoración	Plan Terapéutico	Medidas de mejora del cuidado: Confort, higiene, movilidad, etc	Medidas que mejoran la seguridad del paciente: riesgo de contraer infecciones, comorbilidad, etc	Plan de egreso	Información y Educación al paciente	Información y Educación para la familia	Toma de medidas para el cuidado paliativo	Acompañamiento parcial en el proceso de morir	Proceso diagnóstico/Valoración	Plan Terapéutico	Medidas de mejora del cuidado: Confort, higiene, movilidad, etc	Medidas que mejoran la seguridad del paciente: riesgo de contraer infecciones,	Plan de egreso	Información y Educación al paciente	Información y Educación para la familia	Toma de medidas para el cuidado paliativo	Acompañamiento parcial en el proceso de morir	Proceso diagnóstico/Valoración	Plan Terapéutico	Medidas de mejora del cuidado: Confort, higiene, movilidad, etc	Medidas que mejoran la seguridad del paciente: riesgo de contraer infecciones,	Plan de egreso	Información y Educación al paciente	Información y Educación para la familia	Toma de medidas para el cuidado paliativo	Acompañamiento parcial en el proceso de morir	Proceso diagnóstico/Valoración	Plan Terapéutico	Medidas de mejora del cuidado: Confort, higiene, movilidad, etc	Medidas que mejoran la seguridad del paciente: riesgo de contraer infecciones,	Plan de egreso	Información y Educación al paciente	Información y Educación para la familia	Toma de medidas para el cuidado paliativo	Acompañamiento parcial en el proceso de morir	
SI apoya	57%	57%	57%	71%	71%	100%	100%	14%	100%	50%				100%	100%	100%			67%	33%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
NO apoya	43%	43%	43%	29%	29%			86%		50%	100%	100%	100%				100%	100%	33%	67%																100%	100%

Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

De la población de estudio 13 que usan los registros clínicos de enfermería, entre tratantes, residentes, terapeutas y nutricionistas, se encuentra que los 7 (100%) médicos tratantes que usan los registros, refieren que los registros de enfermería les son de apoyo totalmente en información y educación al paciente y a la familia así como también en el acompañamiento parcial en el proceso de morir. En el caso de los 2 (100%) médicos residentes que usan los registros, indican que dichos registros le son de apoyo en su totalidad en información y educación al paciente y a la familia y en plan de egreso. Para los 3 (100%) terapeutas físicos que si usan los registros refieren igualmente en su totalidad que los registros les son utiles en medidas que mejoran el cuidado, medidas que mejoran la seguridad, información y educación al paciente y a la familia y en plan de egreso. Y finalmente para el 1 nutricionista que usa dichos registros refiere que estos le son útiles en proceso diagnóstico, plan terapéutico, medidas que mejoran el cuidado, medidas que mejoran la seguridad, información y educación al paciente y a la familia y en plan de egreso. Las actividades del proceso de atención en las que los registros de enfermería brindan más apoyo según percepción de los profesionales son, en la información y educación al paciente y a la familia en donde 13 profesionales refieren positivamente, la actividad que le sigue a estas dos es en el plan de egreso en donde 7 profesionales lo refieren como causa principal de su uso.

RAZONES POR LAS CUALES SE UTILIZAN O NO LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA

De la población de estudio, excluyendo el grupo de enfermeras, son 31 profesionales de la salud, a estos profesionales se les resta los 12 profesionales que no conocen los registros de enfermería, entonces la siguiente tablas se las analiza con los **19** profesionales que si conocen y usan o no los dichos registros:

TABLA 5 A: Razones por las cuales el médico tratante, médico residente, terapistas físicos y nutricionista utilizan los registros clínicos de enfermería.

Conocen y usan	Porque la información de estos registros es importante para el cuidado de los pacientes	Porque tiene información relevante del cuidado que no la conoce	No es suficiente con la información de sus reportes:	Porque tiene el hábito de utilizarlos	Porque cree en el trabajo en equipo	Por cumplir con la norma/rutina		Porque los considera una herramienta de trabajo	Porque tiene tiempo para hacerlo	Porque están llenados correctamente
						Institucional	Servicio			
Médico Tratante	3	2	3	5	7	0	0	5	4	0
Médico Residente	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0
Terapistas	2	1	2	3	3	2	0	2	2	0

Físico										
Nutricionista	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0
	6	3	6	9	12	2	0	10	6	0

Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

De los 19 profesionales de la salud, que si conocen los registros clínicos de enfermería, era necesario conocer las razones que respaldan tanto su uso como el no uso de los mismos.

La razón por la que utilizan los registros de enfermería con la frecuencia más alta fue: “porque creen en el trabajo en equipo”, con 12 respuestas.

- Médicos Tratantes: “porque creen en el trabajo en equipo”, con 7 respuestas
- Médicos Residentes: “porque los consideran una herramienta de trabajo”, con 2 respuestas
- Terapistas Físicos: “porque tienen el hábito de utilizarlos” y “porque creen en el trabajo en equipo”, ambas razones con 3 respuestas.
- Nutricionistas: “porque tienen el hábito de utilizarlos”, “porque creen en el trabajo en equipo”, “porque los consideran una herramienta de trabajo”, “porque no es suficiente con la información de sus reportes” y “porque la información de estos registros es importante para el cuidado de los pacientes”, todas estas razones con 1 respuesta.

TABLA 5 B: Razones por las cuales el médico tratante, médico residente, terapeutas físicos y nutricionista no utilizan los registros clínicos de enfermería.

Conocen y no usan	Porque la información de estos registros es no es importante para el cuidado de los pacientes	Porque no tiene información relevante del cuidado que no la conoce	Es suficiente con la información de sus reportes:	Porque no tiene el hábito de utilizarlos	Porque no aporta para el trabajo en equipo	Porque no existe una norma/rutina		Porque no los considera una herramienta de trabajo	Porque no tiene tiempo para hacerlo	Porque no están llenados correctamente
						Institucional	Servicio			
Médico Tratante	2	3	2	1	1	4	4	1	2	4
Médico Residente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Terapeutas Físico	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Nutricionista	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1
	2	4	2	1	1	5	6	1	3	6

Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

- Las razones por las que no utilizan los registros de enfermería con la frecuencia más alta fue: “porque no están llenados correctamente” y “porque no existe la norma/rutina institucional y del servicio”, ambas con 6 respuestas.
- Médicos Tratantes: “porque no están llenados correctamente” y “porque no existe la norma/rutina institucional y del servicio”, ambas con 4 respuestas.
- Médicos Residentes: En el caso de los médicos residentes no se obtuvieron respuestas para el no uso puesto que los 4 residentes que no usan es porque no conocen los registros de enfermería.
- Terapeutas Físicos: “porque no están llenados correctamente” y “porque no existe la norma/rutina institucional y del servicio”, ambas con 3 respuestas.
- Nutricionistas: “porque no están llenados correctamente” y “porque no existe la norma/rutina institucional y del servicio”, ambas con 1 respuesta.

TABLA 6: Análisis de la Percepción acerca de la Documentación de Enfermería en relación a: Contenido, Ortografía, Gramática, Objetividad y Precisión de Datos y Hechos, Legibilidad, Claridad y Oportunidad por parte de los Médicos Tratantes, Residentes, Terapistas y Nutricionistas, que usan y conocen los registros Vs. los que conocen pero no los usan

	tratante si usa								Residente SI usa								Terapista SI usa								nutricionista SI usa								
conocen y usan	contenido	ortografía	gramática	Objetividad	Precision de	Legibilidad	Claridad	Oportunidad	contenido	ortografía	gramática	Objetividad	Precision de	Legibilidad	Claridad	Oportunidad	contenido	ortografía	gramática	Objetividad	Precision de	Legibilidad	Claridad	Oportunidad	contenido	ortografía	gramática	Objetividad	Precision de	Legibilidad	Claridad	Oportunidad	
Malo																																	
Regular	3	5	5	1	1	3	3	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2											1	1				
Bueno	4	2	2	4	4	4	4	4	1	1	1			1	1		2	3	3	2	2	3	3	2	1				1	1	1	1	
Muy bueno				2	2			2									1			1	1			1								1	
	7	7	7	7	7	7	7	7	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	
	tratante no usa								Residente NO usa								Terapista NO usa								nutricionista NO usa								
conocen y no usan	contenido	ortografía	gramática	Objetividad	Precision de	Legibilidad	Claridad	Oportunidad	contenido	ortografía	gramática	Objetividad	Precision de	Legibilidad	Claridad	Oportunidad	contenido	ortografía	gramática	Objetividad	Precision de	Legibilidad	Claridad	Oportunidad	contenido	ortografía	gramática	Objetividad	Precision de	Legibilidad	Claridad	Oportunidad	
Malo	1	1	1	3	3			3												1	1							1					
Regular	3	3	3	1	1	3	3	1								1	1	1			1	1	1	1	1	1	1		1	1	1		
Bueno						1	1																										
Muy bueno																																	
	4	4	4	4	4	4	4	4												1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		

Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suárez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

De los 19 profesionales de la salud que si conocen y usan o no los registros clínicos de enfermería, entre tratantes, residentes, terapistas y nutricionistas, el total de respuestas por frecuencia, señalan en cuanto a las características de los registros de enfermería las siguientes percepciones:

La percepción con la frecuencia más alta en los tratantes que si usan los registros de enfermería es de “regular” con una frecuencia de 5 en cuanto a ortografía y gramática. Y por el lado de los tratantes que no usan dichos registros la percepción es “mala” con una frecuencia de 3 en cuanto a precisión objetividad de datos y hechos.

La percepción con la frecuencia más alta en los residentes que si usan los registros de enfermería es de “regular” con una frecuencia de 2 en cuanto a objetividad y precisión de datos y hechos. En el caso de los residentes no se obtuvieron respuestas para el no uso puesto que los 4 residentes que no usan es porque no los conocen, y no cumplieron con esta pregunta.

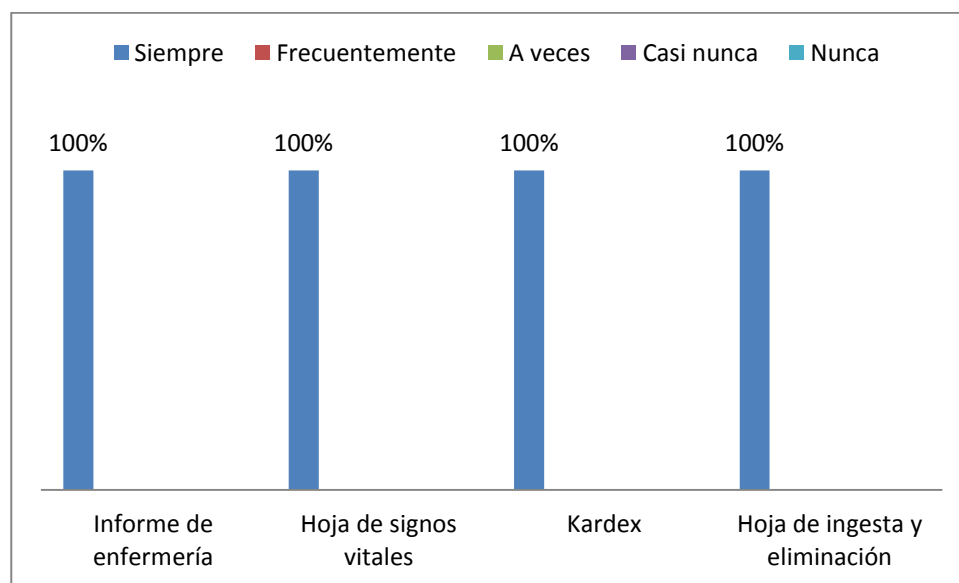
La percepción con la frecuencia más alta en los terapistas que si usan los registros de enfermería es de “bueno” con una frecuencia de 3 en cuanto a ortografía y gramática, legibilidad y claridad. Y por el lado de los terapistas que no usan dichos registros la percepción que llama la atención en de “malo” con una frecuencia de 1 en cuanto a precisión y objetividad de datos y hechos.

La percepción con la frecuencia más alta en los nutricionistas que si usan los registros de enfermería es de “regular” con una frecuencia de 1 en cuanto a ortografía y gramática.

La percepción que llama la atención en los profesionales que si usan es que la ortografía y gramática son calificadas como “regular”, con una frecuencia de 8 respuestas, y en el caso de los profesionales que no usan los registros de enfermería llama la atención la percepción que tienen de la objetividad y precisión de datos y hechos, calificándola como “mala” con una frecuencia de 5 respuestas.

3.1.3. Análisis del Uso de los Registros Clínicos de Enfermería según Enfermeras del Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez

GRAFICO 12: Percepción del uso de los registros clínicos de enfermería de las profesionales de enfermería según enfermeras.



Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.
Elaborado por: Autora

El total de profesionales de enfermería del servicio de medicina Interna afirman la utilización permanente de los formularios de enfermería. Reafirmando una lógica común de que las profesionales utilizan los formatos como componente esencial de su práctica.

TABLA 7: Percepción de la importancia de la documentación de enfermería por su aporte que dan estos registros, en los procesos asistenciales de los pacientes según enfermeras.

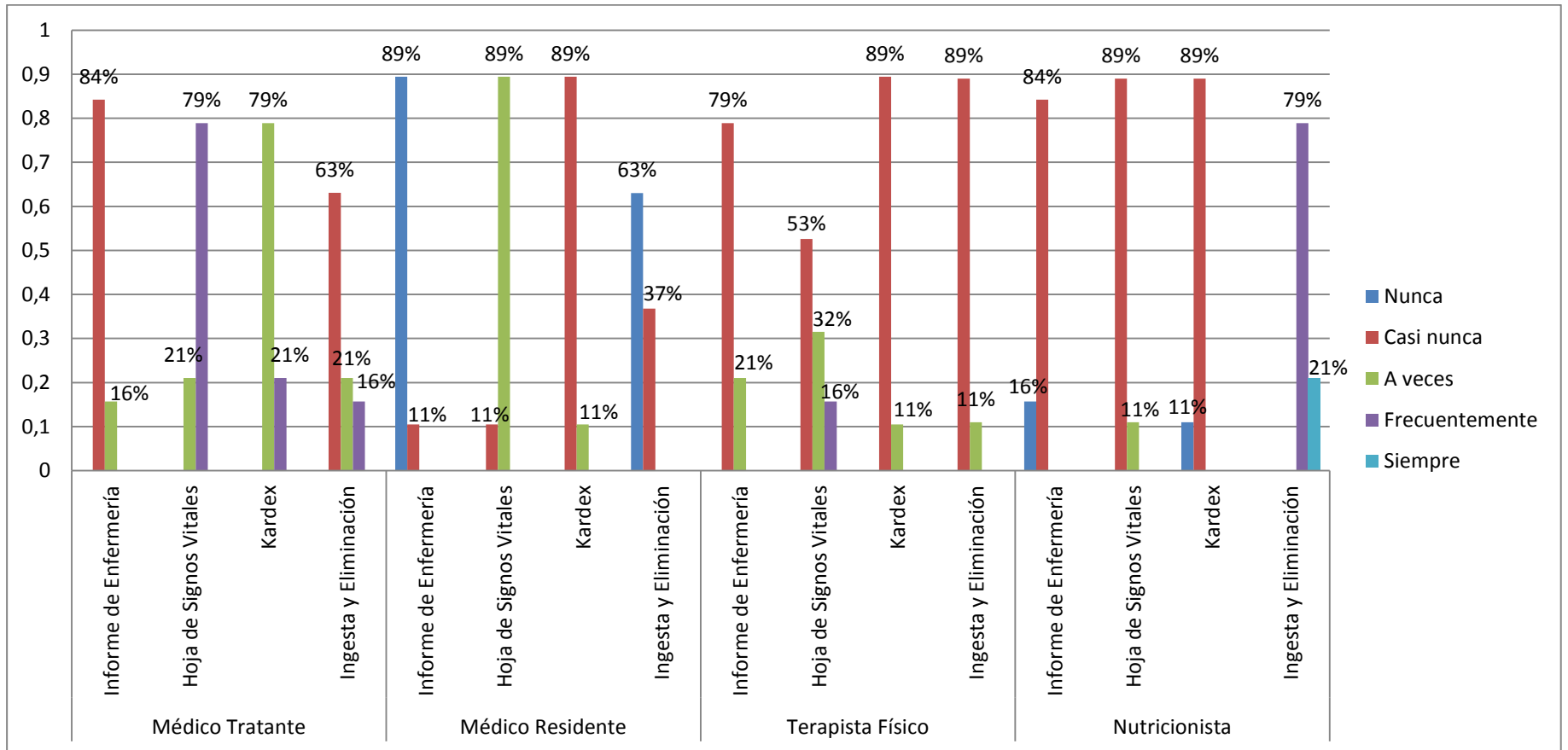
Muy Importante	Importante	Poco Importante	No Importante
100%			

Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

El total de población de enfermería, 19 (100%) refieren que los registros son “muy importantes”. La percepción de importancia de los registros de enfermería concuerda con la percepción de los demás profesionales de salud.

GRAFICO 13: Percepción de enfermería del uso de los registros clínicos e enfermería por parte de los profesionales del equipo de salud médicos tratantes, residentes, terapeutas y nutricionistas.



Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

Interpretación: La percepción de las 19 enfermeras del servicio de medicina interna en cuanto al uso de los registros de enfermería por parte de los demás profesionales del equipo de salud es la siguiente:

- 15 (79%) enfermeras del servicio de medicina interna indican que los médicos tratantes “frecuentemente” usan la hoja de signos vitales.
- 17 (89%) enfermeras refieren que los médicos residentes “a veces” usan la hoja de signos vitales.
- 6 (32%) enfermeras refieren que los terapistas “a veces” usan la hoja de signos vitales.
- 15 (79%) enfermeras indican que los nutricionistas “frecuentemente” usan la hoja de ingesta y eliminación.

El registro más utilizado por los profesionales del equipo de salud según percepción de las enfermeras es la hoja de signos vitales y la hoja de ingesta y eliminación, lo que concuerda con el grafico N°11 en el los profesionales del equipo de salud indican que el registro que mas usan es la hoja de signos vitales y la hoja de ingesta y eliminación, que la usan nutricionistas.

TABLA 8: Percepción de las Enfermeras acerca de las Razones que Motivan la Utilización de los registros clínicos de enfermería Vs. las razones por las que no se utilizan dichos registros, por parte de los Médicos Tratantes, Residentes, Terapistas y Nutricionistas en los Procesos Asistenciales que brindan dichos Profesionales

	Porque la información de estos registros es importante para el cuidado de los pacientes	Porque tiene información relevante del cuidado que no la conoce	No es suficiente con la información de sus reportes.	Porque tiene el habito de utilizarlos	Porque cree en el trabajo en equipo	Por cumplir con la norma/rutina		Porque los considera una herramienta de trabajo	Porque tiene tiempo para hacerlo	Porque estan llenados correctamente
						Institucional	Servicio			
Médico Tratante	13	15	9	14	16			18	7	8
Médico Residente	7	7	4	5	7			17	10	10
Terapistas Físico	10	12	8	12	10			15	15	12
Nutricionista	9	8	7	10	9			15	12	12
	39	42	28	41	42			65	44	42
	Porque la información de estos registros es no es importante para el cuidado de los pacientes	Porque no tiene información relevante del cuidado que no la conoce	Es suficiente con la información de sus reportes	Porque no tiene el habito de utilizarlos	Porque no aporta para el trabajo en equipo	Porque no existe una norma/rutina		Porque no los considera una herramienta de trabajo	Porque no tiene tiempo para hacerlo	Porque no estan llenados correctamente
						Institucional	Servicio			
Médico Tratante	6	4	10	5	3	19	19	1	12	11
Médico Residente	12	12	15	14	12	19	19	2	9	9
Terapistas Físico	9	7	11	7	9	19	19	4	4	7
Nutricionista	10	11	12	9	10	19	19	4	7	7
	37	34	48	35	34	76	76	11	32	34

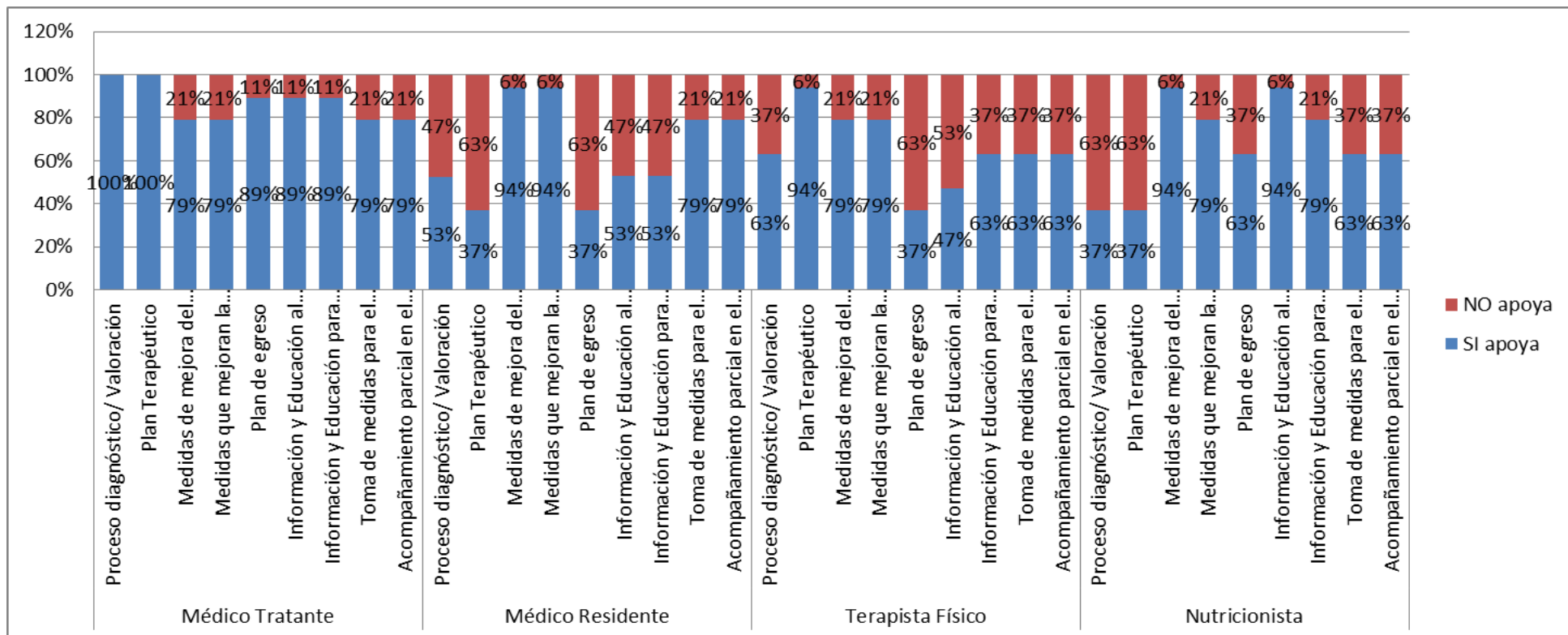
Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

La percepción de las enfermeras del servicio de medicina interna en cuanto a las razones que motivan el uso de los registros clínicos de enfermería por parte de los demás profesionales del equipo de salud para los cuatro grupos de profesionales es “porque lo consideran una herramienta de trabajo” con una frecuencia de 18 en cuanto a percepción de médicos tratantes, una frecuencia de 17 en cuanto a percepción de médicos residentes, una frecuencia de 15 en cuanto a percepción de terapeutas y una frecuencia de 15 en cuanto a percepción de nutricionistas. Y la percepción de las enfermeras del servicio de medicina interna en cuanto a las razones de no uso por parte de los demás profesionales del equipo de salud de dichos registros es “porque no existe una norma/rutina institucional y del servicio” que obtuvo una frecuencia de 19 en cuanto a percepción de tratantes, residentes, terapeutas y nutricionistas.

La percepción de las enfermeras en cuanto a la razón por la que los demás profesionales del equipo de salud utilizan los registros de enfermería con la frecuencia más alta fue: “porque lo consideran una herramienta de trabajo”, con una frecuencia global de 65 respuestas tomando en cuenta a los cuatro grupos de profesionales. Lo que contrasta con la tabla N° 5 A, en la que los médicos tratantes, residentes, terapeutas y nutricionistas refieren que la razón por la que utilizan los registros de enfermería con la frecuencia más alta fue: porque creen en el trabajo en equipo y obtuvo una frecuencia de 12. Además según la percepción de las enfermeras en cuanto a las razones de no uso es “porque no existe una norma/rutina institucional o del servicio” con una frecuencia global de 76 respuestas tomando en cuenta a los cuatro grupos de profesionales, lo que concuerda con la tabla N° 5B ya que los demás profesionales indican que una de las razones por las que no usan los registros de enfermería es porque no existe una norma/rutina del servicio de medicina interna con una frecuencia de 6.

GRAFICO 14: Percepción de las enfermeras del apoyo que brindan los registros clínicos de enfermería a los profesionales del equipo de salud médicos tratantes, residentes, terapistas y nutricionistas, en sus actividades del proceso de atención al paciente



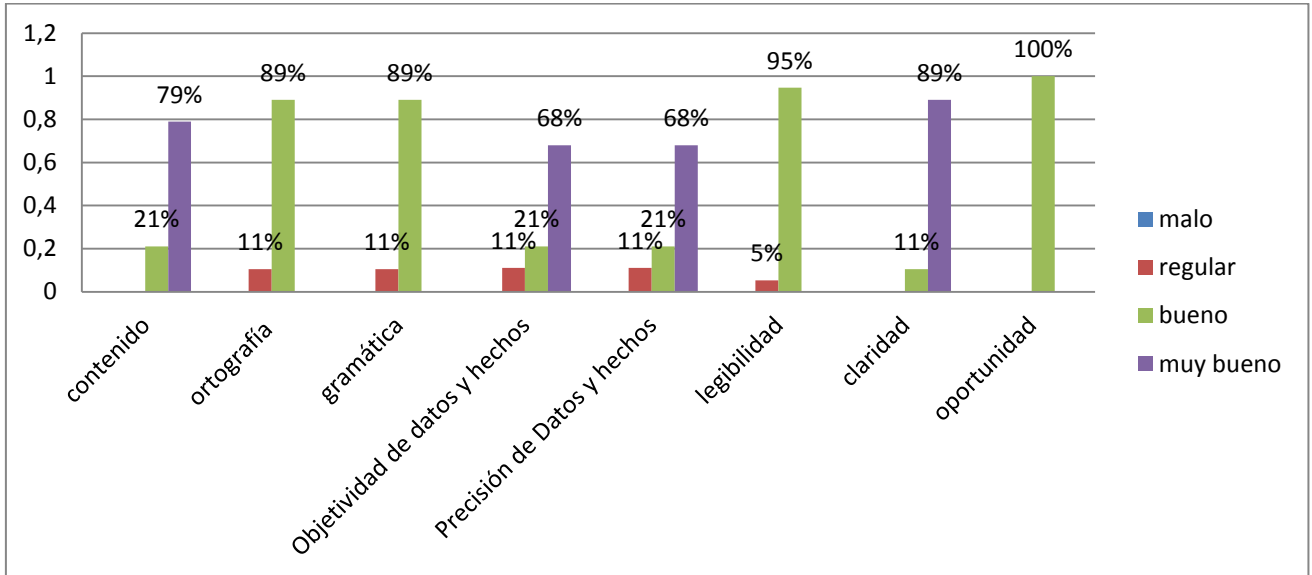
Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

La percepción de las enfermeras del servicio en cuanto al apoyo que los registros de enfermería brindan a los demás profesionales de la salud fue la siguiente: 19 (100%) enfermeras indican que a los médicos tratantes los registros de enfermería les son de apoyo mayormente en “proceso diagnóstico/valoración” y en “plan terapéutico”. Del mismo modo para el caso de los médicos residentes 18 (94%) enfermeras refieren que dichos registros les son de apoyo mayormente en “Medidas de mejora del cuidado: Confort, higiene, movilidad, etc.” y en “Medidas que mejoran la seguridad del paciente: riesgo de contraer infecciones, comorbilidad, etc.”. En el caso de los terapeutas físicos, 18 (94%) enfermeras indican que los registros de enfermería les son de apoyo mayormente en “plan terapéutico”. Finalmente para el caso de los nutricionistas, 18 (94%) enfermeras indican que los registros de enfermería les son de apoyo mayormente en “Medidas de mejora del cuidado: Confort, higiene, movilidad, etc.”

Según percepción de enfermería la actividad del proceso de atención que es apoyada mayormente por los registros de enfermería es “plan terapéutico” y en “Medidas de mejora del cuidado: Confort, higiene, movilidad, etc.” Lo que contrasta con la tabla N° 4 en el que los demás profesionales de la salud refieren que las actividades del proceso de atención en las que los registros de enfermería brindan más apoyo son, en la información y educación al paciente y a la familia.

GRAFICO 15: Percepción de las enfermeras acerca de la documentación de enfermería en relación a: contenido, ortografía, gramática, objetividad y precisión de datos y hechos, legibilidad, claridad, oportunidad.



Fuente: Profesionales de la salud del Hospital Pablo Arturo Suarez del Servicio de Medicina Interna.

Elaborado por: Autora

Las 19 enfermeras del servicio en relación a las características de construcción de la documentación de enfermería por enfermería, refieren tanto la claridad con el 89% de cumplimiento, el contenido con el 79% y la objetividad y precisión de datos y hechos con el 68%, con la cualidad de muy bueno.

Con la calificación de “bueno”, están las características relacionadas a oportunidad con el 100%, legibilidad con el 95% y con el 89% ortografía y gramática.

Llama la atención que en la evaluación realizada por las mismas profesionales se califican como regular la ortografía y gramática, objetividad y presión de datos con el 11% y también como regular la legibilidad con el 5%.

Por lo tanto la característica más puntuada fue oportunidad en donde las 19 enfermeras indican que es “buena”

CONCLUSIONES

- Respondiendo a la hipótesis planteada, la primera parte de ella se comprueba ya que el formulario de signos vitales es el registro más utilizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez con el 100% de apego de “siempre a, a veces”, resultado que adicionalmente se refuerza con los estudios de Adriana Nayeli Mejía Delgado, et al, (2009), quienes en su estudio el nivel de apego a los registros clínicos de enfermería en varias instituciones de salud de México, concluyeron que el índice general del nivel de apego correspondió al 73.93%, donde el documento que más puntuó fue el registro de constantes vitales, con el 52,67% de apego, y coincide con lo que la práctica en el país marca como trayectoria es usar dicho registro.

Sin embargo, no se comprobó la segunda parte de la hipótesis en términos de que el informe de enfermería se lo utiliza igual que la hoja de signos vitales, por la visibilidad que presenta el informe de enfermería al constar en el mismo formulario de notas de evolución medica, situación que permite generar tanto el conocimiento como su uso por los profesionales del equipo de salud. Entonces la hipótesis no se comprueba porque el informe de enfermería tiene un apego de respuesta de “casi nunca a nunca” ya que el 92% de profesionales así lo refiere.

El uso de los registros de enfermería a través de las principales variables estudiadas denota lo siguiente:

- En cuanto al **uso** de los registros de enfermería de los 31 profesionales del equipo de salud (exceptuando enfermería), 13 (42%) utilizan los registros de enfermería de los cuales en su totalidad conocen dichos registros y 18 (58%) no los utilizan, de los cuales 6 profesionales conocen los registros de enfermería y 12 no los conocen.

- En cuanto al **conocimiento**, 12 (39%) de los 31 profesionales de salud encuestados, (excluyendo a enfermería), indican no conocer dichos registros, este desconocimiento puede deberse a la falta de promoción de esta documentación clínica tan importante, esto deja una puerta abierta para explotar la disposición en beneficio de capitalizar conocimiento y uso de dichos registros.
- En relación a la “**importancia**”, del grupo de 31 profesionales de la salud, 18 profesionales perciben que los registros de enfermería son “importantes”, pero sin embargo solo 13 de ellos los usan. Este hallazgo provoca el cuestionamiento de que ¿si califican de “importantes” a los registros de enfermería, porqué entonces no usan dichos registros?, la respuesta podría tener claridad en términos de la variable percepción.
- En término de la “**percepción**” que los profesionales de la salud tienen de los registros clínicos de enfermería, es negativa, tomando en cuenta características como: contenido, ortografía, gramática, objetividad y precisión de datos y hechos, claridad, legibilidad y oportunidad, calificadas por 13 (42%) de los 31 profesionales “de regular a mala”, de los cuales 5 profesionales utilizan los registros de enfermería y 5 no usan dichos registros. La percepción se vincula con el uso ya que si tienen una percepción negativa, el uso va a ser limitado o en ocasiones nulo.
- Adicionalmente de los 6 profesionales que conocen pero no usan, 6 puntualizan que no utilizan dicha documentación porque “los registros de enfermería no están llenados correctamente”, que nuevamente se relaciona con la variable de percepción, igualmente de los 6 profesionales que conocen pero no usan, 6 refieren que no usan los registros de enfermería “porque no existe la norma/rutina Institucional y del servicio”. Esta utiliza razón se vincula con el vacío normativo existente en dicha institución y que es conformada con la variable del marco **normativa**.
- La falta de utilización de los registros de enfermería por 18 profesionales, y el desconocimiento por parte de 12 profesionales de los 18 que no usan, han tenido como justificación la falta de una normativa institucional que de manera

mandatorio determine la obligatoriedad del uso y promoción de los registros, así como también la normativa de exigir que la forma de presentar y llevar los registros cumpla con características de un registro de calidad. Como se había anotado las políticas sobre la historia clínica en general y en ella los registros de enfermería, dispuestas por la Ministra de Salud Caroline Chang, no llegó a cristalizarse, actualmente en nuestro país no hay un tema mandatorio que exija el uso de los registros clínicos de enfermería por parte del equipo de salud. Cabe mencionar excepciones dependientes de la cultura organizacional propia de cada institución que en muchos casos incentiva la adecuada elaboración y el uso de los registros clínicos de enfermería por procesos de certificación y acreditación.

En términos cuantitativos las conclusiones del estudio reflejan los siguientes hallazgos de manera específica:

- Del total de profesionales de la salud encuestados, el grupo más numeroso de profesionales es el de enfermería, 19 (38%), seguido del grupo de médicos con un total de 16, residentes 6, 7 terapistas físicos y 2 nutricionistas. El sexo predominante de los encuestados fue el femenino con el 58%, influenciado por el predominio del sexo femenino en las enfermeras, el 42% corresponde a hombres.
- El promedio de edad es de 41,36 años, con un rango de edades de 25 a 86 años y con años de práctica que oscilan desde menos de dos años hasta 60 años de práctica profesional, infiriéndose, la presencia de profesionales, cuyos conceptos opiniones y percepciones abarcan al menos dos generaciones, llamando la atención el hecho de que el mayor desconocimiento y la menor utilidad de los registros clínicos de enfermería se da en la población de médicos residentes.
- En términos del conocimiento y uso de los registros de enfermería, el 61% de los encuestados denominados otros profesionales de la salud, (excluyendo profesionales de enfermería), afirman conocer dichos registros, mientras que el 39% refieren no conocerlos. Cabe destacar que toda la población de estudio 31, solamente 19 conocen los registros de enfermería de estos 13 profesionales usan los registros de enfermería y 6 no los utilizan. Además 12 no conocen los registros

de enfermería en tal virtud tampoco los utilizan. Entonces de los 31 profesionales 18 no los utilizan y 13 los utilizan.

El grupo de profesionales que menos conoce y usa los registros de enfermería es el de médicos residentes 4 de 6 profesionales desconocen los registros y los 2 restantes los conocen y los usan, varias situaciones podrían explicar esta situación, una de ellas, la falta de familiarización de la documentación clínica de los servicios a través de programas de inducción y orientación. En el caso de médicos tratantes el hallazgo señala una grave limitación en los niveles de comunicación y coordinación de trabajo como equipo de salud. Esto se agrava aún más, al llevarse en un mismo formulario de las notas de evolución médica, las notas del informe de enfermería, lo que refleja una total falta de coherencia y compromiso con los aportes de enfermería.

- El estudio no ha evidenciado una correlación entre los factores de sexo y años de experiencia profesional con el conocimiento ni la utilización de los registros clínicos de enfermería, entendiendo que mientras más años tengan más usen los registros de enfermería.

Por tipo de registro, el más utilizado es la hoja de signos vitales, 5 de los 13 profesionales que usan los registros “siempre” lo usan los mismos que son médicos tratantes, el informe de enfermería es “a veces” utilizado por 6 de los profesionales, la hoja de ingesta y eliminación es utilizada por dos nutricionistas que indican siempre utilizar el reporte. Este hallazgo como se había anotado genera un serio cuestionamiento sobre el “aporte” del informe de enfermería en los procesos asistenciales, ya que ni se lo nombra, entonces, ¿cuál es el impacto del registro documental de enfermería?, cuando ninguno de los profesionales de la salud indica utilizar de manera frecuente el informe de enfermería.

- Los 13 profesionales que usan los registros de enfermería, anotan que la actividad que es más apoyada por los registros de Enfermería, es la de información y educación al paciente, así como la información y educación a la familia, la actividad que le sigue a estas dos es en el plan de egreso en donde 7 profesionales lo refieren positivamente.

- De los 19 profesionales de la salud que conocen los registros de enfermería, los 13 profesionales que conocen y que utilizan los registros de enfermería anotan como principales razones de uso, “porque cree en el trabajo en equipo”, con una frecuencia de 12 respuestas. Es el grupo de 6 de los profesionales que conocen pero no usan los registros de enfermería, los que indican no usarlos porque “no están llenados correctamente” con 6 respuestas y “porque no existe una norma/rutina del servicio de medicina interna”, de igual forma con 6 respuestas.
- De los 19 profesionales, 18 refieren que los registros de enfermería les son “importantes”, de ellos 13 usan los registros y 5 no los usan. En la escala de no importancia, a penas 1 de los 19 profesionales refiere los registros son poco importantes.
- En cuanto a las características de los registros clínicos de enfermería, la percepción que llama la atención en los profesionales que si usan es que la ortografía y gramática es “regular” en su mayoría y en el caso de los profesionales que no usan llama la atención la percepción que tienen de la objetividad y precisión de datos y hechos, calificándola como “mala”
- El total de profesionales de enfermería del servicio de medicina Interna afirman la utilización permanente de los formularios de enfermería, así como su importancia. Reafirmando una lógica común de que las profesionales utilizan los formatos como componente esencial de su práctica
- El registro más utilizado por los profesionales del equipo de salud según percepción de las enfermeras es la hoja de signos vitales y la hoja de ingesta y eliminación usada mayormente por nutricionistas, lo que concuerda con el gráfico N°8 en el los profesionales del equipo de salud indican que el registro que mas usan es la hoja de signos vitales y la hoja de ingesta y eliminación, que en su mayoría la usan nutricionistas.
- La percepción de las enfermeras en cuanto a la razón por la que los demás profesionales del equipo de salud utilizan los registros de enfermería con la frecuencia más alta fue: “porque los consideran una herramienta de trabajo”, con una frecuencia global de 65. Lo que contrasta con la tabla N° 3 en la que los

médicos tratantes, residentes, terapistas y nutricionistas refieren que la razón por la que utilizan los registros de enfermería con la frecuencia más alta fue: porque creen en el trabajo en equipo y obtuvo una frecuencia de 12. Además según la percepción de las enfermeras en cuanto a las razones de no uso es “porque no existe una norma/rutina institucional o del servicio” con una frecuencia de 76 lo que concuerda con la tabla N°3 ya que los demás profesionales indican que una de las razones por las que no usan los registros de enfermería es porque no existe una norma/rutina del servicio de medicina interna obtuvo una frecuencia de 6.

- Según percepción de enfermería la actividad del proceso de atención que es apoyada mayormente por los registros de enfermería es “plan terapéutico” y en “Medidas de mejora del cuidado: Confort, higiene, movilidad, etc.” Lo que contrasta con el gráfico N° 9 en el que los demás profesionales de la salud refieren que las actividades del proceso de atención en las que los registros de enfermería brindan más son, en la información y educación al paciente y a la familia.
- Las 19 enfermeras del servicio en relación a las características de construcción de la documentación de enfermería por enfermería, refieren tanto la claridad con el 89% de cumplimiento, el contenido con el 79% y la objetividad y precisión de datos y hechos con el 68%, con la cualidad de muy bueno. Con la calificación de “bueno”, están las características relacionadas a oportunidad con el 100%, legibilidad con el 95% y con el 89% ortografía y gramática. Llama la atención que en la evaluación realizada por las mismas profesionales se califican como regular la ortografía y gramática, objetividad y presión de datos con el 11% y también como regular la legibilidad con el 5%.
- De forma general la utilización de los registros clínicos de enfermería por los profesionales del equipo de salud (exceptuando enfermería), refleja la falta de trabajo en equipo y las limitadas capacidades comunicacionales entre sus miembros, de lo que se deriva prácticas aisladas y sin coordinación. Los registros de enfermería no son utilizados por los profesionales del equipo de salud por varios factores como por ejemplo: no están llenados correctamente, no le dan la respectiva confiabilidad a los mismos, porque cada profesional hace lo suyo para lo que requieren solo de determinadas hojas de registro, no contienen lenguaje médico, este cúmulo de factores contrasta con el desenvolvimiento del profesional

de enfermería, para quienes el uso de los registros de enfermería son un fundamento de su quehacer profesional.

RECOMENDACIONES

- En el marco de la calidad de la salud y de la seguridad del paciente se hace imprescindible la “buena elaboración” y el “buen uso” de los registros clínicos de enfermería como un componente esencial de aporte en los procesos asistenciales, de docencia e investigación. Esta situación no solo destaca el necesario cumplimiento de estándares de calidad y de salvaguarda de la seguridad del paciente para dar testimonio de cumplimiento en procesos de evaluación de la calidad tales como licenciamiento, autoevaluación, certificación y acreditación, sino que legitima el aporte del profesional de enfermería, visibilizando el acto del cuidado como el principio fundante de su quehacer profesional.
- Los hallazgos del estudio generan importantes desafíos en las áreas de la educación, de la práctica ocupacional y de la investigación a fin de que se emprendan acciones que viabilicen la promoción y divulgación de los registros clínicos, y de esta manera se clarifique la percepción de los demás profesionales de la salud lo que a su vez pueda conducir a su mejor utilización desde la formación del estudiante en el aula y en el marco del trabajo interdisciplinario y multisectorial.
- Es de vital importancia tener una normativa mandatoria a nivel de país que regule la aplicación de los registros clínicos ya que esto involucra directamente a los profesionales y a su práctica profesional porque garantiza y promueve las “buenas prácticas” que a su vez van de la mano con la seguridad del paciente y cuidados altamente efectivos. Finalmente esto también desemboca en que desde las aulas a médicos, terapeutas y nutricionistas entre otros, no hay la motivación y la promoción del uso de los registros de enfermería y de todo el universo científico y técnico a que estos les pertenece. Esta conclusión, tiene una retroalimentación positiva, ya que podemos empezar desde las aulas a divulgar dicha documentación, o a su vez empezar por las instituciones con sus servicios y profesionales, como se lo ha hecho en este estudio.

- A nivel institucional se recomienda:
 - Reforzar en el personal de enfermería el cuidado en la “forma de presentación” de los registros, ya que la misma es un reflejo de profesionalidad, se recomienda que las enfermeras mejoren sus reportes, para que sean utilizados ya que en las razones de no uso se destacó que los registros de enfermería “no están llevados correctamente”. Es imprescindible promover en las enfermeras el adecuado llenado y llevado de los registros, y el mejoramiento de ellos de manera objetiva, precisa, con buena gramática, ortografía, y oportunidad, existe un modelo de llenado que se lo puede utilizar, como es, el SOAPIE que sostiene ventajas importantísimas, por ejemplo es una herramienta de trabajo que permite contar con información relevante de los problemas del paciente, las causas relacionadas, y la intervenciones a tomar de manera crítica y finalmente la evolución de las actividades realizadas en el paciente. La utilización de este método proporciona cierto grado de autonomía coherente con nuestra formación profesional de enfermería frente a otros profesionales, además que permitirá mejorar los registros de enfermería y por ende mejorará la percepción y el uso de los mismos.
 - Se requiere reforzar el marco interdisciplinario de trabajo en la institución, estableciéndose programas que vayan desde la inducción del personal hasta la formación continua que favorezcan las “buenas prácticas” de elaboración y uso de todos los documentos clínicos y en ellos los registros de enfermería.
 - Otra razón importante que permita profundizar en el buen uso de la documentación de enfermería en el marco interdisciplinario de trabajo es la por una parte en el interés de reducir el riesgo al paciente de sufrir mala praxis, por omisión, equivocación duplicidad de acciones en el tratamiento y cuidados, y por otra parte la eficiencia y eficacia: que puedan reflejarse en aspectos tales como: pacientes con el alta en menos tiempo del que se esperaba, se evitarán complicaciones y aumento de los días estadía en el hospital, lo que significa más oportunidades para los pacientes que no

tienen cama en la emergencia o de otro servicio, uso óptimo de recursos, reducción de costos y mejora los indicadores hospitalarios. Adicionalmente facilitará un marco de protección a los profesionales de la salud frente a riesgos potenciales que comprometan su práctica profesional.

- Los procesos de evaluación del recurso humano en las instituciones, como es en este caso de Hospital Pablo Arturo Suárez deben incorporar como un criterio de evaluación la calidad, la debida utilización de los registros de enfermería por el equipo de salud.
- Al tener como hallazgo que los registros de enfermería “ya escasamente” utilizados, apoyan particularmente las actividades de información y educación tanto para el usuario como para la familia, desafía en igualdad de importancia el establecer protocolos y guías de atención clínica en los que se haga más visible la contribución y el aporte de enfermería en procesos de diagnósticos y terapéutica, ya que los profesionales de enfermería se encuentran con el paciente 24/7, en tal virtud está al tanto del cuidado y evolución permanentemente
- Se recomienda programas de orientación para el personal de residentes para que puedan tener familiaridad con los elementos documentales de los servicios en función de la calidad de atención. Las autoridades de enfermería deberían participar en la orientación del personal nuevo de residentes, ampliando los beneficios de la información que genera su grupo profesional, más allá de la visibilidad profesional buscada, está la consideración de la importancia de la información que aporta a los procesos asistenciales de los pacientes. La participación en los programas de inducción a personal de nuevo ingreso debe cubrir a médicos residentes así como al resto de profesionales.
- Se recomienda llevar a la categoría de normativa institucional la revisión y uso de los registros de enfermería ya que en alcance a las razones proporcionadas por los profesionales de la salud que respaldan la no utilización de los registros de enfermería se menciona la falta de normativa.

En tal virtud se genera la recomendación de que enfermería tome la iniciativa de establecer el marco normativo tanto a nivel institucional como de servicio que demande la utilización de los registros de la historia clínica entre los que se cuente los registros de enfermería, como medida de completar la documentación clínica del paciente y en última instancia en beneficio de la calidad de atención.

- El servicio de enfermería del Hospital y en particular el servicio de Medicina Interna, debería establecer un programa gradual de cumplimiento de indicadores y estándares que a través del entrenamiento permanente: garanticen el contenido, la objetividad y precisión de datos y hechos así como la oportunidad de la información y criterios de gramática y ortografía.
- El despliegue de un plan estratégico y de planes operativos institucionales debería incorporar las “buenas prácticas” de elaboración y uso de la documentación clínica en el marco de una cultura de calidad y seguridad del paciente. El fortalecimiento de capacidades institucionales permitirá transformar la cultura organizacional para no solo cumplir si no exceder las expectativas de los usuarios de la institución y colocar a la misma en la posición de ser un referente hospitalario en el sector salud.

BIBLIOGRAFIA

1. MedWave, Revista Académica (2004). Importancia de los registros de enfermería. Santiago de Chile. Recuperado 21,02,2013. Disponible en <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/2793>
2. OMS. Registros de Salud. (2006). Recuperado 21, 02 y 2013. Disponible en http://www.who.int/es/419&sclient=psy-ab&q=oms&oq=oms&gs_l=hp.3
3. Sociedad mexicana de medicina y emergencia (2009). Legislación en los servicios de enfermería. Recuperado 11, 06, 2012. Disponible en <http://www.smme.org.mx/documentacion/LegislacionEnfermeria.pdf>
4. Fundación Universitaria del Área Andina (2004). Administración de Registros Clínicos. Recuperado 11, 06, 2012. Disponible en http://www.areandina.edu.co/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=848&Itemid=312
5. Carrillo Ofelia, (2008). El registro de enfermería como parte del cuidado. Recuperado 04, 06 y 2012. Disponible en <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/REGISTRO%20DE%20ENFERMER%C3%8DA.pdf>
6. Federación Iberoamericana de Enfermería, (2001). Documentación de trabajo sobre registros de enfermería. Recuperado 04, 06 y 2012. Disponible en http://ibameue.blogspot.com/2007/04/documento-de-trabajo-sobre-registros-de_7320.html

7. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". (2001). La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Recuperado 04, 06 y 2012. Disponible en <http://www.medi&graphic.com/pdfs//enfe/en-2001/en011-4c.pdf>
8. Universidad Complutense de Madrid. Dr. Vicente del Saz Moreno. Análisis de la influencia del proceso asistencial de la atención primaria de salud sobre la ocurrencia de hospitalizaciones evitables por enfermedad cardiovascular aterosclerótica e insuficiencia cardíaca. (2010). Recuperado 11, 06, 2012. Disponible en <Http://eprints.ucm.es/10559/1/t31905.pdf>.
9. Delgado. Adriana, Peniche. M, Mejía. B, Gómez. G. (2009). Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Conamed, 01, enero, 2011. Recuperado 11, 06, 2012. Disponible en http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista_conamed/2Niveldeapego.pdf
10. Universidad Autónoma de Nuevo León. Licenciada Amanda Briones. Opinión de enfermería respecto a sus registros. (1998). Recuperado 11, 06, 2012. Disponible en <http://eprints.uanl.mx/2933/1/1080080900.PDF>
11. Ministerio de Salud Pública, Hospital Pablo Arturo Suarez. Historia, Misión Y Visión, Datos Generales de Información. (2012). Recuperado: 12, 11, 2012. Disponible en <http://www.hpas.gob.ec/index.php/el-hospital>
12. Ministerio de Salud Pública, Hospital Pablo Arturo Suarez. Departamento de Estadística. Doctora. Rosa López. Datos estadísticos e Indicadores Hospitalarios. (2012). Recuperado: 18, 06, 2013.
13. Ministerio de Salud Pública, Hospital Pablo Arturo Suarez. Departamento Talento Humano, Hospital Pablo Arturo Suarez. Miriam Romero Pinos. Talento Humano e Información de Datos Generales. (2012). Recuperado: 12, 11, 2012.
14. Ministerio de Salud Pública, Hospital Pablo Arturo Suarez. Servicio de Medicina Interna, Hospital Pablo Arturo Suarez. Licenciada Martha Rocha y Estela Cueva.

Información de Datos Generales del Servicio de Medicina Interna. (2012). Recuperado: 12, 11, 2012.

15. OMS. Sistema de Información Sanitaria, Características Generales. (1973). Recuperado 23, 05, 2012. Disponible en https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.enferteruel.com%2Fenferteruel%2Fformacio%2Ftemas%2Ftema%252014.doc&ei=d2XCUY_8NMe0qgGA2ICQCQ&usg=AFQjCNEwjwUMxjU2iZFoogeV0WwFOJYb9g&sig2=EZTebVNEKo2O1mO7fpVAxg&bv m=bv.48175248,d.dmg
16. OMS. Sistema de Información Sanitaria, Características Generales. (2008). Recuperado 23, 05, 2012. Disponible en https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.enferteruel.com%2Fenferteruel%2Fformacio%2Ftemas%2Ftema%252014.doc&ei=d2XCUY_8NMe0qgGA2ICQCQ&usg=AFQjCNEwjwUMxjU2iZFoogeV0WwFOJYb9g&sig2=EZTebVNEKo2O1mO7fpVAxg&bv m=bv.48175248,d.dmg
17. Universidad Nacional Autónoma de México (2003). Sistemas de Documentación. México: Jiménez, A. Recuperado 06, 06, 2012. Disponible en: <http://educacion.y.salud.gob.mx/cursos//informatica/HISs/hisS.pdf>
18. Umaña, O (2008). Sistemas de Información Gerencia. Recuperado 06, 06, 2012. Disponible en: http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESINA/2008/Uma%C3%B1a_Herrera_Oscar_Vinicio_TS_SA.pdf
19. Cerritos, Fernández y Lara Florinna, (2003). Sistema de Información Hospitalaria. Recuperado 04, 06 y 2012. Disponible en <http://educacion.y.salud.gob.mx/cursos//informatica/HISs/Hhis.pdf>
20. Méndez. G, Morales. M, Preciado. M, Ramírez. M, Sosa. V, Jiménez. M. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

- (2001). Recuperado 04, 06 y 2012. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011-4c.pdf>
21. Currell R, Urquhart C. Sistema de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida), En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2, Oxford: Update Software Ltd.
22. Cormack. L. (2007). Historia de la Enfermería. Recuperado 04, 06 y 2012. Disponible en <http://faciasweb.uncoma.edu.ar/academica/materias/morfo/Historiadelaefermeria.pdf>
23. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. (1999). NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTECLINICO. Recuperado 11, 06, 2012. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
24. Universidad Nacional del Nordeste. (2003). Informes de Enfermería. Argentina: García, Silvania y Meza, Ángeles. Recuperado 04, 06 y 2012. Disponible en <http://www.unne.edu.ar/Web/c/yt/cyt/2003/com-unic-aciones/03-Medicas/M-028.pdf>
25. Ramírez. S, Marco. A, Morganizo. L. (2007). Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nurse Investigation, 08, marzo, 2007. Recuperado 11, 06, 2012. Disponible en http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/PDF_protocolo28.pdf
26. Hospital de Basurto. (2003) ,Reglamento de uso de la Historia Clínica del Servicio Vasco de Salud. Recuperado 27, 11, 2012. Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-hbas0005/es/contenidos/informacion/hbas_ad_comision_normativa/es_hbas/adjuntos/reglamento_uso_historia_clinica.pdf

33. Dr. Guillermo I. Williams. Director de Programas y Servicios de Atención de la Salud. (2008). Calidad de los Servicios de Salud, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Recuperado: 06, 12, 2012. Disponible en http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf
34. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Revista Calidad de Atención a la Salud (1995) Pag: 8-17. Recuperado: 06, 12, 2012. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu111c.pdf>
35. Donabedian A. 2ª Reunión Nacional sobre Garantía de Calidad y Acreditación de servicios de salud. (1998). Recuperado: 06, 12, 2012. Disponible en <http://www.bvsops.org.uy/pdf/serviciossalud.pdf>
36. Norma ISO 8402. Conceptos de Calidad. (1989). Recuperado: 06, 12, 2012. Disponible en http://fabetsia.dmpa.upm.es/solo_alumnos/sp2/Tablon_sp2/TransparenciasCALIDAD06.pdf
37. OMS. Calidad de Atención en Salud. (1991). Recuperado: 06, 12, 2012. Disponible en http://www.salud.gob.do/Documentos/Publicaciones/PUB_LaCalidadDeLaAtencionSunol_20120813.pdf
38. H. Palmer. Garantía de la Atención en Salud. (1983). Recuperado: 06, 12, 2012. Disponible en <http://www.bvsops.org.uy/pdf/serviciossalud.pdf>
39. Revista de órgano de la sociedad española de calidad asistencial calidad asistencial. Calidad Asistencial. (2001). Recuperado: 06, 12, 2012. Disponible en <http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf>
40. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Características de los indicadores clínicos (2011). Recuperado: 21,02,2013. Disponible en: http://www.jointcommission.org/accreditation/hospitals.aspx?client=psyab&q=joint+commission+of+accreditation+of+hospitals&oq=joint+commission+of+a&gs_l=hp.1.2

41. Zimmerman JE, Shortell SM, Rousseau DM, Duffy J, Gillies RR, Knaus WA, et al. Improving intensive care: observations based on organizational case studies in nine intensive care units: a prospective, multicenter study. Crit Care Med 1993.
42. Colegio de Enfermeros/as del Perú. Norma de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. (2008). Recuperado 04, 06 y 2012. Disponible en http://www.cep.org.pe/beta/download/NG_CDCE.pdf
43. Organización Mundial de la Salud. (1973). Equipo de Salud. Recuperado 27, 11, 2012. Disponible en www.who.int/es
44. OPS, Enfermería y Seguridad (2008). Recuperado 21, 02 y 2013. Disponible en http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=948&catid=670:---desarrollo-de-recursos-humanos&Itemid=239
45. Silivia Malváres y Jeferson Rodríguez. Enfermería y Seguridad, libro publicado por la OPS. (2008).
46. Pilar Farjas, Rocío Mosquera, Gerentes del Servicio de Salud de España, Onda Cero papel. (2011). Recuperado 21, 02 y 2013. Disponible en http://programa.gobiernoonlinea.gov.co/apc-aa/files/5854534aee4eee4102f0bd5ca294791f/Directiva_presidencial_04_de_2012_eficiencia_y_cer_papel.pdf
47. Olave, G. Jefe del departamento de Gestión de Tecnologías de Información de FONASA, , CHILE (2012). Recuperado 21, 02 y 2013. Disponible en http://www.cthchile.com/web/wp-content/uploads/2012/04/vol4_art3.pdf
48. Àlvar Net. Presidente de la Fundación Avedis Donabedian. Rosa Suñol. Directora de la Fundación Avedis Donabedian. La calidad de atención. (2012). Recuperado 19, 06, 2012. Disponible en

http://www.salud.gob.do/Documentos/Publicaciones/PUB_LaCalidadDeLaAtencionSunol_20120813.pdf

49. CONAMED. Comité de Evaluación del Expediente Clínico. (2008). Recuperado 19, 06, 2012. Disponible en http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/manuales/manuales_organizacion/comites/expedienteclinico.pdf
50. Josep M. Busquets. Comité de Bioética de Cataluña. Consideraciones éticas Información Sanitaria. (2011). Recuperado 19, 06, 2012. Disponible en <http://www.mediosysida.org/download/publ4.pdf>
51. José Luis Cobos Serrano. Impacto de la implementación de una metodología normalizada y un sistema de registro de información de cuidados de enfermería, en la calidad asistencial. Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Registro ISSN: 1989 – 5305. Recuperado 20, 02, 2013. Disponible en <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/104>
52. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo ministerial sobre la hcl única (2007). Recuperado 19, 06, 2013. Disponible en http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/hcu/historia_clinica.pdf
53. Ministerio de Salud Pública del Ecuador .Registro oficial. (2007). Recuperado 19, 06, 2013. Disponible en <http://www.fenets.ec/DOCUMENTOS%204/084%20R.O.%20ESTATUTO%20POR%20PROCESOS%20HOSPITALES.pdf>
54. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations SOAPIE. (2002). Recuperado 19, 06, 2013. Disponible en <http://www.unm.edu/~clinic/Procedures/Forms/soap%20notes.pdf>
55. C, Hullin. (2008). Registros de Enfermería y características de un registro clínico de calidad. Recuperado 04, 06 y 2012. Disponible en http://www.mediterraneo.cl/documentos/catálogo/exxtracto_91_789-56-220-308-1.pdf

56. Benavent Garcés, Leal Cercós integrantes de la Mesa de los aspectos Ético-Legales de los Registro de Enfermería. Recuperado 04, 06 y 2012. Disponible en <http://www.bioeticaweb.com/content/view/222/778/>
57. Rojas, N. (2011). Equipo de salud. Recuperado 27, 11, 2012. Disponible en <http://equipo1-salud.blogspot.com/>
58. Villalobos, M. (1998). Tesis de Maestría. Manejo de Desechos Sólidos del Hospital Pablo Arturo Suarez.
59. De la Revilla L. La consulta del médico de familia: la organización en la practica diaria. (1992). Ed Jarpyo, Madrid.
60. Gutiérrez, C. Jiménez, C. Corregidor, A. (2000). El Equipo Interdisciplinar. Recuperado 27, 11, 2012. Disponible en http://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2007_I.pdf
61. American Nursing Association. (2004). Workplace Safety. Recuperado 11, 06, 2012. Disponible en <http://www.nursingworld.org/>
62. Consejo Internacional de enfermeras (2010). Enfermería. Recuperado 19, 03, 2013. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/about-icn/icn-017//definition-of-nursing/>
63. Confederación Mundial de la Terapia Física. (2008). Definición Fisioterapeuta. Recuperado 19, 03, 2013. Disponible en: <http://mundo-fisio/terapia.wordpress.com/2008/12/26/terapeuta/fisioterapia/>
64. Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (2010). Nutrición. Recuperado 19, 03, 2013. Disponible en: <http://www.nutricion-de-la-mujer//.com/&que-es-un-nutricionista/>
65. Primera Jornada de Enfermería. La Comunicación como Estrategia del Cuidado. Buenos Aires. (2010). Recuperado 04, 06 y 2012. Disponible en: <http://www.slideshare.net/SAELF/registros-de-enfermera>

66. Ministerio de Salud del Perú, Plan Operativo con Enfoque Estratégico (2000). Cultura Organizacional. Recuperado 12, 12, 2012. Disponible en http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/poi1_ta_u1.pdf
67. Royal College of General Practitioners. (1970). *Necesidades futuras de la Medicina general. Ucrania*. Recuperado 27, 11, 2012. Disponible en www.rcgp.org.uk/
68. Hospital Universitario Puerta de Hierro (2006). Supervisión de Calidad. Madrid: Donabedian citado por Bogoña de Andrés Gimeno. Recuperado 27, 11, 2012. Disponible en http://medicina.uncoma.edu.ar/download/postgrado/gestion_auditoria/bibliografia/modulo_06/calidad_monitoreo.pdf
69. Heinemann DS. Nursing documentation: charting, recording and reporting. Philadelphia: Lippincott, 1994.
70. Valverde. L, Ayala. N, Pascua. M, Fandiño. D. El Trabajo en Equipo y su Operatividad. Recuperado 27, 11, 2012. Disponible en <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000381.pdf>
71. Manual de Enfermería Procedimientos Administrativos y Práctica Clínica Hospital Santiago Oriente “Dr. Luis Tisne Brousse” (2008) Recuperado: 06, 12, 2012. Disponible en http://200.72.129.100/hso7/documentos/uerad/MANUAL%20DE%20procedimientos_y_practica_clinica_UER_Actualizado_2008.pdf
72. Poder Judicial de Costa Rica, (1990-2001). Departamento de Planificación; Estadística del Poder Judicial. Recuperado: 27, 02, 2013. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr//revistas//enfermeria/v725n2/3.pdf>
73. Elichiry, N. (1987). Interdisciplina. Recuperado 27, 11, 2012. Disponible en www.noraelichiry.com.ar/
74. Ortiz, S. Docente Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (2013). PPT Historia Clínica Única y Registros de Enfermería.

75. Àlvar Net. Presidente de la Fundaci3n Avedis Donabedian y Rosa Suñol. Directora de la Fundaci3n Avedis Donabedian, (2012). Recuperado 27, 11, 2012. Disponible en http://www.salud.gob.do/Documentos/Publicaciones/PUB_LaCalidadDeLaAtencionSunol_20120813.pdf
76. Consejo Nacional de Salud, Comisi3n Nacional de Recursos Humanos en Salud, Observatorio de Recursos Humanos en Salud, 2006. Recuperado: 08, 10, 2013. Disponible en: Http://Www.Conasa.Gob.Ec/Codigo/Publicaciones/Empleo_Salud.Pdf
77. Informe Estadístico de los Profesionales de la Salud (2010)⁷⁷ del Departamento de Salud de Puerto Rico. Recuperado: 08, 10, 2013. Disponible en: <http://www.salud.gov.pr/Programas/SecretariaAuxiliarPlanificacion/Informes%20Evaluacion%20y%20Monitoreo/Profesionales%20de%20la%20Salud%202007-2010.pdf>

ANEXOS

1. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- i. CUESTIONARIO PARA PERSONAL PROFESIONAL MÉDICO Y OTROS PROFESIONALES DE SALUD**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERIA

Es importante mencionar que esta encuesta está dirigida para los profesionales del equipo de salud del Hospital Pablo Arturo Suárez, Médicos, Nutricionistas y Terapistas Físicos, con el fin de recolectar información acerca de la utilización de los registros de enfermería por el equipo de salud, así como también sus percepciones de ellos. Se garantiza el compromiso de que la información que usted aporta en este cuestionario será tratada con carácter estrictamente confidencial y su uso está solamente destinado a la realización de este estudio previo a la obtención del título profesional de enfermería, otorgado por la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Gracias por su colaboración

A. Datos Personales

a.- Profesión:	
b.- Años de Práctica:	
c.- Nivel Académico:	d.- Licenciatura en:
	e.- Maestría en:
	f.- Doctorado en:
	g.- Especialidad en:
h.- Edad:	
i.- Sexo:	

B. Utilización de los registros de enfermería

De los registros clínicos de enfermería incorporados en la Historia Clínica del paciente favor sírvase anotar lo siguiente:

1. ¿Conoce usted los registros clínicos de enfermería?, en caso de que su respuesta sea NO, pase a la pregunta número 6 y 7.

a.- SI	
b.- NO	
c.- Cuales son:	d.-

	e.-	
	f.-	
	g.-	
h.- Otros:		i.-
		j.-
		k.-

2. De los registros que acaba de anotar, en el cuadro que a continuación se presenta, sírvase señalar con una X, el grado de uso que usted le da, a los registros clínicos de enfermería por la contribución que estos le proporcionan en los procesos asistenciales de los pacientes.

Registros Clínicos de Enfermería Identificados	Grado de Utilización de los Registros				
	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. Informe de Ingesta y Eliminación					
2. Hoja de Signos Vitales					
3. Informe Escrito de Enfermería					
4. Kardex de Medicación					
5. Otros					

Nota: Si usted responde: nunca y/o casi nunca en 2 o más ítems, favor pase a la pregunta 5 y continúe el cuestionario.

3. ¿El uso de los registros clínicos de enfermería le proporcionan dentro de su campo profesional, los elementos que le permiten complementar el siguiente listado de actividades relacionadas con los procesos de atención que usted

brinda al paciente?, marque su respuesta con una X, puede haber varias respuestas.

ACTIVIDADES	SI	NO
1. Proceso Diagnóstico/ Valoración		
2. Plan Terapéutico		
3. Medidas de mejora del cuidado: confort, higiene, movilidad, etc.		
4. Medidas que mejoran la seguridad del paciente: riesgos de contraer infección, enfermedades nosocomiales, comorbilidad, etc.		
5. Plan de Egreso		
6. Información y Educación para el Paciente		
7. Información y Educación para la Familia		
8. Toma de medidas para el cuidado paliativo		
9. Acompañamiento parcial en el proceso de morir		
10. Otros		

4. ¿Por qué utiliza los registros clínicos de enfermería?, señale su respuesta con una X en el siguiente cuadro, puede haber varias respuestas.

1. Porque tiene información relevante del cuidado que no la conoce	
2. No es suficiente con la información de los reportes:	
<input type="checkbox"/> Médicos	
<input type="checkbox"/> Nutrición	
<input type="checkbox"/> Terapia Física	
3. Porque tiene el hábito de utilizarlos	
4. Porque cree en el trabajo en equipo	
5. Porque la información de estos registros es importante para el cuidado de los pacientes	
6. Por cumplir con la norma/rutina:	

• Institucional	
• Del servicio de Medicina Interna	
7. Porque los considera una herramienta de trabajo	
8. Porque tiene tiempo para hacerlo	
9. Porque están llenados correctamente	
10. Otros	

5. En el siguiente cuadro, señale con una X, las razones por las que no utiliza los registros clínicos de enfermería. Puede haber varias respuestas.

1. Porque no tiene información relevante del cuidado de los pacientes y que afecte sus procesos de atención	
2. Porque es suficiente con la información de los reportes elaborados por:	
• Médicos	
• Nutrición	
• Terapia Física	
3. Porque no tiene el hábito de utilizarlos	
4. Porque no aportan para el trabajo en equipo	
5. Porque no existe la norma/rutina:	
• Institucional	
• Del servicio de Medicina Interna	
6. Porque no los considera una herramienta de trabajo	
7. Porque no tiene tiempo para hacerlo	
8. Porque la información de estos registros no es importante para el cuidado de los pacientes	
9. Porque no están llenados correctamente	
10. Otro	

6. ¿En su opinión que aspectos recomendaría, que favorezcan en el futuro una utilización de los registros de enfermería?

.....

7. ¿En términos generales como evalúa a la documentación de enfermería y su aporte en la atención de los pacientes? Marque con una X su respuesta.

No importante	Poco importante	Importante	Muy importante

8. En términos generales. ¿Cómo evalúa a la documentación de enfermería en relación a? Marque su respuesta con una X.

	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
1. Contenido				
2. Ortografía				
3. Gramática				
4. Objetividad de datos y hechos				
5. Precisión de datos y hechos				
6. Legibilidad				
7. Claridad				
8. Oportunidad (oportuno)				
9. Otro				

9. ¿Qué recomendación daría para mejorar los registros clínicos de enfermería, en relación a?

1. Contenido	
2. Ortografía	
3. Gramática	
4. Objetividad de datos y hechos	
5. Precisión de datos y hechos	
6. Legibilidad	
7. Claridad	
8. Oportunidad (oportuno)	
9. Otro	

¡MUCHAS GRACIAS!

ii. CUESTIONARIO PARA PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERIA

Es importante mencionar que esta encuesta está dirigida para los profesionales de enfermería del Hospital Pablo Arturo Suárez, con el fin de recolectar información acerca de la utilización de los registros de enfermería por el equipo de salud, así como también sus percepciones de ellos. Se garantiza el compromiso de que la información que usted aporta en este cuestionario será tratada con carácter estrictamente confidencial y su uso está solamente destinado a la realización de este estudio previo a la obtención del título profesional de enfermería, otorgado por la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Gracias por su colaboración.

A. Datos Personales

a.- Años de Práctica:	
b.- Nivel Académico:	
	c.- Licenciatura en:
	d.- Maestría en:
	e- Doctorado en:
	f.- Especialidad en:

g.- Edad:	
h.- Sexo:	

B. Utilización de los registros de enfermería

De los registros de enfermería, incorporados en la Historia Clínica del paciente favor sírvase anotar lo siguiente:

1. De los registros clínicos de enfermería cuyo manejo es responsabilidad de los profesionales en enfermería, sírvase indicar el grado de utilización que estos tienen en la prestación de servicios de enfermería que brindan sus colegas. Marque su respuesta con una X.

Registros Clínicos de Enfermería	Grado de Utilización de los Registros Clínicos de Enfermería				
	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
Hoja de Signos Vitales					
Informe Escrito de Enfermería					
Kardex de Medicación					
Informe de Ingesta y Eliminación					
Otros					

2. ¿Cómo evalúa dichos registros desde los siguientes elementos? Marque su respuesta con una X.

	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
1. Contenido				
2. Ortografía				
3. Gramática				
4. Objetividad de datos y hechos				

5. Precisión de datos y hechos				
6. Legibilidad				
7. Claridad				
8. Oportunidad (oportuno)				
9. Otro				

3. Califique de manera general el nivel de utilización de los registros clínicos de enfermería por parte de los diferentes miembros del equipo de salud. Marque su respuesta con una X.

Personal del Equipo de Salud	Grado de Utilización de los Registros Clínicos de Enfermería				
	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
Personal Médico:					
• Tratante					
• Interconsultante					
• Residente					
• Interno					
Otros profesionales:					
• Terapia Física					
• Nutrición					
Otros					

4. Califique el nivel de uso de los registros de enfermería, por tipo de registro y profesional. Para marcar su respuesta favor utilice la clave.

Registros Clínicos de Enfermería	Grado de Utilización de los Registros de Enfermería					
	Médicos				Otros Profesionales	
	Tratantes	Inteconsultantes	Residentes	Internos	Nutricionistas	Terapeutas Físicos
Hoja de Signos Vitales						
Informe Escrito de Enfermería						
Kardex de Medicación						

Informe de Ingesta Y Eliminación						
Otros						

CLAVE:	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre

5. En términos generales, ¿Cuáles cree son las razones que motivan la utilización de los registros clínicos de enfermería en los procesos asistenciales que brindan otros profesionales de salud? Marque su respuesta con una X, Puede haber varias respuestas.

1. Porque tiene información relevante del cuidado que no la conoce	
2. No es suficiente con la información de los reportes:	
<input type="checkbox"/> Médicos	
<input type="checkbox"/> Nutrición	
<input type="checkbox"/> Terapia Física	
3. Porque tiene el hábito de utilizarlos	
4. Porque cree en el trabajo en equipo	
5. Porque la información de estos registros es importante para el cuidado de los pacientes	
6. Por cumplir con la norma/rutina:	
• Institucional	
• Del servicio de Medicina Interna	
7. Porque los considera una herramienta de trabajo	
8. Porque tiene tiempo para hacerlo	
9. Porque están llenados correctamente	
10. Otros	

6. Si por el contrario piensa que la documentación de enfermería no tiene la utilización esperada, favor indique ¿cuales piensa que son las razones?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. En su opinión, ¿En qué aspectos tiene mayor impacto la utilización de los registros de enfermería, en la prestación de servicios, de los otros profesionales de equipo de salud?

ACTIVIDADES	SI	NO
Proceso Diagnóstico/Valoración		
Plan Terapéutico		
Medidas de mejora del cuidado: confort, higiene, movilidad, etc.		
Medidas que mejoran la seguridad del paciente: riesgos de contraer infección, enfermedades nosocomiales, comorbilidad, etc.		
Plan de Egreso		
Información y Educación para el Paciente		
Información y Educación para la Familia		
Toma de medidas para el cuidado paliativo		
Acompañamiento parcial en el proceso de morir		
Otros		

8. ¿En términos generales como evalúa a la documentación de enfermería y su aporte en la atención de los pacientes? Marque con una X su respuesta.

No importante	Poco importante	Importante	Muy importante

9. Indique brevemente. ¿Qué recomendaciones daría para mejorar los registros clínicos de enfermería, en relación a?

1. Contenido	
2. Ortografía	
3. Gramática	
4. Objetividad de datos y hechos	
5. Precisión de datos y hechos	
6. Legibilidad	
7. Claridad	
8. Oportunidad (oportuno)	
9. Otro	

¡MUCHAS GRACIAS!

2. PLAN DE TRABAJO

i. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	SEMANAS DEL MES DE ENERO A AGOSTO 2013															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Entrega de oficios y recepción de información	X	X														
Ajustes marco teórico			X	X	X											
Recolección de la Información						X		X	X							
Procesamiento de la Información									X		X					
Elaboración de Resultados y Discusión											X	X				
Elaboración de Conclusiones y Recomendaciones													X	X		
Presentación y Entrega de la Disertación															X	X

ii. PRESUPUESTO

INGRESOS		EGRESOS	
<u>FUENTE</u>	<u>\$</u>	<u>RUBROS</u>	<u>\$</u>
PROPIA	\$ 3.185	Recursos Humanos	2 personas
BECA		Recursos Materiales	\$300
CREDITO		Honorarios	\$ 600
		Transporte	\$ 600
		Alimentos	\$ 150
		Derechos	\$ 1.500
		Empastado	\$ 35
TOTAL	\$ 3.185	TOTAL	\$3.185

3. DOCUMENTACIÓN EN FÍSICO DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ.