



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN**

REGISTROS DE ENFERMERÍA AL ALTA EN UN EFECTOR DE SALUD PÚBLICA DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Autores:

Nazarena Acosta
Jimena Barros
Jazmín Gotta
Carlos Molina
Laura Vázquez

Tutoras:

Prof. Adj. Mg. Mónica Samudio
Prof. Asist. Malena Lasalvia

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2018

HOJA DE APROBACIÓN

AUTORES

Acosta, Nazarena
Barros, Jimena
Gotta, Jazmín
Molina, Carlos
Vázquez, Laura

TÍTULO

REGISTROS DE ENFERMERÍA AL ALTA

EN UN EFECTOR DE SALUD PÚBLICA DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

Trabajo Final de Investigación para obtener el Título de Licenciado en Enfermería

Concedido por:

FACULTAD DE ENFERMERÍA – UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Fecha de Aprobación:/...../.....

Tribunal:

Prof. (titulación, nombre y apellido)

Prof. (titulación, nombre y apellido)

Prof. (titulación, nombre y apellido)

Tutor:

Prof. (titulación, nombre y apellido)

Prof. (titulación, nombre y apellido)

ÍNDICE

Resumen

INTRODUCCIÓN	1
1. 1. Justificación	2
1. 2. Planteo del Problema	3
OBJETIVOS	4
2.1. Objetivo General	4
2.2. Objetivos Específicos	4
ANTECEDENTES	5
FUNDAMENTO TEÓRICO	7
4.1. Sistema de Información Sanitaria	7
4.2. Sistema de Información de Enfermería	7
4.2.1. Historias Clínicas	8
4.2.2. Los Registros de Enfermería	8
4.3. Tipos de Alta	10
4.4. Sistemas de Referencia y Contrarreferencia	11
METODOLOGIA	12
5-1. Características del estudio	12
5.2. Matriz de Operacionalización de las Variables	14
CONSIDERACIONES ÉTICAS	17
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	35
Referencias Bibliográficas	36
Anexo 1	40
Anexo 2	44

R e s u m e n

El presente informe corresponde al Trabajo Final de Investigación realizado por estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, para la obtención del título correspondiente.

El tema seleccionado comprende los “*Registros de Enfermería al alta en un efector de Salud Pública de segundo nivel de atención*”, contenidos en las historias clínicas de los pacientes egresados de los pisos 9 y 10 de Cirugía, entre el 1° de octubre y el 31 de diciembre de 2016.

La motivación principal del trabajo fue analizar de qué modo la Enfermería gestiona su desempeño desde el punto de vista administrativo y clínico, basado en los lineamientos del proceso de atención de Enfermería (PAE) y de la Teoría de Sistemas, con el fin de contribuir a la mejora de la calidad asistencial durante y después de la estadía hospitalaria.

El estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. El tipo de muestreo es no probabilístico.

Los datos se obtuvieron de cien historias clínicas, proporcionadas por el Archivo Médico de la Institución, durante los días 15, 16 y 19 de noviembre de 2018. El instrumento utilizado fue elaborado por los estudiantes y aprobado por las Tutoras responsables.

Posteriormente, la información fue procesada por medio de la estadística descriptiva y los resultados, distribuidos en frecuencias absolutas y relativas, se presentan en tablas y gráficos del paquete informático Microsoft Office 365.

Las principales conclusiones a las que pudo arribar el equipo investigador, coinciden con los hallazgos de otros estudios, respecto del déficit de registros de Enfermería en las historias clínicas, particularmente, de aquellos que dan cuenta del proceso de alta, que articula la continuidad de los cuidados conforme a los antecedentes y la evolución del paciente que fue hospitalizado y ha egresado según indicación médica.

Palabras clave: registros de Enfermería, historia clínica, informe de alta, egreso hospitalario, plan de cuidados.

I. INTRODUCCIÓN

El informe que se presenta a continuación, ha sido realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, en el marco correspondiente al Trabajo Final de Investigación.

La Enfermería es una profesión fuertemente dependiente de los registros que se elaboran a partir del Proceso de Atención de Enfermería, para ejecutar una gran variedad de intervenciones relacionadas con el cuidado. De esta forma, los registros de enfermería son elementos imprescindibles en el proceso de atención y, cuando están redactados de manera tal que documentan la realidad detalladamente, permiten la comunicación entre los enfermeros y con el equipo de salud, además de ser útiles para otras actividades, como la enseñanza, la investigación, la estadística, las auditorías, los casos judiciales y la planificación.

Los registros contenidos en la historia clínica (HC) del paciente, tienen valor de documento legal, por lo que deben ser auténticos, legibles y cuidadosamente realizados, de acuerdo a los principios éticos y profesionales correspondientes. Su naturaleza respalda el accionar del personal de Enfermería y refuerza la seguridad del paciente. (1)

Teniendo en cuenta lo antedicho, se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, con el objetivo de conocer la existencia de los registros de Enfermería en las historias clínicas (HC) de los pacientes egresados entre el 1° de octubre y el 31 de diciembre de 2016, de los pisos 9 y 10 de Cirugía, de un efector público de segundo nivel de atención, de Montevideo (Uruguay).

Específicamente, desde el punto de vista metodológico, se tomó una muestra por conveniencia de las historias clínicas disponibles, seleccionando aquellas que correspondían al periodo y sector mencionado. A partir de las historias escogidas, se revisaron los registros de Enfermería, con el fin de recoger la información. Las variables de estudio fueron previamente ordenadas en un instrumento de elaboración propia que se adjunta en Anexo 2. Los datos consignados durante su aplicación, se procesaron por medio de la estadística descriptiva, presentando los resultados en tablas y gráficos, distribuidos en frecuencias relativas y absolutas (fr, fa).

Justificación

Las intervenciones de Enfermería y los registros correspondientes, tienen el carácter de subsistema de información utilizados en los centros prestadores de salud, por lo tanto, la importancia de dichos registros es vital para tomar decisiones estratégicas que contribuyan a la calidad y seguridad de los usuarios y al buen desempeño de los miembros de la organización.

La forma en que se producen los registros de Enfermería, cobra relevancia, debiendo adaptarse al tipo de paciente que se asiste y al Sector o Servicio asistencial, en cumplimiento de los protocolos institucionales.

En Enfermería, el método permite llevar adelante planes de cuidados ordenados, basados en valoraciones y diagnósticos previos, teniendo en cuenta las características particulares de cada paciente; asimismo, permiten desarrollar intervenciones educativas en el transcurso de la hospitalización y especialmente, al momento del alta.

Desde el punto de vista jurídico, como se destacó, la información que aportan los registros tienen valor legal, por lo tanto, pueden ser utilizados en litigios que eventualmente involucren a la organización, a sus funcionarios o al propio usuario y su familia.

En suma, los registros enfermeros son una herramienta fundamental para la promoción, prevención y atención de la salud, a la vez que permite un sinnúmero de otras funciones primordiales. (2)

Sin embargo, a pesar de su importancia y de existir numerosas publicaciones sobre las normas para su correcta realización, en general, los profesionales de la salud, por distintas razones, no siempre las cumplen. Por falta de conocimiento, por escasos controles y seguimientos o por sobrecarga laboral, los registros suelen ser incompletos, poco claros e imprecisos. (3)

El personal de Enfermería debe fortalecer una cultura clara y determinada en la sistematización de los registros, facilitando y perfeccionando la gestión de los servicios. (4)

Debido a la escasa información sobre registros de Enfermería, a nivel nacional se espera que los resultados de este estudio aporten cierto conocimiento sobre el

tema, el cual puede resultar útil para futuras investigaciones y para mejorar la práctica de la profesión.

Pregunta Problema

¿Existen los registros de Enfermería al alta, en las historias clínicas de los pacientes egresados en el último trimestre de 2016, del piso 9 y 10 de Cirugía, de un efector público de segundo nivel?

Ω

II. OBJETIVOS

Objetivo General

- Conocer la existencia de los registros de enfermería al alta, contenidos en las historias clínicas de los pacientes de los pisos 9 y 10 de Cirugía, en el último trimestre de 2016.

Objetivos Específicos

- Identificar si existen registros de enfermería al alta.
- Analizar el contenido de los registros.
- Observar si los responsables de los registros, Licenciados y Auxiliares de Enfermería, Internos y estudiantes se identificaron en la confección del mismo.

Ω

III. ANTECEDENTES

Para este estudio, se orientó la búsqueda bibliográfica utilizando como palabras claves: *historia clínica, historia clínica electrónica, registros de enfermería y plan de alta*. Lo que nos condujo, en primer lugar, a las definiciones correspondientes, al marco jurídico y luego a determinados informes y trabajos académicos, de los cuales destacamos:

- Sindicato Médico del Uruguay (SMU): *La historia clínica* (1998)
- Poder Legislativo: *Ley N° 18335 - Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud*. (2008)
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay: *Tu historia clínica* (2013)
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE): *¿Qué derechos tengo sobre mi Historia Clínica?* (s/f.)
- Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento: *Historia Clínica Electrónica* (s/f.)
- Cancela et al. (Tesis de Grado – Udelar). *Características de los registros del personal de enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad*. (2010)
- Salud.uy: *Historia Clínica Electrónica Nacional - Un proyecto país haciéndose realidad*. (2016)
- Martínez Ques A. *Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería*. (2010)
- García Ramírez A, Navío M, Morganizo L. *Normas básicas para la elaboración de los Registros de Enfermería*. (2007)
- Tejera, M. *Registro Electrónico de Enfermería Modelo de Datos Básicos*. (2016)

A partir de ello, se observó que el nuevo modelo de atención, que pondera la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, exige contar con un sistema de información ágil, efectivo y bien organizado. Conforme a ello, se han incorporado las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), en el sector Salud, considerando que son valiosas herramientas para optimizar el impacto de las intervenciones profesionales y facilitar el acceso a los servicios, de manera más

equitativa y eficiente, lo que permite ofrecer atención oportuna, con mejores costos-efectividad.

Sin embargo, aun representa una dificultad considerable concretar tal incorporación, ya que nuestra profesión atraviesa una crítica situación por el creciente nivel de requerimientos, la falta de recursos humanos, el ausentismo, el control de gastos, la falta de capacitación y las condiciones laborales deficientes de algunas instituciones. (5)

En consecuencia, el uso de los programas informáticos para documentar las actividades de la Enfermería, a nivel general, continúa siendo un desafío para nuestro colectivo, lo que obliga a mantener los registros de manera convencional, en el presente y en el futuro cercano. (6)

En tal sentido, según expresa Tejera (2016), a pesar de que la Ley 18.815 de reglamentación de la Profesión de Enfermería consagra la obligatoriedad de la realización del Proceso de Enfermería, en todas sus fases, existen dificultades para llevar los registros correspondientes. Asimismo, a juicio de la autora, los diagnósticos y procedimientos médicos se superponen a las actividades propias de la Enfermería:

En la práctica diaria en general no hay un espacio de registros propios de valoración de Enfermería ni de recolección de datos ni de control evolutivo incluidos en la Historia Clínica, la cual es el documento legal que certifica nuestro trabajo. Los registros de Enfermería, se basan fundamentalmente en el registro de las indicaciones Médicas cumplidas (Tejera, 2016)

Los registros de Enfermería son necesarios en todos los niveles de atención, pero en el segundo y tercer nivel, son particularmente imprescindibles para el tratamiento del paciente y sus necesidades, dado que sintetizan todas las actuaciones del equipo médico – sanitario. Por esa razón, corresponde mejorar el sistema de información de manera que ofrezca seguridad y calidad a la prestación asistencial, a la vez que organiza la actividad de la profesión enfermera. (7)

En Uruguay, se impulsa la incorporación de la Historia Clínica Electrónica al quehacer del sector sanitario, así como otros documentos, con el propósito de consultar y gestionar la información, sin perder de vista la seguridad y disponibilidad.

IV. FUNDAMENTO TEÓRICO

Sistema de Información Sanitaria

El sistema de información sanitaria proporciona los fundamentos para la toma de decisiones y tiene cuatro funciones: 1) generación de datos, 2) compilación, 3) análisis y síntesis, y 4) comunicación y uso. El sistema de información sanitaria recopila datos del sector de la salud y otros sectores relacionados, analiza los datos y garantiza su calidad, relevancia y oportunidad y convierte los datos en información disponible, para la toma de decisiones relacionadas con la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señalan que:

Los sistemas de información y la tecnología relacionada son necesarios para crear, "democratizar" y aplicar el conocimiento. Los sistemas de información funcionan a muchos niveles de sofisticación y complejidad: desde un grado alto de especificidad a un grado alto de generalidad. La meta es mejorar la salud de los individuos y las poblaciones mediante la aplicación apropiada del conocimiento generado por sistemas de información organizados (8)

Sistema de Información de Enfermería

Antes de la sistematización de la información, las enfermeras se limitaban a relatar los cuidados que respondían a indicaciones médicas.

En 1856, Florence Nightingale (1820-1910), en sus obras “*Notas de Enfermería*” y “*Notas en cuestiones que afectan la Salud, la Eficiencia y la Administración Hospitalaria del Ejército Británico*”, promovía la idea de que los actos e intervenciones de Enfermería, debían ser registrados detalladamente, para que el equipo médico tuviera conocimiento de la evolución de los pacientes. A partir de esa propuesta, los registros enfermeros se han convertido en herramientas muy útiles para mantener la comunicación interdisciplinaria en los centros de salud, planificar acciones, tomar decisiones clínicas y organizacionales, propiciando la mejora de las gestiones mediante la continuidad de los cuidados. (9)

En la actualidad, los datos que recoge el personal de Enfermería en el quehacer habitual, constituyen un subsistema de información dentro de la organización. Tal información proviene de las distintas intervenciones que realiza el profesional,

dentro del ámbito de trabajo, la cual se registra, se organiza, se guarda, custodia y archiva, de acuerdo a los protocolos de cada institución. (10)

Historias Clínicas

La historia clínica (HC), es un documento que contiene un conjunto de datos de manera organizada, cuyo registro se realiza de acuerdo a pautas preestablecidas. Es el repositorio de información, ordenada cronológicamente, de la situación y evolución biopsicopatológica de un determinado paciente. (11)

La HC es un instrumento imprescindible para que el profesional de la salud pueda llevar a cabo su actividad y prestar al usuario la mejor atención posible. Su utilidad trasciende los fines asistenciales, y puede añadir funciones de planificación, gestión e investigación, abarcando distintos aspectos:

- Médico – legal
- Administrativo
- De evaluación
- De docencia e investigación (12)

Por su parte, la nueva historia clínica electrónica (HCE), es fundamental en cualquier sistema informático de salud. Allí se encuentran los registros de cada episodio clínico protagonizado por un paciente dado, así como sus enfermedades crónicas y hasta sus antecedentes familiares.

Las HCE mejoran los resultados de las decisiones que se toman y del seguimiento de los pacientes. Los médicos, que ya han incorporado este sistema de registro, pueden confirmar las ventajas y los propios usuarios, encuentran numerosos beneficios. (12)

En Uruguay, la Ley N° 19.355/2015, en el artículo 466, habilita el intercambio de información clínica con fines asistenciales entre las instituciones de salud públicas y privadas. Posteriormente, el Decreto N° 242/017 (2017) reglamentó el artículo antes citado regulando la Historia Clínica Electrónica y la Plataforma de Historia Clínica Electrónica Nacional. (13)

Los registros de Enfermería

Los registros de Enfermería son fundamentales para llevar adelante el seguimiento de diversas actividades y plantear posibles mejoras en los procesos, al tiempo que

permiten poner en marcha un método de cuidados, que puede modificarse, adaptarse y evaluarse, en cada caso particular.

En tal caso, las organizaciones deben fomentar el cumplimiento de este requisito, que – además - es un imperativo legal, en las distintas etapas del proceso asistencial. (14)

Los registros llevados en forma regular, facilitan la organización de la institución en lo referente a la toma de decisiones centradas en el paciente y a la orientación de la dinámica de los equipos de salud. De este modo, las deficiencias en el cumplimiento de dichos documentos, explica - en parte - las luces y sombras de la práctica enfermera, demandando una rápida solución del propio colectivo y de las autoridades de los servicios de salud.

En ese sentido, es importante destacar que la falta de registros o la mala calidad de los mismos, es un problema de tipo organizativo global, ya que las propias instituciones deberían fomentar la incorporación sistemática de los registros en la práctica clínica, en tanto son herramientas de mejora en la calidad asistencial. (14) Paralelamente, la normalización de la práctica enfermera dentro de un marco conceptual y consecuente con ciertas estrategias operativas, contribuiría a superar la asimetría médico-enfermero que suele predominar en los centros de salud. (15)

Además de las ventajas señaladas, los registros de Enfermería posibilitan la evaluación de las actividades, otorgándole un carácter profesional y científico. Por ello, es necesario que los registros cumplan con todas las pautas de calidad estandarizadas, que sean fidedignos y coherentes con las situaciones reales del paciente y con los cuidados prestados.

La revisión y análisis de los registros, en forma sistemática, permite conocer ciertos patrones estadísticos relativos al proceso salud-enfermedad y a los servicios ofrecidos, a partir de los cuales, se pueden planificar distintas estrategias de atención. O bien, desarrollar las funciones de investigación y educación, propias de la Enfermería. (16)

La actividad administrativa es tan importante como la asistencial, sin embargo, con frecuencia el propio personal de Enfermería tiene la convicción de que sólo es un aspecto secundario de su cargo. Así, en primer lugar, es el universo de Enfermería que debe tomar conciencia de su importancia y actuar en consecuencia, registrando

todas sus intervenciones de acuerdo a los estándares establecidos. Es necesario promover la sistematización de la información y de la atención, en cumplimiento de las pautas que garantizan la mejor calidad asistencial. (16)

Tipos de Alta

Se entiende por “alta” o “egreso” hospitalario a la salida del paciente – vivo o muerto - de una institución sanitaria donde estuvo hospitalizado, de manera definitiva. Esto significa que las salidas temporales (fin de semana, feriados, etc.), no se consideran altas hospitalarias. (17)

- Alta por mejoría: Se realiza cuando el paciente se encuentra en un estado de mejoría y el médico tratante certifica su recuperación, después de haber pasado un período agudo de enfermedad.

- Alta por curación: Ocurre cuando el paciente ha recuperado totalmente su estado habitual de salud.

- Alta por transferencia: Es la que se lleva a cabo cuando el paciente tiene que ser transferido a otra unidad para su atención, por distintas razones (agravamiento, tratamiento, mejoría, etc.).

- Alta por beneficio terapéutico: es cuando el estado del paciente es irreversible y se encuentra en etapa terminal, por lo que el equipo médico junto a la familia decide el traslado del paciente al hogar.

- Alta Voluntaria: Es cuando el paciente abandona el hospital, bajo su propia responsabilidad, en contra de la orden médica.

- Alta por fuga: Es cuando el paciente decide abandonar el hospital, sin comunicarlo y sin completar su tratamiento.

- Alta por defunción: Es cuando el paciente fallece, se certifica la defunción y se traslada el cuerpo a la morgue.

Procedimiento para realizar el alta hospitalaria:

1. Identificar al paciente
2. Establecer los cuidados que requiere el paciente en domicilio.
3. Brindar información para el alta a domicilio a paciente y/o familia.
4. Solicitar devolución de los cuidados que debe realizar en domicilio, signos y síntomas por los cual debe consultar.
5. Fijar o controlar hora para la consulta de control.
6. Entregar impreso de alta a paciente, familia o cuidador principal.

7. Realizar coordinación con servicio social si requiere transporte para su traslado a domicilio.
8. Realizar solicitud de transporte si es necesario.
9. Brindar información escrita conteniendo:
 - Medicación: fármaco, dosis y horario.
 - Plan de alimentación.
 - Actividad física.
 - Cuidados a realizar y número de veces al día.
 - Signos y síntomas por los cual debe consultar.
 - Fecha de control en policlínica.
12. Dar de baja al paciente en el Sistema de Información.
13. Ordenar y enviar la HC al archivo.
14. Notificar higiene y preparación de la sala que se desocupa. (18)

Sistemas de referencia y contrarreferencia

Los prestadores de salud se encuentran insertos en una red de distintos niveles de atención, que con frecuencia intercambian información respecto de los usuarios. De ser necesario, a partir de la valoración inicial, una persona puede ser derivada a otras instituciones o servicios, para obtener un diagnóstico o para aplicar un tratamiento, para luego retornar a los centros de atención de origen, si corresponde.

Estas acciones se conocen con el nombre de “referencia” y “contrarreferencia”.

Vignolo señala:

La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutivez.

La contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario. (19)

V. METODOLOGÍA

Características del Estudio

- Enfoque de la investigación: cuantitativo
- Tipo de estudio: retrospectivo, descriptivo, transversal
- Unidad de análisis: historias clínicas
- Objeto de estudio: registros de enfermería al alta.
- Universo: el universo estuvo compuesto por todas las HC de los usuarios egresados de la Institución, entre el 1° de octubre al 31 de diciembre de 2016, que se guardan en el Archivo de la institución.
- Muestra: El tipo de muestreo fue no probabilístico, a conveniencia. La muestra se conformó con cien HC (n= 100), de los pacientes egresados del piso 9 y 10 de Cirugía de un efector público de segundo nivel de atención, en periodo señalado.
De las HC preseleccionadas, se extrajeron datos relativos a la confección y contenido de los registros de Enfermería.
- Criterios de inclusión: se recolectó información de HC de los pacientes quirúrgicos de los pisos 9 y 10, que fueron dados de alta en el cuarto trimestre de 2016 (octubre, noviembre y diciembre).
- Criterios de Exclusión: no se consideraron las HC que no estaban disponibles (ejemplo: por extravío, pérdida, mal estado, que estén en uso, en proceso judicial, entre otros.), al igual que aquellas que no nos sean entregadas por parte del personal de Archivos Médicos en el momento de la recolección de datos.
- Métodos e Instrumentos: se aplicó un instrumento estructurado, que constaba de 19 ítems, elaborado por el equipo investigador basado en el protocolo de procedimientos utilizado por la Cátedra de Administración. (*Anexos 1 y 2*).
- Recolección de datos: previo a la recolección, se solicitó autorización a la División de Enfermería, al Comité de Ética y a los Jefes de las Clínicas quirúrgicas del efector para realizar el trabajo de campo; esta Oficina inició un expediente que pasó a Dirección, el cual fue devuelto con la aprobación correspondiente. Luego, se le comunicó al Archivo Medico para que concretara la entrega de las HC, a los alumnos.

Las HC fueron examinadas en el propio Archivo, en la Sala de Lectura, durante los días 15, 16 y 19 de noviembre de 2018, en horarios de la tarde, de 13 a 17 hs.

- Variables de Estudio: Responsable del registro, Datación del Registro, Registros de Enfermería al momento del alta del paciente, Indicaciones de Enfermería, Coordinación de traslados, Sistema de Referencias, Características de los Registros de Enfermería.
- Procesamiento y análisis de datos: Los datos se procesarán por medio de la estadística descriptiva. Los resultados obtenidos, se distribuirán en frecuencias relativas y absolutas y se presentarán en tablas y gráficos.

Ω

Matriz de Operacionalización de las Variables

VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Existencia de los registros de Enfermería al alta	Comprobar si las HC contienen registros de Enfermería al alta	Cualitativa Nominal Dicotómica	Registro de Enfermería al alta	SI NO	Observación de la Historia Clínica
VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Datos del profesional responsable ^{del} registro	Firma del Licenciado, Auxiliar o Estudiante de Enfermería	Cualitativa Nominal Dicotómica	Nombre, Apellido, cargo y N° de funcionario.	SI NO	Observación de la Historia Clínica
VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Datación del Registro	Fecha y Turno en cada anotación de Enfermería	Cualitativa Nominal Dicotómica	Día, mes y año/ Matutino, tarde, vespertino, noche	SI NO	Observación de la Historia Clínica
VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Registros de Enfermería al momento del alta del paciente	Intervenciones de Enfermería al paciente quirúrgico	Cualitativa Nominal Dicotómica	Registro de la evolución del estado del paciente: Valoración, Diagnóstico y Plan de Cuidados pos-internación.	SI NO	Observación de la Historia Clínica
VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Número de registros de Intervenciones de Enfermería al alta	Cantidad de Actividades frecuentes de Enfermería: Valoraciones, Dx, Cuidados, Indicaciones	Cuantitativa Discreta	Valoración del nivel de dependencia en función de los cuidados requeridos: mínimos, medianos, frecuentes y totales	1 a 3 4 a 6 + de 6	Observación de la Historia Clínica

VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Cuidados de Enfermería	Conjunto de actividades de Enfermería con el fin de proporcionar bienestar y/o recuperación del usuario	Cualitativa Nominal dicotómica	Brindar atención calificada y humana al usuario	SI NO	Observación de la Historia Clínica
VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Diagnósticos de Enfermería	Son juicios clínicos que realizan los Lic. Enf. respecto del estado de salud de un usuario	Cualitativa Nominal Dicotómica	Enunciados preestablecidos por medio de la Taxonomía NANDA	SI NO	Observación de la Historia Clínica
VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Destino del usuario	Lugar al que egresa el paciente después del alta	Cualitativa Nominal Dicotómica	Domicilio Residencia Transferencia Otra Institución Morgue	SI NO	Observación de la Historia Clínica
VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Motivos del Alta	Causas que determinan el egreso del usuario	Cualitativa Nominal Dicotómica	Por mejoría Por curación Por transferencia Por beneficio terapéutico Voluntaria Fuga Defunción	SI NO	Observación de la Historia Clínica
VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Indicaciones de Enfermería	Instrucciones al usuario y flia. por escrito	Cualitativa Nominal Dicotómica	Anotaciones referidas al cuidado, control y seguimiento de la salud del paciente	SI NO	Observación de la Historia Clínica
VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Complicaciones post quirúrgicas	Eventos negativos que sobrevienen luego de la intervención quirúrgica	Cualitativa Nominal Dicotómica	Infección Hemorragia Problemas Anestésicos Enfermedades nosocomiales	SI NO	

VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Coordinación de traslado	Disponer medio de traslado (si corresponde)	Cualitativa Nominal	Ambulancia Camilla Silla de ruedas Por sus medios	SI NO	Observación de la Historia Clínica
VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Sistemas de Referencia	Generar mecanismos de coordinación intersectorial que faciliten el control, seguimiento del paciente, después de su egreso	Cualitativa Nominal Dicotómica	Coordinación con servicios de referencia: policlínica y controles	SI NO	Observación de la Historia Clínica
VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Legibilidad de los Registros de Enfermería	Criterios de realización de los registros siguiendo los estándares de calidad de los documentos	Cualitativa Nominal Dicotómica	Objetividad, Prolijidad, Legibilidad, Precisión y Exactitud, Actualización, Organización	SI NO	Observación de la Historia Clínica

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Atendiendo a las normas éticas vigentes en Uruguay, se seguirán las disposiciones contenidas en el Decreto Ley N° 379/008, sobre investigaciones con seres humanos. Se solicitaron las autorizaciones correspondientes ante el Comité de Ética del Hospital de Clínicas y la Facultad de Enfermería, para poder acceder a las HC de los pacientes egresados entre el 1° de octubre al 31 de diciembre de 2016, respetando la confidencialidad de los datos, los cuales serán usados en forma anónima, únicamente con el propósito enunciado en este proyecto.

Cronograma de Gantt

ACTIVIDADES	Nov - Dic 2016	Ene - Jul 2017 - 2018	Julio - Ago 2018	Set - Oct 2018	Nov - 2018	Dic - 2018
<i>Revisión y selección bibliográfica</i>						
<i>Borrador del Protocolo</i>						
<i>Tutoría</i>						
<i>Elaboración del Protocolo</i>						
<i>Entrega del Protocolo</i>						
<i>Trámite de aprobación ante Comité de Ética</i>						
<i>Recolección de datos</i>						
<i>Procesamiento de Datos</i>						
<i>Elaboración de Informe Final</i>						
<i>Entrega de Informe Final</i>						

RESULTADOS

El trabajo de campo consistió en la revisión de cien Historias Clínicas (HC) ($n=100$). En cada una de ellas, se controlaron los registros de Enfermería relativos al proceso del alta. A continuación, se describen los datos recogidos, con el fin de alcanzar los objetivos del estudio.

a. Identificación del responsable

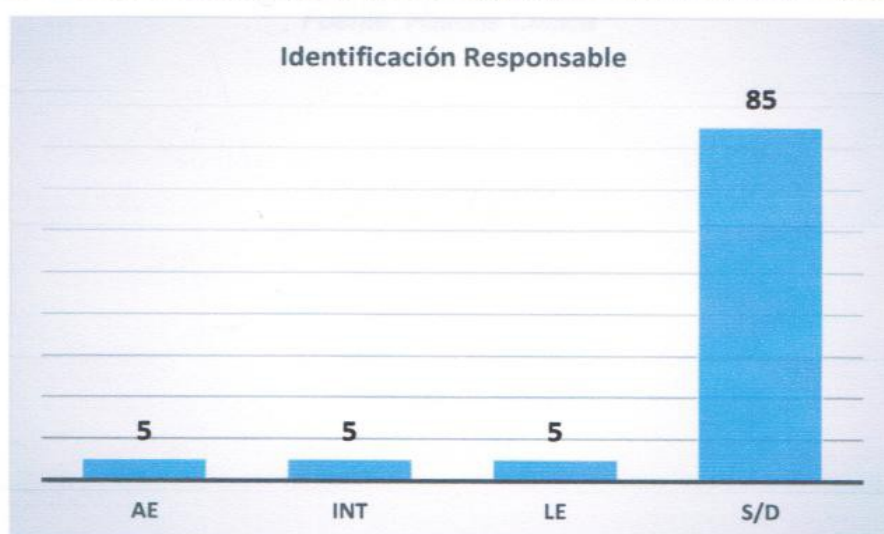
En primer lugar, se observó si figuraba el funcionario responsable de los registros, constatando que sólo quince HC llevaban la identificación del enfermero/a que había intervenido: cinco Aux. Enf., cinco Internos de Enf. y cinco Lic. Enf. ochenta y cinco HC, no tenían datos al respecto.

Tabla 1. Distribución de los registros según identificación del responsable

IDENTIFICACIÓN	Fa	Fr %
AE	5	15
INT	5	
LE	5	
SD	85	85
TOTAL	100	100

Fuente: Historia Clínica

Gráfico 1. Distribución de los registros según identificación del responsable



Fuente: Historia Clínica

b. Fecha

Solo estaban fechadas, veinticinco HC.

Tabla 2. Distribución de los registros según fecha

FECHA DE REGISTRO	Fa	Fr %
SI	25	25
S/D	75	75
TOTAL	100	100

Fuente: Historia Clínica

Gráfico 2. Distribución de los registros según fecha



Fuente: Historia Clínica

c. Turno

En veintitrés HC, figuraba el turno en el cual se había realizado el proceso del alta.

Tabla 3. Distribución de los registros según turno

TURNO DE REGISTRO	Fa	Fr %
SI	23	28
S/D	77	77
TOTAL	100	100

Fuente: Historia Clínica

Gráfico 3. Distribución de los registros según turno



Fuente: Historia Clínica

d. Informe de Alta de Enfermería

No constaba en ninguna HC el informe de alta de Enfermería. En unas pocas, sólo se anotó la palabra "alta", dando a entender que el paciente había egresado.

e. Registros de Valoración de Enfermería

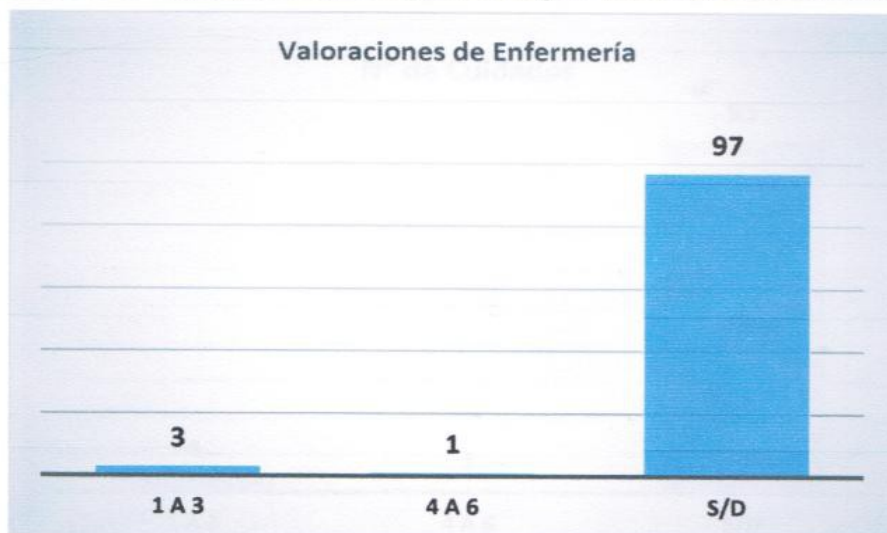
Se verificaron cuatro HC con registros de valoraciones de Enfermería. En tres historias, había menos de tres registros y en una de ellas, más de seis registros.

Tabla 4. Distribución de los registros según valoración de Enfermería

VALORACIONES de ENFERMERÍA	Fa	Fr %
1 a 3	3	4
4 a 6	1	
S/D	96	96
TOTAL	100	100

Fuente: Historia Clínica

Gráfico 4. Distribución de los registros según valoración de Enfermería



Fuente: Historia Clínica

f. Registros de Cuidados de Enfermería

Respecto de los cuidados de Enfermería, en cinco HC, se observaron indicaciones precisas. En cuatro de ellas había dos registros y en otra, cuatro registros.

Tabla 5. Distribución de los registros según cuidados de Enfermería

CUIDADOS de ENFERMERÍA	Fa	Fr %
1 a 3	4	5
4 a 6	1	
S/D	95	95
TOTAL	100	100

Fuente: Historia Clínica

Gráfico 5. Distribución de los registros según cuidados de Enfermería



Fuente: Historia Clínica

g. Registros de Diagnósticos de Enfermería

En ninguna HC de las cien, se encontró registros que dieran cuenta de los diagnósticos de Enfermería.

h. Destino de Usuario

En cinco HC se señala que los usuarios son dados de alta al domicilio, en las otras historias no existe especificación.

Tabla 6. Distribución de los registros según destino del usuario

DESTINO del USUARIO	Fa	Fr %
SI	5	5
S/D	95	95
TOTAL	100	100

Fuente: Historia Clínica

Gráfico 6. Distribución de los registros según destino del usuario



Fuente: Historia Clínica

i. Indicaciones de Enfermería

Se encontraron indicaciones en tres HC. En dos casos, había dos indicaciones y en otro, cuatro indicaciones.

Tabla 7. Distribución de los registros según indicaciones de Enfermería

INCACIONES de ENFERMERIA	Fa	Fr %
1 a 3	2	3
4 a 6	1	
S/D	97	97
TOTAL	100	100

Fuente: Historia Clínica

Gráfico 7. Distribución de los registros según indicaciones de Enfermería



Fuente: Historia Clínica

j. Motivo del alta

Solo se registró el motivo del alta, en una historia: por mejoría.

k. Coordinación de Traslado

En una sola HC se especificó que el traslado se hizo en ambulancia.

I. Coordinación de Servicios

En veintitrés HC, se observaron registros de coordinación con otros Servicios.

Tabla 11. Distribución de los registros según coordinación con otros servicios

COORDINACION SERVICIOS	Fa	Fr %
SI	38	38
S/D	62	62
TOTAL	100	100

Fuente: Historia Clínica

Gráfico 11. Distribución de los registros según coordinación con otros servicios



Fuente: Historia Clínica

m. Complicaciones Postquirúrgicas

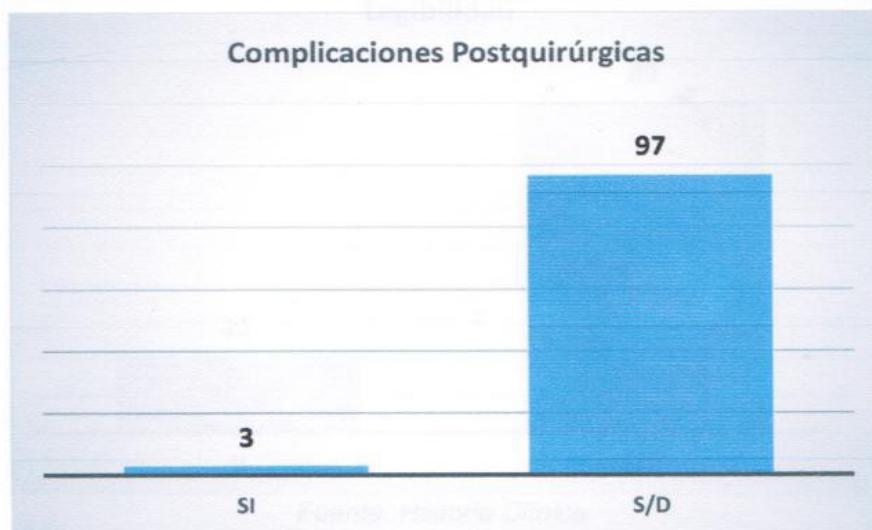
En cuatro HC se encontraron registros sobre complicaciones postquirúrgicas. En las historias restantes no había precisiones sobre este punto.

Tabla 12. Distribución de los registros según complicaciones posquirúrgicas

COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Fa	Fr %
SI	3	3
S/D	97	97
TOTAL	100	100

Fuente: Historia Clínica

Gráfico 12. Distribución de los registros según complicaciones posquirúrgicas



Fuente: Historia Clínica

n. Legibilidad

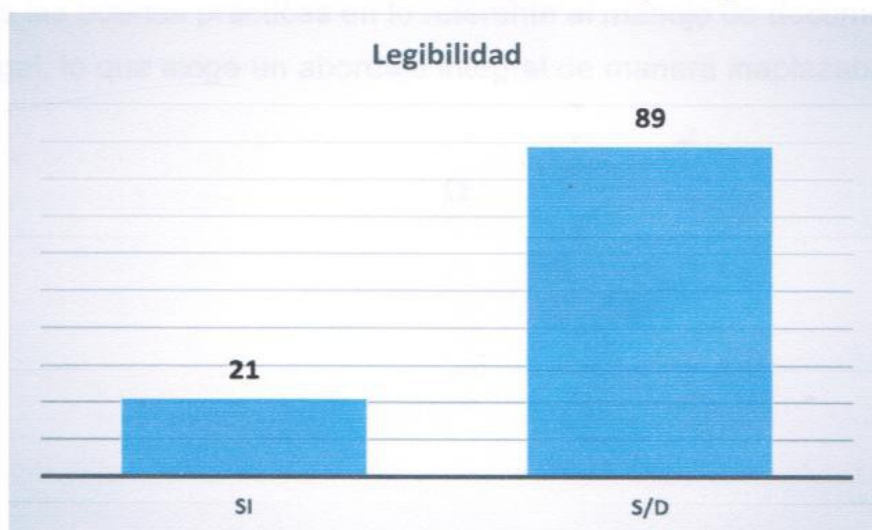
Finalmente, sobre la legibilidad de los registros presentes en las HC, se constató que solo en veintiuna historias es clara la escritura.

Tabla 13. Distribución de los registros según legibilidad

LEGIBILIDAD	Fa	Fr %
SI	21	21
S/D	79	79
TOTAL	100	100

Fuente: Historia Clínica

Gráfico 13. Distribución de los registros según legibilidad



Fuente: Historia Clínica

Al analizar globalmente los datos recogidos en las cien HC (Tabla 14), se observa que el déficit de información es altamente negativo. Teniendo en cuenta la normas legales e institucionales que regulan la confección de la documentación clínica y entre ella, los registros de Enfermería, los resultados de este estudio muestran una adherencia muy escasa a dichas reglas.

Por otra parte, si las anotaciones que consigna Enfermería dan cuenta de la continuidad de los cuidados y de la calidad de los mismos, la falta de información tiene un impacto superior, involucrando distintas dimensiones del sistema sanitario y a distintas personas: miembros de equipo de salud, usuarios, familias, sociedad y a las autoridades que toman decisiones.

En este caso, ninguna de las HC cumplió suficientemente con los estándares mínimos de las buenas prácticas en lo referente al manejo de documentos clínicos de valor legal, lo que exige un abordaje integral de manera inaplazable.

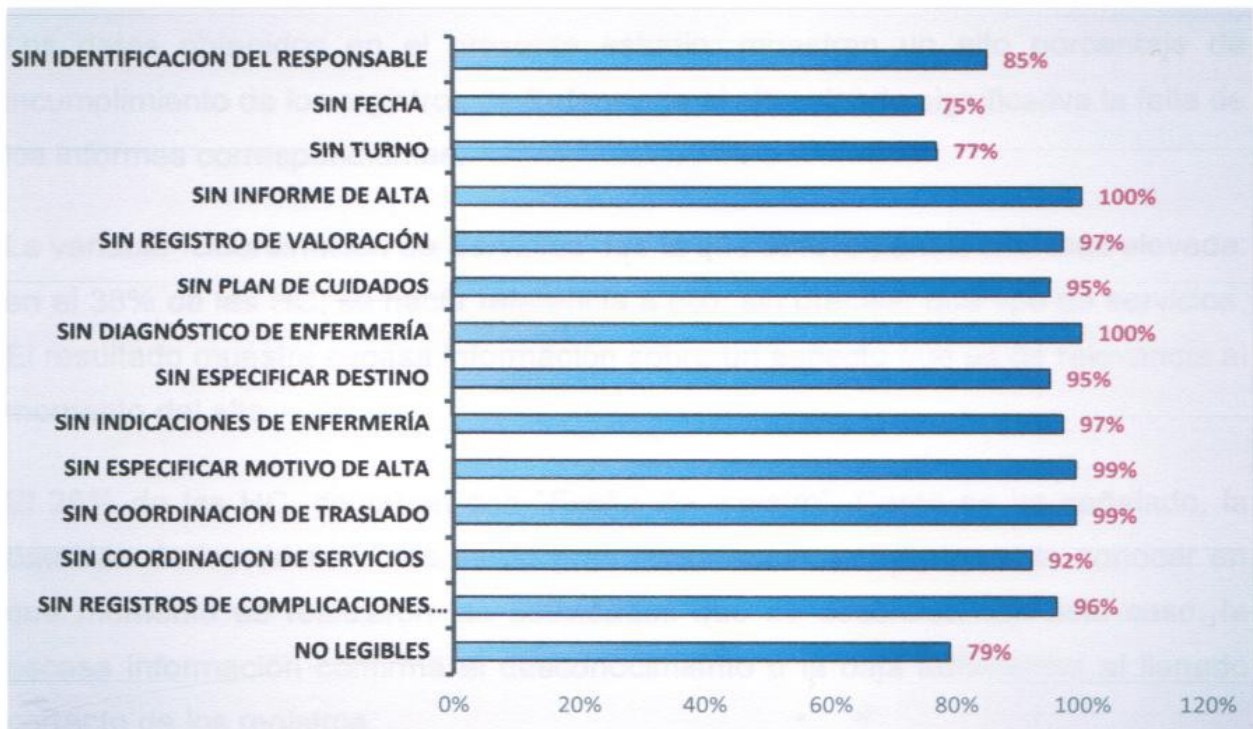
Ω

Tabla 14. Distribución total de los registros de acuerdo a los indicadores preestablecidos

VARIABLE	INDICADOR	Fa	Fr (%)
<i>Identificación Responsable</i>	AE	5	5
	INT	5	5
	LE	5	5
	S/D	85	85
<i>Fecha de Registro</i>	SI	25	25
	S/D	75	75
<i>Turno del Registro</i>	SI	23	23
	S/D	77	77
<i>Contiene Informe de Alta de Enfermería</i>	SI	0	0
	S/D	100	100
<i>Registros de Valoración de Enfermería</i>	1 a 3	3	3
	Más de 6	1	1
	S/D	97	97
<i>Registros de Cuidados de Enfermería</i>	1 a 3	4	4
	4 a 6	1	1
	S/D	95	95
<i>Diagnósticos de Enfermería</i>	SÍ	0	0
	S/D	100	100
<i>Registro de Destino del Usuario</i>	DOMICILIO	5	5
	S/D	95	95
<i>Indicaciones de Enfermería</i>	1 a 3	2	2
	4 a 6	1	1
	S/D	97	97
<i>Motivo del Alta</i>	SI	1	1
	S/D	99	99
<i>Coordinación de Traslado</i>	AMBULANCIA	1	1
	S/D	99	99
<i>Coordinación de Servicios</i>	SI	38	38
	S/D	92	92
<i>Complicaciones Postquirúrgicas</i>	SI	4	4
	S/D	96	96
<i>Legibilidad</i>	SI	21	21
	S/D	79	79

Fuente: Historia Clínica

Gráfico 14. Representación del déficit de información al alta en las HC (n=100)



Fuente: Historias Clínicas

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en el presente estudio, muestran un alto porcentaje de incumplimiento de los registros de Enfermería al alta, siendo significativa la falta de los informes correspondientes.

La variable “*Coordinación de Servicios*” fue la que obtuvo puntuación más elevada: en el 38% de las HC, se hacía referencia a ello, sin precisar qué tipo de servicios. El resultado muestra escasa información sobre un aspecto que es de relevancia al momento del alta.

El 25% de las HC, contaban con “*Fecha de registro*”. Como se ha señalado, la datación de los documentos es de gran importancia, porque permite conocer en qué momento se realizaron las actividades que se describen. En este caso, la escasa información confirma el desconocimiento o la baja adherencia al llenado correcto de los registros.

En la misma línea, se constató que solo en el 23% de las HC, figuraba el “*Turno*” del responsable del registro, tal como lo exige la normativa vigente.

La variable “*Legibilidad*”, se observó en el 21% de las HC, lo cual es un valor muy bajo, si tenemos en cuenta que es un indicador de la calidad de los registros. Por contraposición, la escritura deficiente en el 79% de las HC, es un dato preocupante, que se debe corregir.

Respecto de la “*Identificación del responsable*” de los registros, solo en el 15% de las HC, se consignó. Es importante recordar que los registros siendo documentos de carácter legal, requieren la identidad del autor, como fue señalado en el cuerpo del trabajo.

El número de “*Indicaciones*”, “*Valoraciones*” y “*Cuidados de Enfermería*”, se verificó en el 3%, 4% y 5%, respectivamente, de las HC. Entendemos que estas actividades alcanzan un número mayor en la práctica y que existe una deficiencia al momento de su registro. Sería incomprensible que el personal de Enfermería realice tan pocas intervenciones de este tipo, aunque el dato no es concluyente dado que no se conoce el periodo de internación del usuario.

El “*Motivo del alta*” y la “*Coordinación de traslado*”, solo se registró en el 1% de las HC. Mientras que en ninguna HC se constató la existencia de “*Diagnósticos de Enfermería*” ni “*Informes de alta de Enfermería*”, siendo que ambas actividades son competencia del Licenciado, según lo indica la Normativa de Enfermería del Ministerio de Salud.

El análisis de los resultados nos lleva a pensar que los problemas principales, se originan en la gestión y en la falta de controles periódicos. El déficit de información contenida en las HC, es un factor que debe ser tratado y subsanado sin postergación. Consideramos que, aunque en el futuro se realicen todos los registros por medio de la informática, no va a ser suficiente, si previamente no se acuerda un método estandarizado, criterios precisos y se mejoran los errores de tipo ortográfico y gramatical. La informática es una herramienta, pero no una solución.

Asimismo, para lograr una mejora en la calidad de la documentación que produce Enfermería, es necesario transformar el modo de pensar y desempeñar la profesión. Esto exige la construcción de una cultura organizacional que se enfoque en la capacitación permanente de los enfermeros, sólo así, podremos sacar provecho de las nuevas tecnologías y el uso de los dispositivos electrónicos en la práctica diaria. De esta manera, la información se podrá administrar de una forma más objetiva, accesible y sistematizada.

La cultura organizacional, además, se funda sobre conceptos precisos, como: la calidad, el liderazgo, los valores, las actitudes y los consensos, lo cual favorece las buenas prácticas en la comunicación, la cooperación y el manejo compartido de información y conocimientos. (20)

Para ello es necesario promover un enfoque sistémico, crear conciencia acerca de la importancia del trabajo individual, puesto en valor junto a las actividades de los demás miembros del equipo sanitario. Los esfuerzos aislados de nada sirven si no se reflejan en el desempeño colectivo; así, la cultura organizacional, la gestión estratégica y el concepto de liderazgo, son los elementos decisivos para impulsar un cambio que garantice la seguridad y calidad de las prestaciones asistenciales, en su más amplio sentido y la satisfacción de las partes involucradas.

El logro de los objetivos desde la perspectiva sistémica, no significa que cada sector sea exitoso o más exitoso que los otros, sino que el desempeño de cada uno sirva al interés común. La competencia no es entre los miembros o departamentos de la organización, sino con el entorno externo, con las otras organizaciones que concursan para ser la más destacada dentro de su rubro y de la comunidad. El éxito es el resultado del apoyo mutuo y de la convergencia de esfuerzos hacia una meta única: el cuidado de calidad. El apoyo recíproco consiste en mejorar lo que hacen los componentes de la organización y también, en compensar las posibles debilidades. Quien o quienes dirigen la gestión, tienen un rol distinto al resto de los integrantes del equipo, deben liderar los cambios, advirtiendo las fortalezas y las limitaciones y haciendo de estas una oportunidad de transformación. Este proceso se articula por medio de distintas estrategias, entre las que se encuentran algunas de las ya mencionadas: mayor idoneidad, mejoras en las remuneraciones, en las condiciones laborales y en las relaciones interpersonales entre las distintas jerarquías. (21)

La gestión y el liderazgo son construcciones íntimamente ligadas y dependientes, incluso, podría decirse que no es posible pensar en una sin la existencia de la otra, por lo que es necesario abordarlas globalmente cuando se pretende profundizar en la dinámica de la organización, con vistas a la optimización de los recursos. Tal perfeccionamiento de la gestión tiene por objetivo maximizar la seguridad y la buena atención del paciente, especialmente durante y después de la hospitalización. (22)

La gestión de la Enfermería, en sus múltiples dimensiones, para superarse a sí misma, debe prepararse adecuadamente desde el punto de vista académico y funcional, para que cada profesional pueda constituirse en un agente de cambio dentro de la organización y en la sociedad, con el fin de contribuir positivamente al estado de bienestar de las personas.

En un mundo que ingresa en su cuarta revolución, la del desarrollo científico-tecnológico, la información y el conocimiento cobra un interés relevante. Por lo tanto, el manejo de la documentación clínica no es una función secundaria, librada a la valoración e intereses personales, es el aspecto sobre el cual se toman decisiones de carácter particular y general. Es el elemento que da cuenta de la

importancia asignada al rol de cada miembro del equipo de salud. De allí que el desempeño enfermero, sea el motor que impulse la adaptación a los nuevos tiempos y la formación permanente para ser competitivos, dentro de un entorno cada vez más exigente.

Los programas de formación y capacitación, así como el desarrollo de una cultura de calidad, son instrumentos que tienen un papel decisivo en la promoción de la profesionalización y la administración de Enfermería, orientada a la mejora asistencial. En ese proceso, el manejo y desarrollo de la información y las aplicaciones informáticas, contribuyen significativamente a los nuevos modelos de gestión y atención centrada en la persona. (23)

Ω

CONCLUSIONES

El estudio realizado, a juicio de los autores, ha logrado alcanzar los objetivos iniciales, respondiendo a la pregunta que motivó la investigación.

Desde el punto de vista intelectual, la preparación del trabajo y la exhaustiva información a la que accedimos a través de la revisión bibliográfica, nos ha permitido comprender que aún queda mucho por hacer respecto de la función administrativa de la Enfermería.

Mientras en el mundo se habla de conceptos tales como software, análisis de datos, Big Data, nuestra disciplina parece ir muchos pasos atrás. Los resultados de la investigación, si bien no son de alcance general, permiten inferir que el sistema de información de la Enfermería adolece de muchas deficiencias, por lo que, más que plantear respuestas, nos enfrenta a nuevas interrogantes:

Es posible que, en el mediano y largo plazo, ¿la Enfermería haga un avance cualitativo en las diversas dimensiones de su ejercicio, especialmente, en la función administrativa?

Los cambios necesarios, ¿deberían ser impulsados desde el interior de la profesión o esperamos que el sistema de salud, nos requiera una transformación profunda?

A nuestro entender, ya en la formación académica, se debe poner el acento en esta área del conocimiento, porque en la realidad en que estamos inmersos, es imposible dissociar el cuidado de la gestión, tanto como separar la acción de la planificación. La función asistencial guarda una relación muy estrecha con los principios de la Administración y es por su intermedio que alcanza niveles de calidad. El uso de las TIC's, facilita la estandarización de la información reduciendo las posibilidades de error, tanto en su construcción, como guardado y difusión, lo cual garantiza la calidad y continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Para finalizar, tomamos las ideas de Collière, al decir que: el rol de la Enfermería es un constructo que responde a un modelo cultural que pretende hacer de ella un sistema de comportamiento preciso, con su propia normativa. De este modo, el cuidado deja de ser un conjunto de actividades que se dan espontánea e

informalmente, convirtiéndose en una serie lineamientos que necesitan ser validados por la ciencia para adquirir rigor profesional. Y agrega que, la educación profesional debe dejar de repetir los viejos conocimientos, tiene que alentar la búsqueda de nuevos conocimientos acordes a la realidad actual, que enseñe a pensar, a razonar y a ser creativos. (24)

Ω

RECOMENDACIONES

Al momento de iniciar el proceso de alta de Enfermería, al igual que en otros países, se pueden incorporar escalas o Índices de aplicación sencilla y muy útiles para orientar la planificación de cuidados, ya que son buenos predictores de las necesidades posthospitalarias de los pacientes (P.e. Índice LACE o Blaylock, pruebas diagnósticas previas al egreso, medición de tasa de reingresos). Asimismo, una lista de chequeo de egreso que contenga las principales actividades a realizar al momento del alta, puede favorecer la sistematización del proceso.

Paralelamente, el control diario del cumplimiento de la normativa ético-legal y la auditoría periódica, son fundamentales para detectar los problemas presentes en los registros, ya que posibilitan por medio de los informes de evaluación, conocer qué tipo de fallas contienen, la magnitud y quienes son los responsables.

Finalmente, la realización de talleres informativos y educativos, acerca de la buena gestión de la documentación clínica, destinados al personal de Enfermería podría contribuir a la construcción de una cultura de calidad y seguridad, en línea con el nuevo modelo de atención.

Ω

Referencias Bibliográficas

1. Guerrero J., Registros de Enfermería: la Historia del Paciente. Índex Enferm vol.13 no.44-45. Granada 2004 [Internet]. Consultado: 20 de diciembre de 2016. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100017
2. Salas Chavarría, L., Hacia el cambio de paradigma en medicina: un reto en salud, Revista de Trabajo Social N° 68, Costa Rica, 2005. Consultado: 20 de diciembre de 2016. Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v30n682005/art2.pdf>
3. Abraham Verghese, B. et al. The American Journal of Medicine (2015) 128, 1322-1324. Consultado: 1 de diciembre de 2016. Disponible en:
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=88278>
4. Lucendo Villorín, J. Noci Belda, J. El informe de alta de enfermería, un instrumento para la continuidad de los cuidados. Enfermería Clínica 2004;14(3):184.
5. Núñez de Sarmiento, M., Gómez, O., El factor humano: resistencia a la innovación tecnológica, Revista ORBIS /Ciencias Humanas, Año 1 / N° 1 / 2005. Consultado: 13 de agosto de 2016. Disponible en:
<http://www.revistaorbis.org.ve/pdf/1/1art3.pdf>
6. Tejera, M. Registro Electrónico de Enfermería Modelo de Datos Básicos Montevideo 2015- 2016. Tesis presentada en opción al grado científico en Máster en Gestión de Servicios de Salud. Facultad de Enfermería, Universidad de la República. 2016.
7. García Ramírez, Navío Marco, Valentín Morganizo (2007) Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Investigación, nº 28, Mayo-Junio 07. Consultado: 13 de agosto de 2016. Disponible en:
www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/335/326
8. Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud, El establecimiento de sistemas de información en servicios de atención de salud - Guía para el análisis de requisitos, especificación de las aplicaciones y adquisición. Washington, D.C.: PAHO, 1999.

9. Arndt, C., Huckabay, L., Administración de Enfermería - Teoría para la práctica con un enfoque de sistemas, Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 1980. Consultado: 22 de setiembre de 2016. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3062>
10. Gómez González J, et al., Sistemas de Información de Cuidados de la Salud, Dpto. Metodología Innovación del Cuidado, Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, España, 2010. Consultado: 22 de setiembre de 2016. Disponible en:
http://www.ome.es/media/docs/sistemas_informacion_sobre_cuidados.pdf
11. Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Tu historia clínica. Noticia del 30/09/2018. Consultado: 5 de octubre de 2016. Disponible en:
<http://www.msp.gub.uy/noticia/tu-historia-cl%C3%ADnica>
12. Levcovitz. E., Galeano, E. Rodríguez R. Sistemas de Información y Registros Asistenciales en Centros de Privación de Libertad: Estado actual y propuesta de expansión. Organización Panamericana de la Salud – Uruguay.
13. Repositorio de Recursos Salud.uy Historia clínica electrónica. Consultado: 5 de octubre de 2016. Disponible en: <https://hcen.salud.uy/web/pub/pyr>
14. Martínez Ques, A. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería, Revista Gallega de Actualidad Sanitaria. Vol. 3, no. 1 marzo 2004; España. Consultado: 9 de octubre de 2016. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/275769013_Aspectos_legales_y_practicos_de_los_registros_de_enfermeria
15. Juvé Udina, E., et al., Análisis de contexto organizativo de la práctica enfermera. El Nursing Work Index en los hospitales públicos, Revista Metas de Enfermería, vol. 10 no. 7, España, sep. 2007. Consultado: 5 de octubre de 2016. Disponible en:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33784/1/615384.pdf>
16. Ramírez, S., et al., Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería, Revista de Enfermería Nure Investigación, nº 28, mayo-junio 2007, España. Consultado: 22 de setiembre de 2016. Disponible en:
<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/335>

17. Ministerio de Sanidad y Política Social (España). Manual de definiciones estadística de centros sanitarios de atención especializada con el internamiento. S/f. Consultado: 5 de octubre de 2016. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2013/DEFINICIONES_C1.pdf
18. Hospital de Clínicas. Procedimiento Alta de Paciente. Consultado: 18 de octubre de 2016. Disponible en: <http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/081alta-de-paciente.pdf>
19. Vignolo, J., Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud, Archivos de Medicina Interna vol.33 no.1, Montevideo, 2011.
20. Carrada Bravo, T. La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura? Rev. Med IMSS 2002; 40 (3): 203-211. Consultado: 18 de octubre de 2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im023e.pdf>
21. Cárcamo-Fuentes C. y Rivas-Riveros E. Estilo de liderazgo en profesionales de enfermería según su función en los sectores público o privado en Temuco, Chile, 2015. Aquichan. 2017;17(1):70-83. DOI: 10.5294/aqui.2017.17.1.7
22. Seija, T. Opiniones sobre gestión y liderazgo en Enfermería. Enfermería Global, Nº 1 noviembre, 2002. Consultado: 5 de octubre de 2016. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/694/724>
23. Fort, Z., Oviedo, A. Actualización. Modelo de Gestión de Calidad de la atención a la ciudadanía desde la dirección técnica del profesional de Enfermería. Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería 2012; 2(1):50-55. Consultado: 18 de octubre de 2016. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/22/actualizacion-modelo-de-gestion-de-calidad-de-la-atencion-a-la-ciudadania-desde-la-direccion-tecnica-del-profesional-de-enfermeria/>
24. Collière, M. Promover la vida. España: McGraw-Hill. 2014.

ANEXO 1

Hospital de Clínicas - Dpto. de Enfermería Protocolo de Enfermería - Procedimiento de Alta del Paciente

	PROCEDIMIENTO	PR-ENF-T081
	ALTA DE PACIENTE	Versión 002 Pág. 1 de 4

REALIZADO por		REVISADO por		APROBADO por	
Nombre: Isabel Andújar		Nombre: Silvia de León		Nombre: Miriam Gorrañi	
Cargo: Lic.En. Esp. Jefe de Sección.	Firma:	Cargo: Lic .Enf. Esp. Jefe de Servicio.	Firma:	Cargo: Lic. Enf.Esp. Directora Dpto. Educación	Firma:
Nombre: Mariela Olivieri		Nombre: Ana Díaz		Nombre: Ana Egula	
Cargo: Lic.En. Esp. Jefe de Sección.	Firma:	Cargo: Lic.Enf. Esp. Jefe de Servicio	Firma:	Cargo:Lic. Enf. Esp. Directora(s) División Enfermería	Firma:
Nombre: Beatriz Bagnasco		Nombre: Nancy Fernández Chaves		Nombre:	
Cargo: Lic.Enf. Esp. Jefe de Servicio	Firma:	Cargo: Lic. Enf Esp. Jefe de Servicio	Firma:	Cargo:	Firma:
Nombre: Marcela Lalane		Nombre: Cristina D'Esteban		Nombre:	
Cargo: Lic.En. Esp. Jefe de Sección.	Firma:	Cargo: Lic .Enf. Esp. Directora de Dpto.	Firma:	Cargo:	Firma:
Fecha: 2/2008		Fecha:08/2011		Fecha: 23/11/2011	

	PROCEDIMIENTO	PR-ENF-T081
	ALTA DE PACIENTE	Versión 002 Pág. 2 de 4

1. OBJETIVO

Facilitar la incorporación del paciente a su ambiente habitual, dando continuidad a los cuidados.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todos los pacientes internados que tengan indicación médica de alta a domicilio.

3. RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del Licenciado en Enfermería la gestión de este procedimiento.

4. DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS

No aplica a este procedimiento.

5. REFERENCIAS

PROT-ENF004 Identificación de paciente.

6. RECURSOS

6.1.- Recursos Humanos

- 1 Licenciado en Enfermería

6.2.- Recursos Materiales

- Lápiz
- Historia Clínica
- Formulario de transporte (si necesita ambulancia)

7. DESCRIPCIÓN

7.1.- Identificar al paciente según PROT-ENF004.

7.2.- Establecer los cuidados que requiere el paciente en domicilio.

	PROCEDIMIENTO	PR-ENF-T081
	ALTA DE PACIENTE	Versión 002 Pág. 3 de 4

7.3.- Brindar información para el alta a domicilio a paciente y/o familia.

7.4.- Solicitar devolución de los cuidados que debe realizar en domicilio, signos y síntomas por los cual debe consultar.

7.5.- Fijar o controlar hora para la consulta de control.

7.6.- Entregar impreso de alta a paciente, familia o cuidador principal.

7.7.- Realizar coordinación con servicio social si requiere transporte para su traslado a domicilio.

7.8.- Realizar solicitud de transporte si es necesario.

7.9.- Brindar información escrita conteniendo:

- Medicación: fármaco, dosis y horario.
- Plan de alimentación.
- Actividad física.
- Cuidados a realizar y número de veces al día.
- Signos y síntomas por los cual debe consultar.
- Fecha de control en policlínica.

7.10.- Despedir al paciente y familia.

8- REGISTROS

Registrar en Historia Clínica: información entregada al paciente y/o familia en forma escrita, conocimientos adquiridos de los cuidados, signos y síntomas de alerta. Hora de consulta a Policlínica. Firmar con nombre, apellido, cargo y n° de reloj del operador.

9. ANEXOS

No aplica a este procedimiento

	PROCEDIMIENTO	PR-ENF-T081
	ALTA DE PACIENTE	Versión 002 Pág. 4 de 4

10. BIBLIOGRAFÍA

10.1.- Manual de Procedimientos Técnicos. Hospital de Clínicas. División Enfermería. Uruguay; 2003.

10.2.- Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona.1988.Pág. 6,7.

10.3.- Knight Macheca, M. K. Alta hospitalaria de los clientes. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid.1999.Pág. 16 - 23.

10.4.- Sorrentino, S.A. Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A. Madrid.1994.Pág. 331,332.

10.5.- Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 20.

10.6.- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 16,17.

10.7.- Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 25.

10.8.- Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 37-45.

11. MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Modificación
001	02/2008	Versión inicial
002	23/11/2011	

ANEXO 2

Instrumento de recolección de datos

Marcar con una cruz, según corresponda, cada ítem encontrado o no en la HC

1	Contiene registros de alta de Enfermería	Si	No
2	Contiene Fecha del registro	Si	No
3	Contiene Turno del registro	Si	No
4	Identificación del responsable del registro	Si	No
☐	a. Lic. Enf.	Si	No
☐	b. Interno Enf.	Si	No
☐	c. Aux. Enf.	Si	No
5	Contiene registros de Valoración del Enfermería del usuario al alta	Si	No
6	Número de Registros de Valoración de Enfermería al alta	1 a 3 4 a 6 + 6	
7	Contiene registros de Cuidados de Enfermería	Si	No
8	Número de registros de Cuidados de Enfermería	1 a 3 4 a 6 + 6	
9	Contienen Diagnóstico de Enfermería al alta	Si	No
10	Número de registros de Diagnóstico de Enfermería al alta	1 a 3 4 a 6 + 6	
11	Contiene información sobre el Destino del usuario	Si	No
☐	Especificar el Destino del usuario	Si	No
☐	Domicilio	Si	No
☐	Residencia	Si	No
☐	Transferencia	Si	No
☐	Otra Institución	Si	No
☐	Morgue	Si	No
12	Indicaciones de Enfermería al usuario y flia. por escrito	Si	No
13	Número de Indicaciones de Enfermería al usuario y flia.	1 a 3 4 a 6 + 6	
14	Contiene información sobre el motivo del alta del usuario	Si	No
15	Contiene registros sobre Coordinación de traslado	Si	No
16	Especifica medio de traslado	Si	No
☐	Ambulancia	Si	No
☐	Camilla, silla de ruedas	Si	No
☐	Por sus medios	Si	No
17	Contienen registros sobre Coordinación con otros Servicios de referencia (policlínica, controles)	Si	No
18	Contiene registros sobre Complicaciones post cirugía	Si	No
19	Legibilidad de los Registros de enfermería	Si	No