



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA



REGISTROS DE ENFERMERIA DE VISITAS DOMICILIARIAS EN PRIMER NIVEL DE ATENCION

Centro de Salud Cruz de Carrasco Octubre 2009 a marzo
del 2010.

Autores:

Br. Biurrún, Esteban
Br. Echaniz, Máximo
Br. Michalski, Paula
Br. Robano, Carla

Tutoras:

Prof. Lic. Enf Berrenechea, Cristina
Prof. Adj. Lic. Enf. Crosa, Silvia

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

Montevideo, 2010

Agradecimiento

Los responsables de esta investigación agradecemos la colaboración de las tutoras y de los expertos entrevistados así como también al personal de la policlínica por su disposición.

Tabla de contenido

❖ Resumen.....	Pág.4
❖ Introducción.....	Pág.5
❖ Fundamentación.....	Pág.6
❖ Antecedentes.....	Pág.7
❖ Objetivos.....	Pág.10
❖ Marco conceptual.....	Pág.11
❖ Diseño metodológico.....	Pág.16
❖ Resultados.....	Pág.21
❖ Análisis.....	Pág.30
❖ Conclusión y sugerencias.....	Pág.33
❖ Bibliografía.....	Pág.35
❖ Anexos.....	Pág.36

Resumen

Se realizó esta investigación con el fin de conocer que características tenían los registros de Enfermería de visita domiciliaria en el Programa Aduana en el Centro de Salud Cruz de Carrasco.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, que incluyó todos los registros de Enfermería en visita domiciliaria en niños menores de 2 años comprendido en el periodo Octubre 2009 Marzo 2010.

La población obtenida fue de 88 niños que tenían registro de Enfermería relacionado a la visita domiciliaria comprendido en el periodo anteriormente mencionado. La recolección de los datos fue a través de un instrumento exclusivo elaborado por el equipo.

Pudimos concluir que en los instrumentos de registro analizados en su mayoría no cuentan con algunas variables o registros propuestos por el Programa Aduana, es decir registros ausentes o insuficientes, el cual no se ve una estandarización en los registros por parte de Enfermería.

Los registros de Enfermería son escasos en planilla e historia clínica en comparación con el resto de los instrumentos, los mismos son supervisados por la Licenciada en Enfermería.

Introducción

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cuatro estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería. Nos planteamos como problema cuáles son los registros de enfermería de visitas domiciliarias realizadas a los menores de 2 años incluidos en el “Programa Aduana” en el periodo Octubre 2009 a Marzo del 2010, en el Centro de salud Cruz de Carrasco.

Destacamos a los registros de enfermería como una de las principales actividades de nuestra profesión, así como las de todos las que integran el equipo de salud. Tomando a la historia clínica como un documento legal donde queda registro constatable de los cuidados. Los registros permiten la evaluación y unificación de los mismos, la comunicación con el personal, la enseñanza y la realización de investigaciones y estudios estadísticos.

Para enmarcar el problema de investigación se selecciona un programa de atención. En este caso se ha elegido al “Programa Aduana” el cual sugiere un sistema de registros de enfermería como herramienta para poder realizar el seguimiento de los niños menores de dos años, dichos datos se recaban a través de un instrumento elaborado por el grupo con el fin de contrastar la teoría con la realidad del servicio en el cual se realiza dicha investigación.

Fundamentación del tema

Los registros son importantes en todos los ámbitos, especialmente en el de la salud. Dentro de éste, los registros de enfermería importan por varios motivos, podemos destacar que estos cumplen un rol importante en el desarrollo de la enfermería como disciplina profesional ya que a través de estos queda constatado su desarrollo.

El profesional de enfermería que desarrolla su tarea en la comunidad utiliza gran cantidad de información. Un buen registro de esta permite obtener beneficios ya sea para el usuario debido a que un adecuado registro evita duplicidades y pérdida de tiempo y por otra parte son imprescindibles para evaluar el proceso de atención que realiza la enfermera y por lo tanto la calidad del mismo. Si no se registra el actuar de enfermería es imposible constatar los procedimientos que se realizan para la atención de la salud de los usuarios.

También permiten la comunicación entre los distintos integrantes del equipo de salud en este caso de primer nivel de atención pero a la vez diferencia la atención propia de enfermería de la del resto del equipo, los registros de esta manera logra unificar los cuidados al paciente ya que puede llevar un control de los diagnósticos y tratamientos anteriores.

La historia clínica es un documento medico legal por lo tanto los registros de enfermería en esta dan a sus acciones cobertura legal por esta razón en la practica se dice que “todo lo que no esta escrito, no esta hecho” tanto como para el ámbito legal como para el actuar de enfermería del resto del personal de salud e importante no solo la existencia de los registros sino que estos sean claros concretos y precisos. La ausencia o un inadecuado registro además de indicar poca profesionalidad pueden tener graves repercusiones así sea a nivel ético legal como también en el cuidado integral de los usuarios.

A parte de todos los fines anteriores los registros son útiles a la hora de realizar investigaciones así como también para estudios estadísticos y para la enseñanza.

Los resultados obtenidos en dicha investigación podrán aportar al Centro de salud una base de datos acerca de los registros de las visitas domiciliaria los cuales se podrán utilizar para contrastar con los datos del marco teórico y allí poder detectar aciertos y carencias de dichos registros.

Luego de contrastar los resultados, plantear a los funcionarios la idea de crear un instrumento único de visita domiciliaria en el cual estén plasmado todos los registros de acuerdo al marco teórico utilizado en dicha investigación lo cual tiene como fin enriquecer la calidad de la asistencia brindada en las visitas domiciliarias.

Cabe destacar que el grupo no busca juzgar el funcionamiento del Centro sino que aportar información que facilite la recolección de datos en las visitas domiciliarias.

Antecedentes

Llevando a cabo la búsqueda de trabajos realizados anteriormente con temática similar o igual encontramos a nivel internacional dos trabajos con tema de estudio enfocado en los registros de Enfermería.

En uno de ellos Méndez y colaboradores estudiaron la trascendencia que tenían los registros de enfermería en el expediente clínico, en segundo nivel de atención.¹ Los mismos investigaron como manifestaba la Enfermería su interés en los registros que realizaba y la utilidad que les daba a estos en el Instituto Nacional de Cardiología (INC) Ignacio Chávez de México. Realizaron una investigación prospectiva transversal con muestra probabilística aplicando un formulario de entrevista a 62 enfermeros del servicio durante el periodo comprendido del 19/10/99 al 5/11/99. Concluyen que una parte importante de las Enfermeras/os cuenta con escasa experiencia en el manejo de los registros de Enfermería y no le dan la debida importancia a estos ignorando por completo Los aspectos psicoemocionales, socioeconómicos y espirituales lo cual trae como consecuencia que los registros y/o anotaciones tengan deficiencias.

Se encuentra otro estudio realizado en España sobre los registros de Enfermería unidad de cuidados intensivos (U.C.I) de Alegría Capel y colaboradores. Se realizo con el fin de comprobar si el registro de los planes de cuidados en dicha unidad mediante un sistema de información clínica reflejaban las actuaciones de Enfermería.² Realizaron un estudio prospectivo desde diciembre de 1998 hasta marzo de 1999 hasta completar 60 pacientes, los enfermeros fueron divididos en 2 grupos a uno de ellos se les aplico el sistema de información clínica y al otro el sistema convencional. Concluyen que “el registro informático” de los cuidados de Enfermería con sistema de información clínica es superior al realizado mediante graficas convencionales. La labor y control sobre los planes de cuidados no es sustituido por la informatización, es una nueva herramienta que puede colaborar a una mejor organización del trabajo.

A nivel nacional (Facultad de Enfermería) existen 4 investigaciones a titulo de tesina de grado.

En una de ellas se realizo un estudio con el propósito de identificar cuales eran los motivos relacionados con la existencia de irregularidades en el uso de la cuadrícula de la historia clínica utilizada por el personal de enfermería en los servicios de medicina, cirugía y urología del hospital de clínicas.³ Para esta se realizo un estudio descriptivo de corte transversal en el periodo febrero marzo de

¹ Méndez G, et al. La trascendencia que tienen los Reg. Enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de enfermería. Cardiología. [en línea] p.11-17, 2001 disponible en: <http://www.Medigraphic.com/español/e-htms/e-enf/e-en2001/e-emq14/en011.htm>.

² Alegría Capel A, et al .Evolución de los Reg de enfermería ¿informática o grafica convencional? Revista semestral de enfermería N°2 [En línea] 2003 disponible en: <http://www.um.es/eglobal/2/pdf/o2b07.pdf> [fecha de acceso 23 de noviembre de 2009].

³Azcurrea P. Cebey, Peluca T, Etcheverria L. Zunino C. Motivos por los cuales se dan irregularidades en el uso de la cuadrícula, Montevideo: INDE, 1998 [Tesina]

1998 con una muestra elegida por conveniencia, concluyen que: “la mayoría de personal de enfermería no utiliza la cuadrícula con la finalidad a la que fue creada, los registros no contemplan la totalidad de los ítems de la cuadrícula, las irregularidades no son por falta de instrumentos, el motivo primordial es la falta de tiempo.”

Otro estudio se realizó en el Hospital de Clínicas en los servicios quirúrgica A y B, con el propósito de establecer como traducía Enfermería en un registro la atención usuario en postoperatorio inmediato, utilizaron un estudio descriptivo de corte transversal en el periodo mayo octubre 2001. ⁴ La muestra fue por conveniencia y se incluyeron todos los registros de Enfermería de las 40 historias clínicas brindadas por el servicio de registros médicos del Hospital de Clínicas, concluyen que: “existe déficit en los registros de dimensión exactitud, la población de auxiliares de enfermería no mantenían orden lógico ni eran objetivos en su documentación, las valoraciones al usuario no eran completadas de acuerdo a un modelo elaborado por los autores.

En el 50% se registro diagnóstico de Enfermería, el 100% de las licenciadas de Enfermería registraron las intervenciones realizadas al usuario. Los registros del área independiente eran escasos por parte de las auxiliares de Enfermería, no se utiliza la cuadrícula como debe ser según el fin al que fue creada.”

El tercer trabajo encontrado fue un estudio descriptivo transversal del año 2001 para determinar en que categoría del estándar de los registros de cuidados se ubican los registros de Enfermería en las historias clínicas en los usuarios hospitalizados con catéter vesical en el servicio de urología del Hospital de Clínicas.⁵ Se realizó mediante la elaboración de una planilla basada en el estándar de registros de cuidados se recogieron datos correspondientes a los 4 turnos durante 14 días. Concluyen que: “los registros del Hospital de Clínicas de los cuidados de enfermería en los que se refiere a procedimientos de cateterización vesical no cumplen con la finalidad de constituir un instrumento a través del cual se pueda evaluar al calidad de los cuidados administrativos dado que a través de la identificación de sus características se ubicaron en su mayor porcentaje en la categoría C del estándar.”

Los resultados que se obtuvieron en estas investigaciones demuestran que los registros de Enfermería son escasos, tienen deficiencias y los instrumentos utilizados no cumplen satisfactoriamente con la finalidad para la cual fueron creados.

Se encontró un trabajo de investigación final con objeto de estudio en registros de Enfermería en el programa de atención a las púerperas adolescentes, realizado en la policlínica de la intendencia municipal de Montevideo en el periodo comprendido entre Diciembre 2003- Mayo 2004. La investigación realizada fue descriptiva

⁴Calvo L, Esmoris C, Ferraro S, Landanberry D, Pérez C. Registros de enfermería en la atención al usuario en post operatorio inmediato de los servicios quirúrgicos A y B del Hospital de Clínicas en el periodo Mayo-Octubre 2001. Montevideo : INDE , 2002 [Tesina].

⁵ Capes A, De la peña A, Gil R, Perez M, Sosa L, Velásquez S. Registros de enfermería en usuarios hospitalizados con catéter vesical en el servicio de Urología del Hospital de Clínicas. Montevideo INDE, 2000 [Tesina].

transversal y la recolección de datos se elaboro mediante un instrumento realizado por las investigadoras.

Se obtuvieron 121 registros de Enfermería en un total de 65 puérperas adolescentes que se asistían en 7 policlínicas de la IMM que cumplían con los requisitos de inclusión y exclusión.

Se concluyo que: “además de existir historia clínica y planillas de recolección de datos, existen otros tipos de registros no estandarizados en un porcentaje importante. Los registros existentes no son acordes a los objetivos del programa debido a que son insuficientes o ausentes y además carecen de carácter legal por falta de coordinación.

Enfermería registra poco en la historia clínica y tanto en esta como en los otros tipos de instrumentos como los registros fueron realizados y/o supervisados por la Licenciada en Enfermería.”

Pregunta de investigación

¿Cuales son los registros de enfermería que se realizan a los menores de 2 años que presentan Visitas Domiciliarias realizadas en un plazo de 6 meses en el Centro de Salud Cruz de Carrasco?

Objetivo general

Describir los registros de Enfermería encontrados en las Visitas Domiciliarias realizadas a menores de 2 años, en un periodo de 6 meses en el Centro de Salud Cruz de Carrasco

Objetivos específicos

En relación a la población mencionada:

- ❖ Identificar la existencia registros de enfermería de las visitas domiciliarias.
- ❖ Identificar los instrumentos de registros de enfermería de las visitas domiciliarias.
- ❖ Identificar el contenido de los registros encontrados.

Marco Conceptual

Registrar es “apuntar, anotar. Por tanto una actividad elemental.” Según la definición de la OMS, registrar implica “llevar un registro permanente, con identificación personal, y con la intención de efectuar alguna acción posterior como el seguimiento.” Los registros pueden tener finalidad administrativa o finalidad clínica.

Características de los registros: Permanencia, identificación personal, intención de su utilización posterior.

Un registro es inútil si no hay intención de su utilización posterior, pierde su eficacia y se rechaza al llevarse a cabo. Según Juan Gervaz del equipo Cesca ⁶ de España los registros habituales de atención primaria son: historia clínica, recetas, informes de interconsulta, informe de pruebas complementarias (laboratorio, radiología, certificados, justificaciones de ausencia de trabajo, fichero de edad y sexo, declaración de las enfermedades de declaración obligatoria, diarios de aviso domiciliario, tarjetas de paciente.)

Afirma también que la existencia de buenos registros facilita la implantación de un sistema de información coherente y la evaluación de los servicios.

Tipos de registros:

Historia Clínica: es el conjunto de documentos que va generando el usuario durante su pasaje por un centro de salud, de asistencia y durante su contacto con el equipo de salud. Cada profesional que atiende al paciente deja sentada toda la información, ya sea de tratamiento, procedimientos, diagnósticos pero también permite acceder a información sobre diagnósticos y tratamientos anteriores. Es un único documento donde se incluye toda la información relativa a la salud de un usuario, sus alteraciones y su evaluación.

El diseño de las historias clínicas puede ser variable, pero ha de cumplir unos mínimos señalados por la OMS: -Identificar claramente la persona

- ❖ Ser legible e intangible
- ❖ Ser fiable, concisa y estar organizada lógicamente
- ❖ Ser resistente al deterioro, identificar a las personas que hacen las anotaciones
- ❖ Ser accesibles

Se reconocen varios tipos de registros. La historia clínica es reconocida como un instrumento para evaluar la calidad de atención brindada al paciente y el rendimiento de los recursos del hospital. Constituye una pieza de comunicación esencial la que depende en buena parte el cuidado del usuario, la investigación, la educación y la evaluación del uso de los recursos del trabajo realizado.

Adecuados registros reflejan un trabajo multidisciplinario de alta calidad.

La historia clínica deberá contener suficiente información para justificar un diagnóstico el tratamiento y para documentar los resultados con exactitud.

Es un documento de trascendencia legal. Integra el grupo de los documentos médicos legales junto con las recetas informes consultas certificados varios.

⁶Gervaz J. et al : Los sistemas de registro en la atención primaria de salud. Madrid Diaz de Santos , 1987. p. 1-23

La historia clínica es tomada como un registro primario y para una mayor utilización de este documento, el sistema hospitalario se compone de otros registros indispensables para el acceso al material privado. Estos registros se denominan secundarios puesto que complementan a los registros primarios.

La planilla es un instrumento de registro manual o electrónico en el cual se plasman distintos tipos de datos útiles para planificación y la organización de la atención de los usuarios y la unificación de la recolección de datos. Para el programa de salud sexual y reproductiva, existe una planilla de recolección de datos (seguimiento y captación del programa aduana) que contiene datos filiatorios de la madre, recién nacido próxima cita, método anticonceptivos adoptado y observaciones.

En la tarjeta de registros se encuentran datos específicos (identificación datos filiatorios u otros) que permiten el seguimiento de cada paciente y puedan obtenerse rápidamente para dar a conocer datos concretos.

No fue hasta la tecnificación de las ciencias de la salud (siglo XX), que la enfermera comienza a registrar y firmar en forma habitual. Es un hecho que las disciplinas científicas consiguen su desarrollo gracias a los registros de Florence Nightingale⁷, que insistía en la necesidad de que las enfermeras registraran. Que dejaran constancia de todo lo que realizaban para llevar a cabo el cuidado. Si no registramos nuestro hacer, es imposible constatar aquello imprescindible y específico que aportamos a la atención de la salud. Es imposible alcanzar el nivel de profesionalización de una actividad si esta no queda recogida en documentos que puedan luego ser sometidos a análisis y contra estación.

El registro de Enfermería favorece el desarrollo de esta como disciplina y contribuye al intercambio de información entre profesionales, mejorando la calidad de cuidados y permitiendo diferenciar su actuar de la del resto del equipo de salud.⁸

La Historia Clínica es utilizada como instrumento legal en el cual las enfermeras tienen una participación importante, ya que ellas deben registrar cada momento de la evaluación del paciente y así determinar las necesidades y cuidados que se requieran, ya sean físicas, sociales o psicológicas.

El registro puede dar cobertura legal a las acciones de Enfermería. Según S. Melia⁹ la historia clínica tiene un alto valor medico legal, si hay omisión de registro, "lo que no se escribe, no se hizo".

La historia clínica en Enfermería:

- Permite una evaluación para la gestión de los servicios de Enfermería, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal.

⁷ Florence Nightingale: 1820-1910 Enfermera Italiana reformadora del sistema sanitario.

⁸ Garcés B, Leal C. Los registros de enfermería Consideración ético legales [En línea] <http://www.instance.es/inspeccion/uvmi/inde2086.htm> [fecha de acceso 23 de noviembre 2009]

⁹Melia S. Factores de prevención de la mala praxis medica suplemento derecho medico [fecha de acceso 23 noviembre de 2009]

- Permite la investigación de Enfermería.
- Permite la formación pregrado y postgrado.

En las formas de Lyer (1989) se establece que para la correcta anotación de registros, la documentación:

- ❖ Debe estar escrita de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor a opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente los familiares y el equipo sanitario.
- ❖ Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- ❖ Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como “normal”, “regular”, etc.
- ❖ Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- ❖ La anotación debe ser clara y concisa.
- ❖ Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble, trazar una línea sobre los errores.
- ❖ Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usaran solo las abreviaturas de uso común.¹⁰

Visita Domiciliaria

Entendemos la visita domiciliaria de Enfermería como el encuentro de la enfermera con el usuario y/o la familia en su lugar de residencia, siendo una de las acciones primarias para llevar a cabo la Atención Integral a la Salud.

La visita domiciliaria como actividad del equipo debe estar enmarcada en los programas de salud. Se trata de una oportunidad única para observar como se desenvuelve la familia en la vivienda, que hábitos y conductas desarrolla, siendo esto difícil de valorar desde la consulta en el centro de salud. La actividad domiciliaria es un esquema de relación “paciente-entorno” y no un esquema de curación de tratamiento individualizado.”

- ❖ Programa de Atención Integral al Niño.
- ❖ Dentro de éste se encuentran los siguientes programas de enfermería: Aduana y Lactancia.
- ❖ Programa de Enfermería Aduana.
- ❖ Programa de Enfermería Lactancia Materna.

¹⁰ El proceso de atención de enfermería. Las mamas de Lyer [En línea] disponible en <http://www.tierra.medica.net/2003/0414/noticias1.shtml> [fecha de acceso 23 de noviembre de 2009].

Marco Referencial

Programa Aduana

El Programa Aduana funciona desde hace aproximadamente 30 años dentro del RAP-ASSE. En el año 1971 a instancias del Prof. Dr. Ramón Guerra se creó dentro del área materno infantil, un subprograma denominado "Programa Aduana" cuyo objetivo fue asegurar el control de recién nacidos y lactantes luego del alta hospitalaria. Articula actualmente los servicios hospitalarios del Centro Hospitalario Pereira Rossell, del Hospital de Clínicas y los efectores de Primer nivel coordinados desde el Programa Aduana: Centros de salud de SSAE, Policlínicas Municipales (IMM), y médicos de familias.

Objetivos:

- ❖ Asegurar el control y seguimiento del recién nacido
- ❖ Asegurar el control y seguimiento del lactante hasta el año de vida.
- ❖ Disminuir la morbilidad neonatal y la oportuna captación del recién nacido

Entrada:

Usuario

Los beneficiarios del programa son recién nacidos y lactantes cero hasta el año de vida, dichos usuarios ingresan a través del programa aduana, donde niños recién nacidos son derivados desde el centro de referencia hacia los centros periféricos, Para llevar a cabo dicho programa no es necesario una infraestructura especial, sino redistribuir los recursos humanos, materiales y financieros ya existentes en el centro de salud.

Este programa funciona de la siguiente manera: una vez que el niño nace se envía al centro los partes de los nacimientos pertenecientes a los diferentes centros de referencia (centro hospitalario Pereyra Rossell, y hospital de clínicas) en el cual se especifican los datos de madre y recién nacido al igual que domicilios, luego se da un plazo para concurrir de forma espontánea, de no realizarlo se trata de captarlo de forma activa por medio de las visitas domiciliarias

Procesador

La modalidad de trabajo cabe mencionar que comienza a la hora 8 donde el personal de archivos nos alcanza las historias clínicas, acompañado del parte diario de pediatría donde tiene los nombres de los usuarios que tienen consulta así como el nombre e las diferentes pediatras.

Los usuarios son llamados todos juntos para que realicen la entrega del comprobante de control donde aclara día, mes, hora, pediatra, nombre y C.I. del usuario los recién nacidos que concurren por primera vez lo hacen sin fecha , ni hora haciéndosele en pediatría controle pertinentes de peso , talla ,perímetro cefálico , además de llenársele una ficha personal con datos ,para luego ser ingresado al programa de ahí en mas la encargada del plan aduana se encarga de darles fechas y hora para próxima consulta (los recién nacidos hasta el mes de nacidos concurren una vez por semana sin pasar por ventanilla). Luego se realiza una clasificación donde los usuarios menores de 1 año quedan en poder de la compañera de programa aduana y lactancia el resto de los controles son realizados por 2 auxiliares de enfermería.

Una vez que el usuario ingresa al consultorio, se le solicita como requisito previo el carné de control y vacunas vigente, en caso de no estar vigente, este es derivado a la vacunadora para que sea llamado e inmunizado.

Esto nos ha permitido que sea un porcentaje muy pequeño el que no presente CEV vigente. Luego se realiza una valoración al binomio madre-hijo donde se realiza, educación sobre diferentes aspectos .también se le anota en el programa Lactancia se le pide a la madre que demuestre como prende a su bebe a pecho educándola en muchos casos con respecto a técnica de amamantamiento, posiciones para el mismo, aclaración de dudas, desmitificación sobre lactancia, conocer al binomio y su entorno permitiendo clasificarlo en riesgos. Luego de realizada la entrevista se desglosa si el binomio necesita una visita domiciliaria, volver antes de la fecha determinada.

Con respecto a el sistema de registro se realiza a través de una tarjeta de seguimiento del programa aduana, que se encuentran ordenadas por mes, día nacimiento y en la historia clínica del usuario. Como registro informal se lleva a cabo una hoja de entrevista que se le realiza a la madre en su primer control realizado por la compañera que lleva programa aduana, que esta a su vez luego que el niño cumple los 2 meses de vida corresponden al programa lactancia, esta ficha permite detectar factores de riesgo para el lactante.

Luego que el binomio madre – hijo es valorado y registrado es llamado por la pediatra.

Los días lunes, miércoles y viernes se realiza visita domiciliaria en los horarios de 12:00 a 15:00 a aquellos usuarios que ha sido priorizados según el riesgo.

Con respecto al funcionamiento encontramos como problemas: el acceso a las historias clínicas.

Salida:

Usuarios

Estos salen del programa por:

- ❖ Cumplieron la edad de 2 años
- ❖ Fallecimiento

Diseño metodológico

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

Población

Registros de Enfermería vinculados a todos los menores de 2 años de edad, a los cuales se les realizó visita domiciliaria, en el periodo Octubre 2009-Marzo 2010 en el Centro de Salud Cruz de Carrasco.

Criterios de inclusión

-Todos los registros de Enfermería sobre niños menores de 2 años los cuales tengan una o más visitas domiciliarias por parte de enfermería, en el periodo comprendido del 1 Octubre del 2009 al 30 de Marzo del 2010.

Recogida de datos

A través de un instrumento elaborado por los investigadores. (ver anexo 2)

Materiales y métodos

Como punto de partida para dicha investigación se creó una carta en la cual se pidió autorización a la Dirección de RAP-ASSE. (ver anexo1)

Luego se coordinó con la Dirección del Centro de salud para poder efectuar la investigación correspondiente.

Se planteó realizar una prueba piloto del instrumento de recolección de datos en un lugar ajeno al centro.

Una vez aprobado, se realizó una entrevista con preguntas abiertas(ver anexo 3) a la Dirección del servicio de salud al encargado del Programa Aduana y a la Licenciada de Enfermería para conocer con mayor detalle como se trabaja en dicho centro de salud, luego se procedió a la recolección de datos.

Dicha recolección se realizó por los investigadores a partir del instrumento ya mencionado. Se parte de identificar el registro en los diferentes instrumentos que posea el Centro de Salud.

La recolección se unificó y luego se procedió a la parte de unificación, tabulación y análisis de los datos. El grupo de investigadores ofreció a la dirección del centro de salud presentar todo lo recabado en la investigación. Luego se procesaron los datos utilizando tablas y gráficos y se analizaron en relación al marco conceptual. Se difundieron los resultados en ámbitos correspondientes.

Aspectos ético-legales:

La identidad de todos los niños y niñas pertenecientes al programa fueron resguardados en forma confidencial debido a que se utilizó un método numérico para identificar cada uno de ellos.

Variables relacionadas a los Registros de visitas domiciliarias en el Plan Aduana

- ❖ Instrumentos de registro de visitas domiciliarias
- ❖ Sexo
- ❖ Edad
- ❖ Motivo de visita domiciliaria
- ❖ Lugar de nacimiento
- ❖ Peso al nacer
- ❖ Tipo de alimentación
- ❖ Vacunas
- ❖ Numero de control
- ❖ Edad materna
- ❖ Nivel de instrucción materna
- ❖ Ocupación materna
- ❖ Estado civil

Operacionalización de las variables

Instrumentos de registro de visitas domiciliarias

- ❖ Definición conceptual: Son las herramientas que se utilizan para guardar la información que se recoge en las visitas domiciliarias.
- ❖ Definición operativa: Son los instrumentos de registro de enfermería de las VD de los menores de dos años del Centro de Salud.-

*Indicadores:

- ❖ Historia Clínica
- ❖ Tarjeta de seguimiento
- ❖ Planilla
- ❖ Sistema Informático

Sexo

- ❖ Definición conceptual: Condición orgánica que diferencia al macho de la hembra.
- ❖ Definición operativa: Identificar si en los registros se encuentran el sexo del niño

*Indicadores:

- ❖ Si
- ❖ No

Edad

- ❖ Definición conceptual: Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual.
- ❖ Definición operativa: Identificar si se encuentran registradas las edades de los niños.

*Indicadores:

- ❖ Si
- ❖ No

Motivo de la visita domiciliaria

- ❖ Definición conceptual: Objetivo por el cual se realiza la visita domiciliaria al niño.
- ❖ Definición operativa: Identificar si se encuentran los diferentes motivos por el cual se realiza dicha visita domiciliaria.

*Indicadores:

- ❖ Si
- ❖ No

Lugar de Nacimiento

- ❖ Definición conceptual: lugar físico donde ocurrió el parto.
- ❖ Definición operativa: Identificar si se encuentra registrado su lugar de nacimiento

*Indicadores:

- ❖ Si
- ❖ No

Peso al Nacer

- ❖ Definición conceptual. Peso del recién nacido al momento del nacimiento
- ❖ Definición operativa: Identificar si se encuentra registrado el peso al nacer del niño.

*Indicadores:

- ❖ Si
- ❖ No

Tipo alimentación

- ❖ Definición conceptual: Alimento que recibe el niño
- ❖ Definición operativa: Identificar si se encuentra registrado el tipo de alimentación que recibe el niño.

*Indicadores:

- ❖ Si
- ❖ No

Vacunación

- ❖ Definición conceptual: Vacunas que ha recibido desde el nacimiento hasta el momento actual
- ❖ Definición operativa: Identificar la existencia del registro sobre vacunas en la VD realizada.

*Indicadores:

- ❖ Si
- ❖ No

Numero de control

- ❖ Definición conceptual: Cantidad de controles que el niño se ha realizado en el centro de salud.
- ❖ Definición operativa: Identificar si se encuentran registrados los números de controles de los niños.

*Indicadores:

- ❖ Si
- ❖ No

Edad Materna

- ❖ Definición conceptual: Tiempo de vida desde el nacimiento hasta el momento actual
- ❖ Definición operativa: Identificar si se encuentra registrada la edad de la madre.

*Indicadores:

- ❖ Si
- ❖ No

Nivel de Instrucción Materna

- ❖ Definición conceptual: Grado de educación que ha recibido la madre del lactante
- ❖ Definición operativa: Identificar si se encuentra registrada el nivel de instrucción de la madre del niño.

*Indicadores:

- ❖ Si
- ❖ No

Ocupación Materna

- ❖ Definición conceptual: Tarea remunerada que realiza la madre del lactante
- ❖ Definición operativa: Identificar si se encuentra registrada la ocupación de la madre del niño

*Indicadores:

- ❖ Si
- ❖ No

Estado Civil

- ❖ Definición conceptual: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones.
- ❖ Definición operativa: Identificar si se encuentra registrada el estado civil de la madre.

*Indicadores:

- ❖ Si
- ❖ No

Resultados.

Realizar la recolección de datos de las Historia Clínicas presento dificultades al grupo por no tener un total acceso a las mismas.

Tabla N° 1. Registro de Enfermería de visitas domiciliarias en los diferentes instrumentos.

Registro de visita	H.C		Tarjeta		Planilla		S.Informático	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Si	12	14	88	100	88	100	88	100
No	46	52	0	0	0	0	0	0
Sin acceso	30	34	0	0	0	0	0	0
Total	88	100%	88	100%	88	100%	88	100%

Fuente: formulario de recolección de datos

Gráfico1. Registro de Enfermería de visitas domiciliarias en los diferentes instrumentos



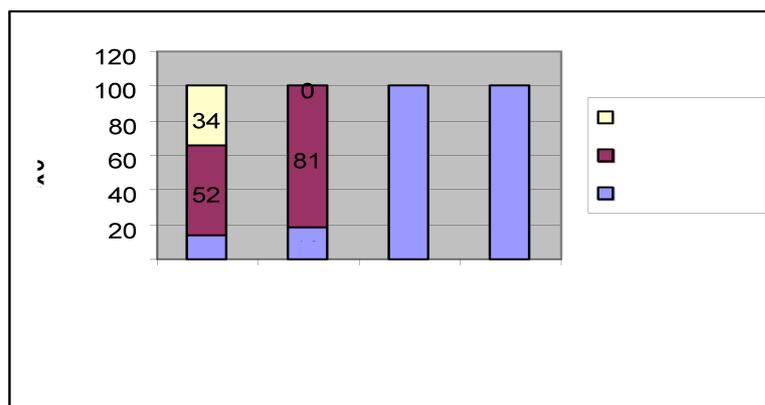
Fuente: tabla de recolección de datos

Tabla N° 2. Distribución del sexo de los niños/as <2 años, que tienen registros de VD...

Sexo	H.C		Tarjeta		Planilla		S.Informático	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Si	12	14	17	19	88	100	88	100
No	46	52	71	81	0	0	0	0
Sin acceso	30	34	0	0	0	0	0	0
Total	88	100%	88	100%	88	100%	88	100%

Fuente: formulario de recolección de datos

Gráfico2. Distribución del sexo de los niños menores 2 años que tiene registro de V.D



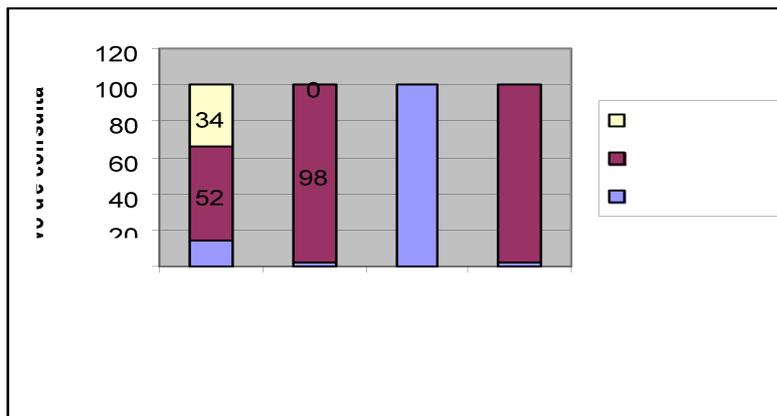
Fuente: tabla de recolección de datos

Tabla N° 3 Distribución del motivo de consulta relacionado a los instrumentos de registros de visita domiciliaria.

Motivo consulta	H.C		Tarjeta		Planilla		S.Informático	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Si	12	14	2	2	88	100	2	2
No	46	52	86	98	0	0	86	98
Sin acceso	30	34	0	0	0	0	0	0
Total	88	100%	88	100%	88	100%	88	100%

Fuente: formulario de recolección de datos

Gráfico3. Distribución del motivo de consulta relacionado a los instrumentos de registros de V.D



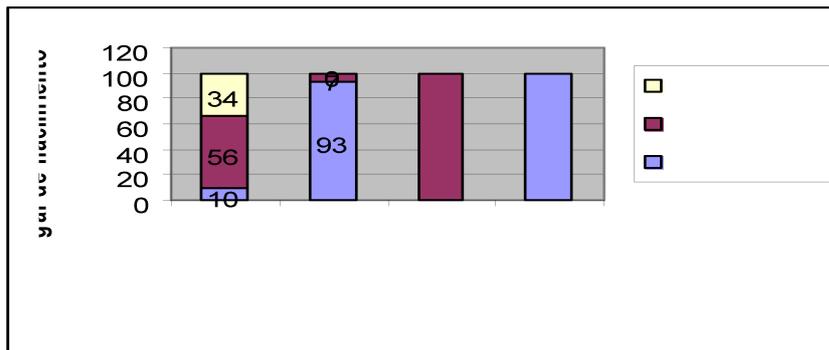
Fuente: tabla de recolección de datos

Tabla N° 4 Distribución del lugar de nacimiento relacionado a los instrumentos de registros de visita domiciliaria.

Lugar de nacimiento	H.C		Tarjeta		Planilla		S.Informático	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Si	9	10	82	93	0	0	88	100
No	49	56	6	7	88	100	0	0
Sin acceso	30	34	0	0	0	0	0	0
Total	88	100%	88	100%	88	100%	88	100%

Fuente: formulario de recolección de datos

Gráfico4. Distribución del lugar de nacimiento relacionado a los instrumentos de registros de visita domiciliaria.



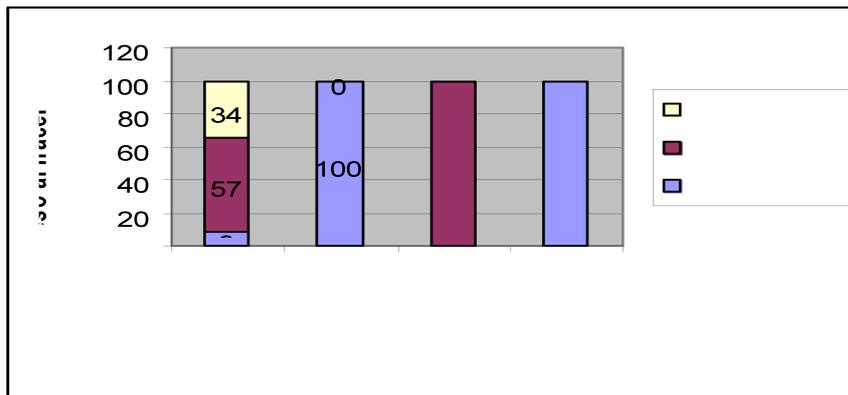
Fuente: tabla de recolección de datos

Tabla N° 5 Distribución del peso al nacer relacionado a los instrumentos de registros de visita domiciliaria.

Peso al nacer	H.C		Tarjeta		Planilla		S.Informático	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Si	8	9	88	100	0	0	88	100
No	50	57	0	0	88	100	0	0
Sin acceso	30	34	0	0	0	0	0	0
Total	88	100%	88	100%	88	100%	88	100%

Fuente: formulario de recolección de datos

Gráfico5. Distribución del peso al nacer relacionado a los instrumentos de registros de V.D.



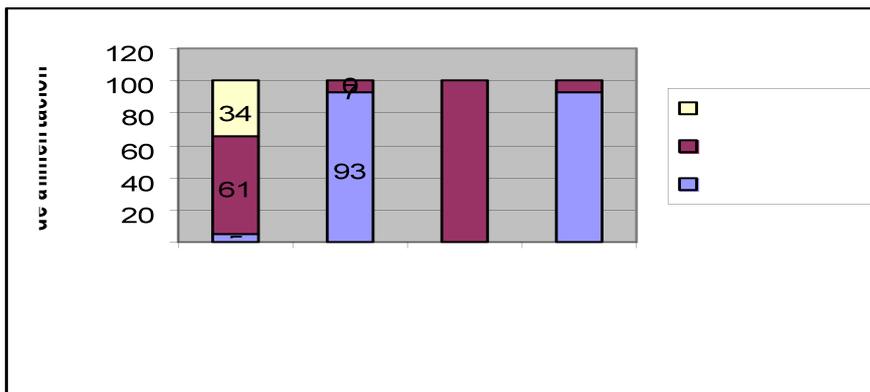
Fuente: tabla de recolección de datos

Tabla N° 6 Distribución del tipo de alimentación relacionado a los instrumentos de registros de visita domiciliaria.

Tipo de alimentación	H.C		Tarjeta		Planilla		S.Informático	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Si	4	5	82	93	0	0	82	93
No	54	61	6	7	88	100	6	7
Sin acceso	30	34	0	0	0	0	0	0
Total	88	100%	88	100%	88	100%	88	100%

Fuente: formulario de recolección de datos

Gráfico6. Distribución del tipo de alimentación relacionado a los instrumentos de registros de V.D.



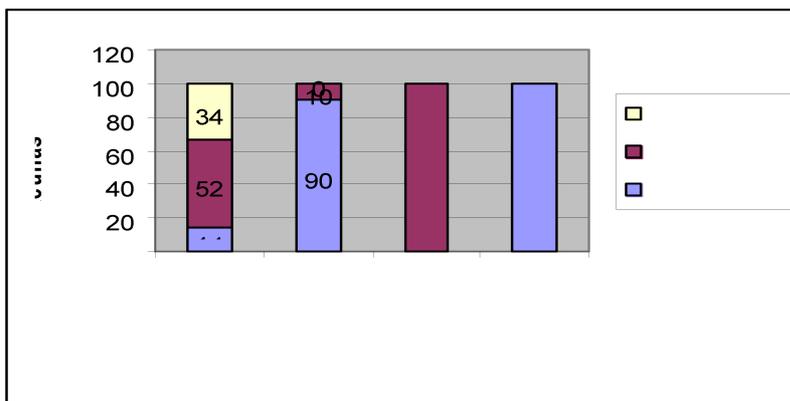
Fuente: tabla de recolección de datos

Tabla N° 7 Distribución de vacunas relacionado a los instrumentos de registros de visita domiciliaria.

Vacunas	H.C		Tarjeta		Planilla		S.Informático	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Si	12	14	79	90	0	0	88	100
No	46	52	9	10	88	100	0	0
Sin acceso	30	34	0	0	0	0	0	0
Total	88	100%	88	100%	88	100%	88	100%

Fuente: formulario de recolección de datos

Gráfico7. Distribución de vacunas relacionado a los instrumentos de registros de V.D



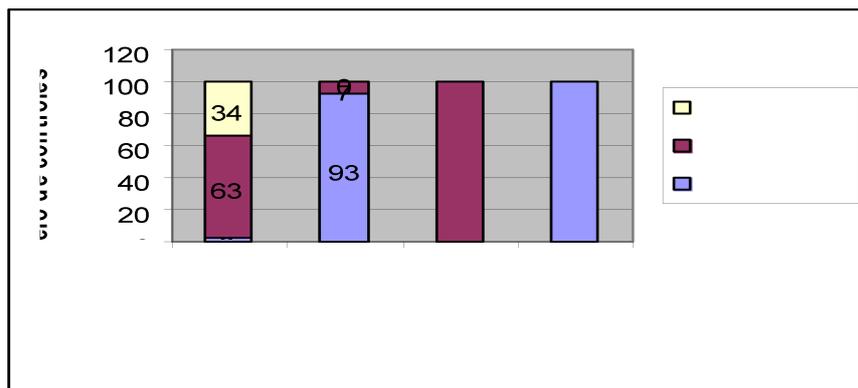
Fuente: tabla de recolección de datos

Tabla N° 8 Distribución del numero de controles relacionado a los instrumentos de registros de visita domiciliaria.

Numero de controles	H.C		Tarjeta		Planilla		S.Informático	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Si	3	3	82	93	0	0	88	100
No	55	63	6	7	88	100	0	0
Sin acceso	30	34	0	0	0	0	0	0
Total	88	100%	88	100%	88	100%	88	100%

Fuente: formulario de recolección de datos

Gráfico8. Distribución del número de controles relacionado a los instrumentos de registros de V.D.



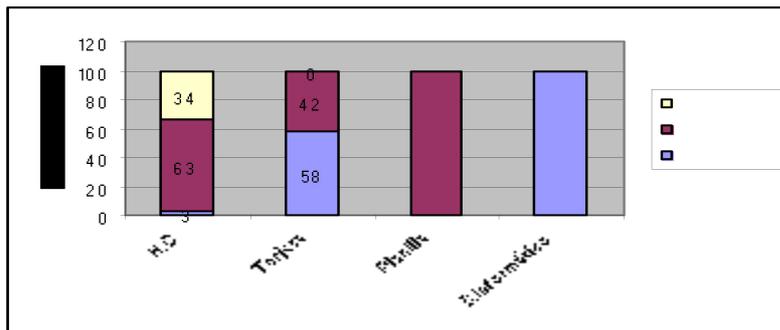
Fuente: tabla de recolección de datos

Tabla N° 9 Distribución de la edad materna relacionado a los instrumentos de registros de visita domiciliaria.

Edad materna	H.C		Tarjeta		Planilla		S.Informático	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Si	3	3	51	58	0	0	88	100
No	55	63	37	42	88	100	0	0
Sin acceso	30	34	0	0	0	0	0	0
Total	88	100%	88	100%	88	100%	88	100%

Fuente: formulario de recolección de datos

Gráfico9. Distribución de la edad materna relacionado a los instrumentos de registros de V.D.



Fuente: tabla de recolección de datos

ANÁLISIS:

En el marco de nuestra área de investigación sobre Registros de Enfermería en visita domiciliaria, destacamos a los mismos como la base en el desarrollo de la Enfermería como disciplina profesional ya que a través de estos queda constatado su desarrollo.

Los mismos tienen énfasis en el reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención en salud que con frecuencia son causas de eventos adversos.

En el Uruguay se ha visto incrementado las situaciones medico-legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado, respaldo que, idealmente, debe ser legible y oportuno.

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.

Con la finalidad de asegurar el control de los recién nacidos y lactantes luego del alta hospitalaria es que se creó el denominado Programa Aduana, el mismo tiene como objetivo asegurar el control y seguimiento del recién nacido y del lactante hasta el año de vida y disminuir la morbi-mortalidad neonatal y la oportuna captación del recién nacido.

La disminución de mortalidad infantil que nuestro país alcanzó en 2008 obedece, entre otros factores, a la implementación de diversas iniciativas. Una de ellas, es la ampliación de los controles que Salud Pública realiza a los niños durante su primer año de vida, a través del Plan Aduana de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

La puesta en marcha de ese conjunto de programas y planes, llevó a consolidar el descenso de la mortalidad infantil.

Antes de comenzar con el análisis de los datos cabe destacar que con relación al instrumento de registro Historia Clínica no se tiene acceso al 100% de las mismas, sino que a un 66% debido a 2 factores: falta de dicha historia al momento de la recolección y la no autorización para poder revisar el total de las mismas.

Para realizar el presente análisis se utilizó una muestra de 88 registros de Enfermería de visitas domiciliarias en niños pertenecientes al Plan Aduana, en el periodo comprendido entre Octubre 2009- Marzo 2010, determinándose según criterios de inclusión y exclusión. Para dicha investigación se utilizó un instrumento para la obtención de datos, el cual fue puesto en práctica en el período comprendido del 13 al 29 de Octubre del 2010.

Basándonos en los resultados obtenidos en el instrumento de recolección, destacamos que un 14% de las Historias Clínicas existe un registro de controles de visita domiciliaria, contrastando con el resto de los registros, Tarjeta, Planilla y Sistema Informático, en los cuales se encuentra en un 100%. Con esto se puede

observar que no existe un criterio unificado ya que no se encuentra en la mayoría de los registros de visita domiciliaria en la Historia Clínica.

Esta fragmentación de los registros puede no permitir una visión integral de los cuidados de los usuarios o no permitir el correcto seguimiento del mismo.

En lo que respecta a la variable del Sexo destacamos que se encuentra en un 100 % en Planilla y Sistema Informático, excepto en la Tarjeta que solo el 19% presenta este registro e Historia Clínica con un 14%. Contrastando con el marco conceptual vemos que la variable Sexo es importante no solo porque está incluida en el Programa Aduana sino porque nos permite categorizar la población de estudio.

En cuanto al registro de Motivo de Consulta se destaca que en un 2 % se encuentra en el Sistema Informático, a igual que en la tarjeta, un 14 % en la Historia Clínica, siendo el mayor porcentaje de 100 % en la planilla. El registro de Motivo de Consulta es fundamental ya que nos permite apreciar el motivo de la misma. Con los datos obtenidos destacamos el déficit del mismo en la mayoría de los instrumentos.

En relación a la variable Lugar de Nacimiento, la misma se encuentra en un 100 % en el Sistema Informático y en un 93 % en la Tarjeta, y un 10% en la Historia Clínica, no encontrándose registro del mismo en la Planilla. Consideramos que la variable Lugar de Nacimiento es importante ya que nos permite cuantificar la cantidad de niños provenientes de cada hospital de nuestro país. En base a los datos recabados destacamos que de los cuatro instrumentos que analizamos en dos de ellos existe un déficit de los registros.

En lo que respecta al registro de la variable Peso al Nacer encontramos en un 100 % en el Sistema Informático, 100 % en la Tarjeta, 9 % en la Historia Clínica y no se encuentra ningún registro de Peso al Nacer en la Planilla de visita domiciliaria. Esta variable es referente ya que nos permite evaluar como punto de partida la evolución del niño. Destacamos el gran déficit del mismo en la Planilla a diferencia del resto de los registros.

En relación a la variable Tipo de Alimentación, se encuentra en un 5 % en la Historia Clínica en un 93 % en la Tarjeta y en el Sistema Informático y no se encuentra registro del mismo en la Planilla. Relacionado a marco conceptual el registro de la variable Tipo de Alimentación es imprescindible. El mismo permite al equipo evaluar el desarrollo del niño y así actuar de manera oportuna en determinados casos. Contrastando los datos obtenidos se destaca un déficit en la Historia Clínica y una total falta en la Planilla comparada con los demás instrumentos.

En cuanto al registro de la variable Vacunas destacamos que se encuentra en un 90 % en la Tarjeta, y en un 14 % en las Historias Clínicas y 100% en Sistema Informático no encontrándose registro del mismo en la Planilla.

El registro de la existencia de vacunas según nuestro marco teórico es fundamental. El mismo habla sobre la inmunidad del niño frente a los diversos agentes patógenos que este puede enfrentarse. El registro del mismo posibilita al equipo de salud, la detección precoz y o prevención de posibles patologías adversas.

En relación al registro de la variable Numero de Controles destacamos que un 3 % de registro en Historia Clínica, un 93 % en la Tarjeta, en un 100 % en el Sistema Informático no encontrándose en la Planilla. El número de controles es imprescindible ya que permite al equipo de salud un correcto seguimiento del niño. En esta variable podemos observar una carencia notoria en la Historia Clínica y una falta en la Planilla, comparándola con el resto de los registros.

En cuanto a las variables relacionadas a la madre destacamos que la Edad Materna se encuentra en un 100 % en el Sistema Informático, 58 % en la Tarjeta, 3 % en la Historia Clínica y no se encuentra registro de la misma en la Planilla.

Tanto en la variable Nivel de Instrucción Materna como Ocupación Materna y Estado Civil no se encuentra registro sobre las mismas.

Las variables relacionadas a la madre son fundamentales ya que nos permiten valorar de manera integral el binomio madre hijo tanto como tener una mejor visión del entorno social que rodea la niño.

Por lo mencionado en el comienzo del análisis, destacamos la importancia de los registros de enfermería para el todo el equipo de salud. No solo su existencia si no que sean claros, concretos y oportunos.

Un correcto registro, disminuye los problemas medico- legales así como también enriquece la profesión de enfermería.

Conclusiones:

Luego de haber analizado los datos recabados de acuerdo al total de los registros existentes para este programa, podemos concluir que los registros de Visita Domiciliaria se realizan en todos los instrumentos ideados para este programa. Referido al contenido de la Historia Clínica ninguna presenta registros completos, un pequeño porcentaje era sin contenido según el ideal fijado, destacándose el menor porcentaje por el contenido incompleto.

A pesar que el contenido del registro es deficitario en la Historia Clínica, Enfermería registra sobre sexo, motivo de consulta, peso al nacer, tipo de alimentación, vacunas, numero de controles y edad materna.

No existe identificación de las personas responsables de los registros en las mismas.

En cuanto a los contenidos de los registros en la Planilla de la visita domiciliaria, encontramos que los registros de datos se encuentran en forma completa en un mínimo porcentaje.

La misma registra sobre sexo y motivo de consulta.

En este registro podemos destacar que si se identifica a la persona responsable del registro.

En lo que respecta al Sistema Informático se observa que en un mayor porcentaje el contenido es completo en relación a las variables del niño destacando que no ocurre lo mismo relacionado a las variables de la madre.

El mismo registra sexo, motivo de consulta, lugar de nacimiento, peso al nacer, tipo de alimentación, vacunas, números de controles y edad materna.

Referido a la Tarjeta de Seguimiento se destaca que en un alto porcentaje el contenido es completo.

En la misma se registra sexo, motivo de consulta, lugar de nacimiento, peso al nacer, tipo de alimentación, vacunas, números de controles y edad materna.

En la misma se puede identificar quien realiza los registros.

Finalmente podemos concluir que enfermería no registra siempre en la Historia Clínica ni en la Planilla, los registros existentes no son acordes a los objetivos del Programa, debido a que son insuficientes o ausentes y además carecen de carácter legal.

Cabe destacar que en el caso del instrumento Planilla el grupo de investigación considera que encuentra mal formulado contrastado con el marco conceptual.

Es sabido por experiencia de los investigadores y según expertos, que Enfermería en la práctica registra de manera insuficiente y con esta investigación pudimos ver que para este programa esto es real en la policlínica estudiada.

Esperamos que estos resultados junto a otras investigaciones contribuyan a mejorar los registros de Enfermería.

Para esto sugerimos un instrumento de registros el cual no ha sido probado a través de una prueba piloto, lo mismo podría ser útil en la policlínica en el sentido de unificar criterios a la hora de recabar datos.

Si bien esta investigación no tenía como objetivo conocer las causas de la deficiencia de los registros, es importante promover la realización de futuros estudios para conocerlos.

Nuestra interrogante sería conocer los motivos de dicha insuficiencia, por ejemplo, falta de interés, por tiempo, falta de recursos, falta de instrumentos de registros, falta de control. Sería importante conocer además porque enfermería no registra en la Historia clínica y porque no hay unificación de criterios en cuanto que y en donde se registra.

Por otra parte se concluyó que el equipo de investigación logró cumplir con los objetivos planteados para dicho estudio.

El mismo nos permitió fortalecer nuestros conocimientos como futuros profesionales de la salud y reflexionar sobre nuestras responsabilidades a la hora de ejercer nuestra profesión.

Bibliografía

- Ander-Egg, Valle. Guía para preparar monografías y otros textos expositivos. Bs As: Lumen-Humanitas; 1977.
- Botta M. Tesis, monografías e informes. Nuevas normas y técnicas de investigación y redacción. Bs As: Biblos; 2002.
- De Canales F H; De Alvarado E; Pineda E. Metodología de la Investigación. Washington: OPS/OMS; 1986.
- Frías Osuna A. Enfermería Comunitaria. Madrid: Masson; 2000.
- Caja López C, López Písa R. Enfermería Comunitaria III. Barcelona: Masson-Salvat; 1993: p.70-72.
- Martín Zurro A. Cano Pérez JF. Atención Primaria. 4a. ed. Madrid: Hartcourt; 1999. V.1.P258-274.

Páginas Web

- Ministerio de Salud Pública [base de datos en línea]. Uruguay: 2009 [consultado 13 de noviembre 2009] URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>.
- Organización Panamericana de la Salud [base de datos en línea].
- Uruguay: Guía para la organización de un departamento de registros hospitalarios. Washington: OPS; 1964. p.1-6 y 12-19. [consultado 13 de Noviembre 2009] URL disponible en : <http://www.ops-oms.org.uy>.
- Wikipedia Enciclopedia Libre [base de datos en línea] España: [consultado 13 de Noviembre 2009] URL disponible en <http://www.es.wikipedia.org>.