



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ADMINISTRACIÓN

REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL USUARIO EN POST OPERATORIO INMEDIATO, DE LOS SERVICIO QUIRÚRGICOS A Y B DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS EN EL PERÍODO MAYO-OCTUBRE DEL 2001

AUTORES:

Br. Calvo, Lourdes
Br. Esmoris, Cecilia
Br. ferraro, Soledad
Br. Landaberry, Daniela
Br. Perez, Carlos

TUTORES:

Lic. Enf. Gorrasi, Miriam
Lic. Enf. Bozzo, Elizabeth

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

Montevideo, 2002

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección y al Departamento de Registros Médicos del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", por permitir llevar a cabo esta investigación .

A nuestros docentes tutores Miriam Gorrasi y Elizabeth Bozzo, y a la docente Rosa Espina por su apoyo brindado en forma incondicional.

También deseamos agradecer a nuestros familiares y amigos por sus palabras de apoyo y comprensión .

A todos ellos MUCHAS GRACIAS.

1. INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación corresponde a la tesina final que acredita la carrera de la Licenciatura en Enfermería del Instituto Nacional de Enfermería de la Universidad de la República, realizada por los autores anteriormente mencionados.

La misma consiste en un estudio descriptivo, de corte transversal; con el propósito de establecer *como traduce enfermería en un registro la atención al usuario en postoperatorio inmediato*.

El objetivo general es conocer como registra enfermería en la historia clínica la atención al usuario en el postoperatorio inmediato.

Para el logro del mismo se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Elaborar un modelo de registros basado en las características fundamentales de los registros.
- Elaborar un modelo de registros para licenciadas, internos y auxiliares de enfermería basado en el proceso de atención en enfermería y en actividades específicas para usuarios en el período postoperatorio inmediato.
- Identificar el registro en la historia clínica realizado por enfermería de los usuarios en postoperatorio inmediato.
- Conocer el registro del personal de enfermería en forma discriminada.
- Determinar la calidad del registro de enfermería basado en el modelo elaborado.
- Analizar el contenido de los registros basados en los modelos elaborados.

La comunicación oral se caracteriza por su agilidad y facilidad de transmisión, sin embargo hay que tener en cuenta que el mensaje hablado tiene corta vida en el tiempo; ya que no permanece ni puede hacerse llegar a otros, excepto si existe contacto en el espacio. Por lo tanto la comunicación de los datos obtenidos en la asistencia sanitaria; debe hacerse en forma escrita, asegurando su permanencia en el tiempo y permitiendo el intercambio de información entre el personal de enfermería y el resto del equipo de salud. Evitando la duplicidad de esfuerzos tanto del usuario como por parte de la enfermera.

La comunicación escrita asegura que datos considerados muy importantes no van a ser olvidados o ignorados, permitiendo una revisión y comparación al realizar la atención al usuario.

La práctica profesional de la Licenciada en Enfermería tiene fundamento científico, se auto dirige ya que reúne y analiza sus propios hechos, marca sus propios planes, evalúa el resultado de sus acciones y ajusta sus actuaciones.

Para ello utiliza un método sistemático y organizado, el Proceso de Atención de Enfermería, el cual permite brindar cuidados de enfermería individualizados, identificando no solamente los problemas físicos sino también sicosociales del individuo, lo que permite desarrollar y aplicar la ciencia de la enfermería logrando un ejercicio profesional independiente y específico.

Cabe destacar algunos de los beneficios del uso del Proceso de Atención de Enfermería tanto para la Licenciada en Enfermería y el Interno; como para el usuario ya que el proceso ha demostrado ser eficaz en la promoción de la calidad de los cuidados de salud. Basándonos en que “ es un proceso interpersonal que realiza enfermería con las personas, las familias o grupos, con la finalidad de promover-recuperar y rehabilitar la salud”¹ dando solución a los problemas y maximizando las oportunidades y recursos; mejorando la comunicación, así como también permitiéndole al profesional de enfermería actuar como nexo entre el usuario y el equipo multidisciplinario. Esta relación entre enfermería y el resto del equipo de salud se beneficia y enriquece en base a los registros que realiza enfermería de su proceso de atención. Por otro lado, dicho proceso permite realizar un registro completo y exacto evaluando los cuidados del usuario, brindando así la posibilidad de su seguimiento. El registro es el medio que utiliza enfermería para resumir y explicitar el plan de atención al usuario. Asegurando la documentación de la actividad de la misma para la investigación y como fuente de información para aspectos legales. Debe documentarse las acciones realizadas con cada usuario en forma objetiva, clara y exacta, siendo esta un área independiente del desempeño de enfermería que permite desarrollar y ampliar su ciencia logrando un ejercicio profesional independiente y específico.

Para ello es necesario la participación del Auxiliar de Enfermería realizando los cuidados delegados por la Licenciada enmarcados en las etapas del Proceso Administrativo y realizando un registro adecuado de las mismas.

¹ Guilles, Dee Ann – “ Gestión de enfermería” ediciones científicas y técnicas, Barcelona 1994.

La Licenciada en Enfermería debe orientar y controlar la realización de dichos registros, fomentando así a elevar la calidad de los mismos.

Los registros son necesarios porque la revisión del material de registro de la actividad clínica, puede ser el único método de acceso a la información del usuario.

La presente investigación se centrara en los servicios quirúrgicos A y B correspondientes a los pisos 9 y 10 del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", en todos los usuarios que cursen postoperatorio inmediato; en el periodo Mayo- Octubre de 2001.

Los servicios quirúrgicos seleccionados para la investigación no presentan antecedentes de trabajos científicos sobre el tema seleccionado; a pesar de haber encontrado referencias a cerca del mismo ,estos no fueron enfocados metodológicamente igual. (*Anexo 1*).

Este tipo de usuarios fue seleccionado debido a que los mismos demandan una mayor atención de enfermería, dado que en este periodo el mismo esta sujeto a variadas y diferentes complicaciones potenciales, inmediatas al acto quirúrgico; lo que resulta imprescindible un registro de enfermería adecuado.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

2. MARCO TEORICO

2.1. ENFERMERÍA:

“ Es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona- familia- grupo poblacional). La capacidad reaccional del hombre esta dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio- sico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria”.²

2.2 ATENCIÓN DE ENFERMERIA:

Según Dec Ann Guilles, es “ el proceso interpersonal que realiza enfermería con las personas, las familias o grupos, con la finalidad de promover- recuperar y rehabilitar la salud”.

2.3 PROCESO SALUD – ENFERMEDAD:

La salud – enfermedad son parte de un proceso dinámico, cambiante que se expresa a nivel del individuo y tiene sus orígenes en la estructura y organización social.

Este proceso es entonces el resultado de la interacción armónica y dinámica del hombre en su comunidad y su medio .En este equilibrio dinámico encontramos gradientes de salud en la enfermedad y de enfermedad en la salud ; en el influyen valores biológicos, ambientales, sociales del estilo de vida .

Es un proceso continuo donde se entiende el individuo como un ser bio- sico-social interactuando con el entorno, a través de su participación activa con autorresponsabilidad y autodeterminación.

² Extraído del Plan de Estudios del Instituto Nacional de Enfermería. Carpeta N° 0.

2.4 DEFINICIONES :

2.4.1 AMBITO DE LA PRACTICA DE ENFERMERIA

AREA DEPENDIENTE:

Servicios que proporcionan las enfermeras en respuesta a las ordenes de los médicos.

AREA INTERDEPENDIENTE:

Servicios que proporcionan las enfermeras a las personas que tienen un problema de salud determinado, un diagnóstico médico o un plan de tratamiento

AREA INDEPENDIENTE:

Servicios que proporcionan las enfermeras a las personas que prestan ciertas respuestas humanas o un diagnóstico de enfermería.

2.5 REGISTROS DE ENFERMERÍA

Según la Organización Mundial de la Salud.: registrar implica llevar un registro permanente, con identificación personal, y con la intención de efectuar alguna acción posterior, como la del seguimiento. Puede tener finalidad administrativa, finalidad clínica o legal.

Registrar es: apuntar, anotar , examinar o documentar un hecho por tanto una actividad elemental.

La necesidad del registro:

Los registros son necesarios, entre otras cosas, porque la revisión del material de registro de la actividad clínica puede ser el único método de acceso a la información del usuario.

Características básicas de los registros

1. Permanencia
2. Identificación personal
3. Intención de su utilización posterior

Muchos de los registros habituales no cumplen las condiciones definidas por la Organización Mundial de la Salud., al menos se espera que cumplan la intención de su utilización posterior, básica e imprescindible en cualquier registro. Es inútil sino cumple

con la tercer característica. Sin propósito de utilización, el registro pierde toda posible eficacia y se debe rechazar al llevarlo a cabo, pues sin eficacia nunca tendrá efectividad ni hará eficiente a ningún servicio.

El trabajador sanitario debe ser capaz de evaluar críticamente los registros y de rechazar los que sean ineficaces.

Todo registro suele tener secuencia, estructura jerárquica y vinculación con otros registros. La secuencia es la sucesión de anotaciones que integran los distintos eventos en el tiempo y en el espacio. La estructura jerárquica distingue la sucesión de anotaciones mediante un orden establecido entre las cosas. Y la vinculación enlaza un registro con otro dando sentido al sistema de registros.

Los registros son habitualmente la base de los sistemas de información y de evaluación. La existencia de registros adecuados facilita la implantación de un sistema de información coherente y la evaluación de los servicios.

La información de los registros debe ser:

Objetiva: información descriptiva sobre lo que la enfermera observa.

Exacta: la información debe ser fiable y tener datos exactos, con firma, nombre y apellido del funcionario y cargo en la institución.

Completa: debe ser completa para garantizar la comunicación en el equipo de salud.

Concisa: debe ser breve, evitando palabras innecesarias o detalles irrelevantes.

Actualizada: las decisiones en relación con la asistencia deben estar basadas en una información actual y exacta. Se debe registrar el problema, la actividad de enfermería y la respuesta del usuario. Una información oportuna contribuye al tratamiento del usuario.

Organizada: es importante comunicar la información siguiendo un formato y orden lógico.

Confidencialidad: enfermería no debe dar datos de un usuario a otros usuarios o al personal no involucrado en su atención. Cuando enfermería debe utilizar datos para investigaciones o docencia no se rompe la confidencialidad.

Los registros de los datos en las historias clínicas constituyen una parte importante del proceso de atención de enfermería porque:

- Establece una forma mecánica de comunicación entre los miembros del equipo de salud.

Esto proporciona una serie de disciplinas con datos pertinentes, exactos y actuales del usuario como individuo.

El registro de los datos procedentes de la valoración facilita la administración de cuidados de calidad al usuario. El registro exacto de los datos constituye la pauta para comparar los datos posteriores permitiendo a enfermería ratificar, aclarar o actualizar los diagnósticos preliminares y facilitar la administración de cuidados individualizados.

- La documentación garantiza un mecanismo de evaluación de los cuidados individuales de cada usuario.
- La documentación crea un permanente registro legal de los cuidados administrados al usuario. Un registro detallado y exacto puede proteger al usuario, al personal de salud y a la institución.
- Los registros proporcionan la base para la investigación.

2.5.1 REGLAS GENERALES PARA REALIZAR UN REGISTRO:

- ◆ Escribir en forma clara y legible.
- ◆ Ortografía y gramática correcta.
- ◆ Transcribir las órdenes cuidadosamente.
- ◆ Realizar registros inmediatamente luego de cada acción realizada.
- ◆ Nunca registrar antes de tiempo.
- ◆ No parezca indecisa, diga lo que quiere decir.
- ◆ Escribir con tinta azul o negra y utilizar el horario natural.
- ◆ Utilizar abreviaturas autorizadas.
- ◆ Rectificar en forma apropiada.
- ◆ No dejar espacios en blanco.
- ◆ Identificar claramente los cuidados que realiza otro integrante del equipo de salud y no ponerlos como propios.

2.6 LA HISTORIA CLÍNICA

En la historia clínica se recoge la información necesaria para la atención clínica de los usuarios.

La información del paciente debe abarcar tres áreas: social, preventiva y médica.

La información recogida debe anotarse, constituyendo la historia clínica del usuario.

Es el registro escrito de los datos bio-psico-sociales, médicos obtenidos directa o indirectamente y constantemente puestos al día.

Facilita la atención sanitaria del usuario individualmente y cumple otras funciones como: obtención de información sanitaria; evaluación; investigación clínica y epidemiológica y docencia.

La historia clínica es un documento que demuestra que:

- El usuario tuvo necesidad de atención sanitaria.
- Se reconocieron los problemas y se jerarquizaron.
- Se estableció y aplicó un plan de cuidados para dichas necesidades y problemas.

La Historia Clínica puede ser utilizada en diferentes ámbitos como ser:

- Asistencial
- Información sanitaria
- Evaluación
- Investigación clínica
- Investigación epidemiológica
- Docencia
- Médico legal

2.6.1 HISTORIA DE ENFERMERÍA

Generalmente, la información obtenida del usuario a través de los diferentes instrumentos conforman lo que se denomina historia de enfermería, que se va completando posteriormente en cada una de las diferentes etapas.

Esta historia recoge todo el plan de atención, y tratamiento proporcionado por los enfermeros, desde que se toma contacto con el usuario, familia o comunidad hasta la resolución del problema planteado.

En este punto solo cuenta con los datos recogidos mediante la entrevista y la observación, pero más tarde se añadirán los problemas detectados, las medidas adoptadas para su resolución y su posterior evolución.

La historia puede adoptar diferentes formas: desde una hoja de evolución diaria hasta un documento, que no sólo resume un proceso de atención y tratamiento particular, sino que también puede utilizarse como material de estudio, investigación y docencia. Si este documento se integra junto al de los demás profesionales de la salud, adquiere su mayor significación porque no sólo facilita el acceso a la información sobre el usuario o la comunidad, sino que muestra en todo momento el tipo de atención que suministra el equipo de enfermería; con las medidas y cuidados adoptados, contribuyendo a la comprensión global del individuo como ser bio-psico-social.

2.7 PERSONAL DE ENFERMERIA

2.7.1 Licenciada en Enfermería:

“ Es una profesión (disciplina científica) que integra el sistema de atención de salud, contribuyendo a elevar el nivel de salud de la población. Abarca la promoción, protección, la recuperación y rehabilitación, en cualquier ámbito que se desarrolle la misma. Dentro de este amplio espectro de atención de salud, los aspectos que atañen particularmente a la enfermería se refiere a incrementar la capacidad reaccional y la participación conciente individual, familiar y grupal, en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Estas respuestas humanas pueden ser de índole muy diversa y van desde fortalecer la capacidad reaccional en las áreas psicológicas y social del individuo, familia o grupo, hasta la participación del desarrollo de políticas para promover la salud de la población”.³

2.7.2 Interno de Enfermería:

Es el estudiante del Instituto Nacional de Enfermería que tiene cursado y aprobado todas las materias integradas e independientes; cumpliendo con las funciones como un Profesional de Enfermería.

³ Definición extraída del plan de estudios del Instituto Nacional de Enfermería (Comité Nacional de Legislación) Carpeta N° 0.

2.7.3. *Auxiliar de Enfermería:*

Según la descripción del cargo del Hospital de Clínicas: “ Es el responsable de brindar la atención de enfermería al usuario, familia , comunidad en el área asistencial y preventiva bajo responsabilidad y supervisión de la Licenciada en Enfermería”

2.8 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

2.8.1 *Reseña Histórica:*

Los conceptos referidos a la aplicación de un proceso sistemático para la atención de enfermería comienzan a aparecer en la literatura profesional en el año 1950 y se extienden y se aplican en la segunda mitad de la década del 70.

Coincidiendo con la necesidad de enfermería, de confirmar si es realmente una profesión y se preocupan por identificar y examinar su base teórica. Se reconoce entonces que la enfermera siempre había utilizado un método para llevar a cabo su actuación, recogía información antes de planificar su trabajo y ante un situación determinada, consideraba todas las situaciones antes de decidir la acción a realizar. También de una forma u otra, juzgaba los resultados de los cuidados que prestaba.

Esto se realizaba de manera intuitiva, sin analizar con detalle lo que realizaba ni diferenciándolo en etapas estructuradas; tampoco se registraba o documentaba sistemáticamente dicho proceso (quizás porque hasta entonces este término no había sido definido ni sus fases identificadas).

- Comité americano de enfermería definió el Proceso de Enfermería como: “La relación que tiene lugar entre el usuario y la enfermera en una situación dada, incorporando las conductas de ambos y la interacción resultante .”

El comité señala cinco etapas: percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación.

- Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de América, identifica cuatro etapas: valoración, planificación, ejecución y evaluación. (1967)

Lucile Lewis define tres etapas: valoración, intervención, evaluación. (1968)

Comienza a difundirse en Europa, especialmente en Inglaterra donde comienza a aplicarse en 1977. En la segunda mitad de este año en España comienzan a interesarse en el proceso de atención de enfermería debido a la inclusión de la enseñanza de enfermería en la Universidad. (1970)

Orem D.: El proceso de atención de enfermería tiene su base en la teoría de la acción deliberada, para conseguir una meta definida y limitada. (1971)

Griffith E.: El proceso se centra directamente en el funcionamiento actual y potencial del individuo y sus características. El proceso es método sistemático de valoración y análisis de datos, planificación, ejecución, evaluación y revisión de metas, objetivos y acciones de enfermería.

King I. M.: Es un proceso de acción- reacción, interacción y transacción por medio del cual las enfermeras ayudan a las personas de cualquier edad a satisfacer sus necesidades básicas, para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y salir adelante en cualquier momento del ciclo vital, con salud o enfermedad. (1971)

Carlson S.: Lo define como “ el conjunto de actividades llevadas a cabo conjuntamente por el usuario y la enfermera”

Tres fases: valoración, intervención y evaluación. (1972)

Yura H. y Walsh M.: “ es una serie diseñada de acciones encaminadas a cumplimentar los propósitos de la enfermería ”. (1973)

Erikson K.: El proceso de atención de enfermería es un proceso de resolución de problemas interactivo, encaminado a la consecución de la salud óptima del usuario.

Kneedler J.: “ el proceso puede ser definido como una serie sistemática de acciones, cambios o funciones que consiguen un determinado resultado.

Sus componentes fundamentales son: valoración, planificación, ejecución y evaluación. (1974)

Monken S.S.: “ El proceso de enfermería es la actividad a la cual las enfermeras se comprometen a planificar y ejecutar un cuidado individualizado para cada usuario; la valoración o recopilación de datos es la base de este proceso”.

El proceso puede ser dividido en seis fases: valoración, determinación de objetivos, planificación de la intervención, intervención y evaluación.

Deininger J.: Lo define como : “ una acción de movimiento hacia delante, progresando desde un punto a otro en el camino hacia una meta”.

El P.A.E. se puede describir como una forma ordenada y sistemática de determinar los problemas de un individuo, formular los planes para resolverlos, llevarlos a cabo y evaluar hasta que punto los planes resultaron eficaces.

Fehlon M.: “ Es el método sistemático de resolución de problemas, para planificar los cuidados. El proceso es flexible y adaptable.

Etapas: valoración, planificación, intervención y evaluación.

Goodwin J. Y Edwards B.: Un proceso de resolución de problemas consistente en una serie de pasos diseñados e interrelacionados para ayudar a los usuarios a conseguir y mantener habilidades funcionales. (1975)

Organización Mundial de la Salud.: El Proceso de Atención de Enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones específicas de la enfermería, en relación con la salud de los individuos, familia y/o comunidades. Implica el uso de métodos científicos, para identificar las necesidades en materia de salud del usuario-familia o comunidad y para, por medio de ellos, seleccionar aquellos que puedan ser satisfechos más eficazmente por medio de los cuidados de enfermería; incluye además, la planificación necesaria para satisfacer dichas necesidades, proporcionar los cuidados y evaluar los resultados. (1976)

2.8.2 Definición:

Según Alfaro “ El proceso de atención de enfermería es un proceso sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos”.

Las características comunes a todas las definiciones incluyen las siguientes etapas o fases que constituyen este proceso y que se corresponden fielmente con las etapas del método científico.

Dichas etapas son: valoración, diagnósticos de enfermería, planificación (plan de acción) y evaluación.

2.8.3 Ventajas del Proceso de Atención de Enfermería:

- ◆ Crea una base con los datos de la salud.
- ◆ Identifica problemas actuales o potenciales de la salud.
- ◆ Establece prioridades en las actuaciones de enfermería.
- ◆ Define las responsabilidades específicas de la enfermería.
- ◆ Desarrolla una planificación y organización de los cuidados de enfermería individualizados para cada usuario.
- ◆ Da pie a innovaciones dentro de los cuidados de enfermería.
- ◆ Posibilita alternativas en las acciones a seguir.
- ◆ Proporciona un método para la información de los cuidados del enfermero
- ◆ Desarrolla una autonomía para la enfermería
- ◆ Fomenta la consideración de la enfermería .

2.8.4 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería:

VALORACION:

Esta etapa del proceso comienza con el primer encuentro de la enfermera con el usuario con el fin de recolectar información relacionada al estado de salud del mismo, familia y/o comunidad.

A través de su realización obtenemos una idea clara y precisa de la situación que requiere atención de la enfermera.

Implica la recopilación y selección de datos para su posterior análisis, lo que nos hace llegar a una conclusión o diagnóstico sobre las necesidades reales o potenciales de salud. La valoración cuidadosa y continua es esencial para obtener un conocimiento adecuado de las necesidades del usuario y eficacia de la asistencia que recibe. Para reunir esta información la enfermera puede dirigirse a dos fuentes de datos: directas (primarias) e indirectas (secundarias).

Directas: la fuente de datos directa se refiere a la información que proporciona el propio usuario, familia, personas allegadas al usuario. Estos datos conforman un perfil del usuario a

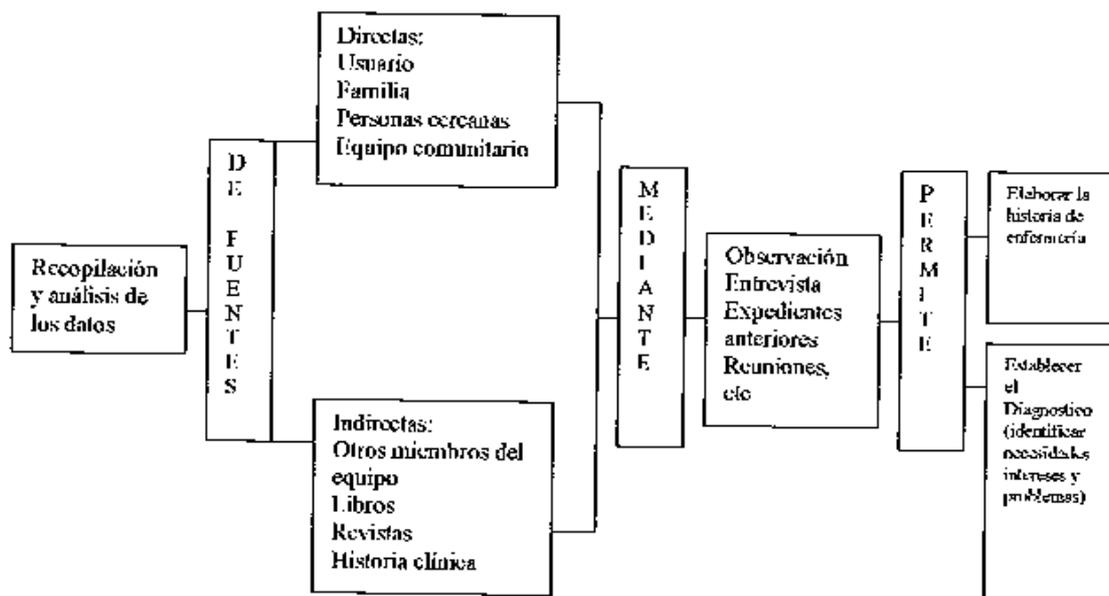
REGISTROS DE ENFERMERÍA

la hora de decidir que áreas requieren atención de enfermería, de acuerdo a sus propias características.

Indirectas: se refiere a consultas con otros miembros del equipo de salud, a registros anteriores del usuario (historia clínica), libros y revistas que el profesional puede acudir si necesita aumentar sus conocimientos o información.

Los instrumentos que utiliza la enfermera para recolectar los datos del usuario son: la observación y la entrevista.

Esquema de la etapa de Valoración en el Proceso de Atención de Enfermería



Luego de obtenidos los datos del usuario, la enfermera clasifica, organiza, agrupa, compara, analiza y sintetiza la información que posee del mismo en forma de problemas; estos problemas son ordenados según su importancia y jerarquizándose, elaborando así los diagnósticos de enfermería.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo de la familia o de la comunidad ante problemas de salud reales, potenciales o procesos vitales. Proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar resultados de los que la enfermera es responsable. La diferencia existente entre un diagnóstico médico y un diagnóstico de enfermería son el reflejo de sus diferentes objetivos.

Según Lynda Carpenito: el diagnóstico de enfermería es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de un individuo (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual). La enfermera utiliza el proceso para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan las alteraciones de la salud.

Según Gordon (1976) son los problemas de salud reales o potenciales que los enfermeros están capacitados y autorizados para tratar.

El diagnóstico de enfermería es simplemente el nombre que se da a la respuesta humana frente a los problemas o necesidades de la salud, potenciales o reales, que las enfermeras pueden diagnosticar y tratar legalmente.

El diagnóstico no se relaciona con la enfermedad o con trastornos médicos sino con las "respuestas humanas" que se dan a esos problemas y necesidades o las circunstancias de la vida. He aquí el punto crucial del significado del diagnóstico de enfermería.

Por otro lado, se refiere a servicios y procesos que no resultan familiares. El término respuesta humana implica que la enfermería debería basarse en las necesidades físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales del individuo en lugar de hacerlo en diagnósticos médicos, cirugía, medicación o número. La respuesta humana a sido delimitada por la North American Nursing Diagnosis Association (N.A.N.D.A.) como elección, intercambio, comunicación, afinidad, valor, móvil, percepción, astucia y sentimiento.

Las enfermeras han reconocido y considerado este aspecto de la enfermería como una parte esencial en el rol de cuidadora.

Se diferencia claramente del diagnóstico médico, ya que, si bien ambos corresponden a la misma situación problemática, las contemplan desde distintos ángulos. El diagnóstico de

enfermería se basa en la concepción integral del individuo, contempla aspectos físicos, psíquicos y sociales que influyen en la aparición y curso de la enfermedad. Además es dinámico ya que puede variar según se modifique la situación del usuario, porque se centra en la respuesta única y personal de las necesidades y problemas que presenta el individuo y en la consecución o no de las metas planteadas.

Se ha definido el diagnóstico de enfermería como una hipótesis descriptiva.

DIAGNOSTICO de ENFERMERIA = HIPOTESIS

Se puede definir por analogía como: predicción o explicación tentativa de la relación entre dos o mas variables.

En este diagnóstico está vinculado un problema (variable 1) con sus posibles causas (variable 2 y 3).

Si una variable X causa la aparición de una variable Y puede afirmarse que ambas guardan relación causal. La relación denota una asociación o correspondencia sistemática, demostrable entre dos fenómenos. La variable dependiente es la que generalmente recogemos de la valoración, o sea de los hechos.

Son las variables independientes las que se deben identificar para trabajar sobre ellas, de modo de resolverlas definitivamente. De lo contrario el tratamiento del problema sería sintomático.

Los diagnósticos ofrecen una forma eficaz de comunicación, una guía específica para la función, una organización y estructuración para la docencia e investigación y una vía efectiva para establecer su estimación.

Los diagnósticos aceleran la comunicación, sin ellos una enfermera debería contar a otra todos los factores de la valoración con el fin de transmitir la información necesaria. Esa misma

información puede ser transmitida por medio de los diagnósticos ya que cada uno de éstos, incluirá parámetros de valoración, signos y síntomas específicos para cada caso.

Características, beneficios y función de los diagnósticos de enfermería

- ◆ Proporciona eficacia, clarificación y estandarización
- ◆ Proporciona el objetivo y dirección
- ◆ Facilita la educación e investigación
- ◆ Delimita las funciones de enfermería y aumenta la estimación
- ◆ No niega los servicios de enfermería relacionados con la esfera médica
- ◆ No asigna un nuevo nombre al diagnóstico médico
- ◆ No está asociado, relacionado ni determinado por un diagnóstico médico concreto
- ◆ Delimita una base única de conocimiento de la enfermería
- ◆ Estimula el auto cuidado a través de la participación de usuario del servicio de salud
- ◆ Ofrece una base científica al proporcionar un lenguaje y una terminología común para los servicios de enfermería
- ◆ Diferencia al servicio de enfermería de otros servicios que están al cuidado de la salud
- ◆ Brinda autonomía a la enfermería
- ◆ Extiende a la enfermería desde la valoración, el control, la detección y la prevención hasta el diagnóstico y tratamiento
- ◆ Aporta una base para la investigación la formación y la práctica en enfermería

La confianza en el diagnóstico de enfermería garantiza al usuario que la profesional enfermera nunca verá a éste como un diagnóstico, como parte de un cuerpo o el número de una habitación, sino como un individuo cuyas respuestas o necesidades provienen de la integración de sus dimensiones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

El plan de cuidados es la determinación de las acciones específicas que la enfermera debe llevar a cabo para resolver los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

La finalidad del plan proporciona directriz, guía y significado de los cuidados de enfermería; por otro lado:

- ◆ Aporta información a todas las personas que se relacionan con el cuidado del usuario.

- ◆ Brinda continuidad a los cuidados.
- ◆ Asegura la calidad del cuidado, ya que se va actualizando según la evolución del usuario.
- ◆ Proporciona cuidados individualizados según situación y necesidad de cada individuo.
- ◆ Favorece la comprensión del usuario, familia al hacerlo participe del cuidado.
- ◆ Ahorra tiempo y esfuerzo

Un plan de enfermería debe contener los problemas identificados en orden de importancia, los objetivos y metas que se esperan alcanzar; las actividades programadas estableciendo cuando, como y quien; por último la evaluación del plan.

Después de haber identificado los problemas reales o potenciales se formulan las actividades de enfermería para prevenir, reducir o eliminar los problemas.

De este modo se pone en marcha la fase de planificación del Proceso de Atención de Enfermería, que consta de cuatro componentes fundamentales el primero es establecer las prioridades de los cuidados para identificar que acciones de enfermería deben realizarse primero.

Es el método mediante el cual la enfermera y el usuario seleccionan los cuidados que deben incluirse en el plan. Luego se determinan los criterios de los resultados esperados, lo cual debe describir la respuesta específica planificada.

Los resultados que cabe esperar por parte de la enfermera son establecidos en función a la conducta del usuario, y deben ser realistas y mensurables.

Los resultados que definen la conducta del usuario servirán como base para la evaluación de la eficacia de la actuación de la enfermera.

La información del plan de cuidados de enfermería debe ser escrita en forma concisa, de manera que se facilite su empleo por todo el personal, debiendo quedar un espacio en el plan para la documentación de la respuesta del usuario a las acciones de enfermería. Cabe destacar que el plan de cuidados se halla sujeto a modificaciones a medida que cambian tanto los problemas del usuario como las prioridades de los mismos al resolverse los problemas y a medida que se recopila información adicional respecto al estado de salud del usuario.

Un plan de cuidados de enfermería bien organizado con modificaciones continuas según las necesidades, constituye lo que garantiza para el usuario que serán resueltos sus problemas de salud y satisfechas sus necesidades básicas.

EVALUACION

Es el proceso de verificación del progreso del usuario hacia su salud. Se puede trasladar esta etapa a la situación de evaluar el trabajo individual, el trabajo de todo el personal o la calidad del trabajo de enfermería en general de una institución por medio de una auditoria.

La evaluación forma parte de cada etapa del proceso; ya que la enfermera profesional actúa constantemente comparando el resultado de cada actividad con el objetivo planteado al principio del proceso en la etapa de la valoración.

Al medir la respuesta final del usuario y del proceso aplicado la enfermera puede resolver, modificar o cambiar las prioridades que se marcaron. Esta evaluación es llamada evaluación sistemática.

La evaluación constituye la última etapa del Proceso de Atención de Enfermería, aunque puede coincidir con la ejecución si los objetivos no se han alcanzado.

Se puede definir también como la fase en la que se valoran los progresos del usuario en su camino hacia la salud, por medio de la comparación de los resultados de las acciones con los objetivos propuestos, para adoptar las medidas correctoras del plan de cuidados que fueran necesarias.

En esta etapa se tiene en cuenta la conducta del usuario en el momento de la evaluación en relación con las que se esperaban obtener de acuerdo con los objetivos establecidos.

Elementos de la evaluación:

- A) La finalidad tiene tres componentes:
- ◆ La simple observación sobre el trabajo realizado, verificar si el proceso se ha aplicado como se estableció.

- ◆ Constatación de objetivos conseguidos con los planteados, es decir si el usuario se adapta a una conducta que se había planteado.
- ◆ Mejorar la calidad del servicio de atención, es decir del plan de cuidados. ³

B) La responsabilidad de la evaluación:

- ◆ Quien determina lo que se va a evaluar, es decir que si el individuo tuvo una participación activa en el proceso y ha colaborado e intervenido en el mismo. También es lógico la participación en esta etapa de otros miembros del equipo de salud ya que forman parte del plan de cuidados.
- ◆ Quien realiza la evaluación o quien responde sobre la misma, se puede decir que aquí la responsable y encargada es la Licenciada de enfermería, tanto de realizar la evaluación como de dejar constancia escrita de ésta etapa. La colaboración del resto del equipo multidisciplinario e inclusive del usuario, es necesaria y deseable; no se debe delegar esta importante responsabilidad exclusiva de enfermería profesional.
- ◆ El tiempo en que se realiza la evaluación es decir las acciones concretas que se realizan en el plan de cuidados, ya que la evaluación es continua
- ◆ De forma periódica, es efectiva al realizar el pase de guardia al cambiar el turno.
- ◆ Al finalizar cada plan de cuidados.

En la evaluación periódica se busca modificar el plan de cuidados de acuerdo al progreso y evolución del usuario y al cambio de su situación. Al final acrecientan los conocimientos generales que se tengan sobre la situación del usuario, contribuyendo a formular futuros planes.

2.9 MARCO NORMATIVO

Es el conjunto de información recolectada por los investigadores de manera de complementar la fundamentación del estudio.

El mismo fue elaborado con la finalidad de orientarnos sobre la normativa de la Institución en que se llevara a cabo y la legislación de Enfermería.

Para elaborar los modelos de registros de Enfermería nos basamos en las funciones de la Licenciada en Enfermería y las actividades de los Auxiliares de Enfermería establecidas en las descripciones de cargo (*Anexo 2*), elaboradas por División de Enfermería del Hospital de Clínicas priorizando de acuerdo a los objetivos de la Investigación.

Las funciones de la Licenciada de Enfermería que se adaptan a nuestra investigación son las siguiente:

Es responsable de la administración del cuidado de enfermería de los usuarios a su cargo.

Efectúa anotaciones de enfermería y supervisa las realizadas por el personal de enfermería a su cargo.

Debido a la inclusión de los Internos de la Licenciatura de Enfermería, fue necesario incorporar el programa del Internado Plan 93, (*Anexo 2*) establecido por el Departamento de Administración del Instituto Nacional de Enfermería; del cual se resume:

Objetivo General: Administrar el proceso de atención de Enfermería a la población asignada en el marco de una unidad o programa.

El programa dentro de la metodología plantea que el seguimiento del estudiante se documentara en registros implementados en acuerdo con docentes y Licenciados de los servicios.

Por otro lado en lo que refiere a la descripción del cargo de Auxiliar de Enfermería se seleccionaron las siguientes actividades:

- Controlar y registrar signos vitales
- Realizar control diario de evacuación intestinal y vesical
- Observar controlar y registrar cantidad y características de distintos tipos de drenajes e informar a la enfermera

- Realizar baño diario del usuario y colaborar por los imposibilitados de hacerlo por si mismos
- Registrar e informar a la enfermera sobre alimentación y tolerancia
- Administrar tratamiento medicamentoso por las distintas vías según delegación de la enfermera
- Realizar registro de toda actividad que se lleve a cabo en el cumplimiento de sus funciones.

Fue necesario incluir el Anteproyecto de Ley Nacional de Enfermería elaborado por el Comité Nacional de Legislación de Enfermería; dado que el mismo promueve el desarrollo mas completo posible de la profesión y respalda la aplicación del Proceso de atención de Enfermería y el registro del mismo.(*Anexo 3*)

Con referencia a la investigación se destaca los siguientes ítem del *Artículo 3*:- Al Licenciado en Enfermería le compete:

- a) Realizar y conducir el proceso de atención con el equipo de enfermería en los distintos niveles de salud primaria, secundaria y terciaria, con un enfoque preventivo.
- b) Participar directamente en el proceso de atención y en la enseñanza del cuidado de la salud en los distintos ciclos vitales del individuo.
- c) Formular diagnósticos de enfermería, tratamiento y evaluación de los mismos.

Con respecto al auxiliar de enfermería se destaca en el ítem " b " del artículo 5

- d) Participar del proceso de atención de enfermería al individuo, familia o comunidad en las distintas etapas del ciclo vital y en los diferentes niveles de atención , primaria , secundaria y terciaria , con un enfoque preventivo.

2.10 MODELO DE REGISTROS

2.10.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

Registrar es examinar o documentar un hecho. Registrar implica llevar un registro permanente con identificación personal y con la intención de ejecutar una acción posterior como la de seguimiento.

Este modelo de registro es un referente que permite unificar criterios sobre como se documentan en la historia clínica las actividades de enfermería. El mismo pretende reunir las características fundamentales (básicas) para mejorar la calidad de los registros.

Las características que deben reunir los registros de enfermería son:

- 1) **ESTRUCTURA** : Es la organización de las partes de un registro, tendrá un orden lógico y objetivo.

Orden lógico: Es la aparición del registro en un formato sistematizado. Debe aparecer, por ejemplo: el comienzo de un registro identificando fecha y turno, seguido por acciones enfermería ordenadas y finalizando por la identificación de quien lo realizó.

Objetivo: Relacionado al usuario y su estado y no a nuestra manera de pensar o sentir, evitando emitir juicios propios. Debe ser descriptivo, sobre lo que enfermería observa.

- 2) **ESCRITURA**: Es la acción y efecto de escribir. Esta acción se realizará de forma clara y legible y utilizando un bolígrafo de tinta azul o negra.

Legible: Relacionado a la caligrafía, ésta debe ser comprensible por los lectores. Debe de tener abreviaturas autorizadas, ortografía y gramática correcta.

Tinta azul o negra: Para cumplir con las condiciones o requisitos en la realización de un registro.

- 3) **EXACTITUD**: Es la puntualidad y fidelidad en la ejecución de un registro. Para esto tendrá identificado fecha, turno, hora de realizado, firma, número de funcionario y cargo del ejecutante.

Fecha, turno y hora: Las acciones se registrarán en tiempo y forma adecuada.

Firma, n° funcionario y cargo: El registro tendrá que estar identificado por estos tres requisitos para ser válido.

- 4) **TERMINOLOGÍA**: Son los vocablos o términos propios de una profesión. Se observará que en el área de enfermería no sean utilizados términos médicos en cuanto a la detección de problemas referentes a los usuarios ni en los registros de enfermería sobre las acciones realizadas sobre los mismos. Deberá utilizarse lenguaje técnico - profesional de enfermería.

El registro de enfermería además debe reunir las características planteadas anteriormente, deberán poseer características generales como:

- ◆ Objetivo
- ◆ Exacto
- ◆ Completo
- ◆ Conciso
- ◆ Actualizado
- ◆ Organizado

La realización de un registro con los requisitos planteados en este modelo nos brinda un instrumento para describir la calidad de los registros realizados por enfermería en el área quirúrgica.

2.10.2 CONTENIDO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA PARA USUARIOS EN POSTOPERATORIO INMEDIATO.

El pos operatorio inmediato comienza al finalizar la intervención quirúrgica, se caracteriza por la recuperación del estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras veinticuatro horas.

Los principales objetivos de enfermería en el pos operatorio inmediato son:

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea
- Estabilizar las constantes vitales
- Proporcionar alivio al dolor
- Control del estado de conciencia
- Control de drenajes y apósitos

VALORACIÓN

Durante el pos operatorio inmediato: el rol de la licenciada en enfermería consiste en realizar una valoración del usuario e implementar cuidados que contribuyan a detectar las complicaciones, minimizar los riesgos y modificar la asistencia según las necesidades; Para ello enfermería debe llevar a cabo determinadas acciones.

Control de signos vitales: los signos vitales reflejan el estado fisiológico del cuerpo y proporcionan información para evaluar el equilibrio hemodinámico. Se incluyen:

- Patrón respiratorio
- Signos vitales

El patrón respiratorio debe valorarse a través de la frecuencia y profundidad de las respiraciones, los movimientos torácicos y los ruidos respiratorios. La hipo ventilación se caracteriza por bradipnea y respiración superficial. Al contrario la taquipnea sin dificultad respiratoria puede ser signo de hemorragia.

La utilización de músculos accesorios de la respiración debe alertar sobre obstrucción de la vía aérea y los movimientos torácicos asimétricos pueden sugerir neumotórax. El estridor puede deberse a edema laríngeo y los estertores al cúmulo de secreciones en las vías aéreas. La disnea de aparición súbita debe alertar sobre edema pulmonar.

Los valores de frecuencia cardíaca y presión arterial deben interpretarse teniendo como referencia los del preoperatorio e intra operatorio y progresivamente han de estabilizarse.

En ausencia de complicaciones el pulso ha de ser rítmico y fuerte. Un pulso ligeramente acelerado es un hallazgo bastante habitual pero si supera los cien latidos por minuto o no alcanza los sesenta es necesario comparar los valores pos operatorios con los del preoperatorio y notificarlo al médico.

La disminución de la presión sanguínea en más de 20 Mmhg respecto al nivel operatorio, el descenso de esta 5-10 Mmhg en cada medición (15-30 Min.) o cifras inferiores a 80 Mmhg son datos de alarma que pueden indicar el inicio de colapso circulatorio por hemorragia, sepsis u otras causas.

Deben valorarse las cifras de temperatura superiores a 37.8°C o menos de 36.1°C. La reabsorción de hematomas y necrosis, el efecto del anestésico sobre el centro termorregulador o reacciones alérgicas a medicación, sangre o fluidoterapia pueden ocasionar hipertermia pos quirúrgica.

Los signos vitales deben controlarse inmediatamente al ingreso del usuario al servicio.

Dolor: el dolor es una sensación causada por la estimulación de las terminaciones nerviosas sensoriales. Es un síntoma de inflamación; puede ser leve, agudo, crónico, localizado o difuso. El dolor agudo es el dolor intenso que suele aparecer tras las 24-48 horas de una intervención quirúrgica. Debe registrarse la localización tipo, intensidad medicación administrada y respuesta del usuario.

Control del nivel de conciencia: es importante registrar el nivel de conciencia, la capacidad de comunicación y la evolución hacia alerta y orientado. Los usuarios a quienes se ha practicado anestesia raquídea, epidural o troncular, recuperan progresivamente la sensibilidad y capacidad de movimiento en las horas siguientes a la intervención. Es importante registrar el momento en que reaparecen la sensibilidad y movilidad de los miembros afectados.

Coloración y humedad de la piel: la piel ha de mantenerse rosada y tibia. Las observaciones de piel fría y húmeda o caliente y seca pueden ser signo de shock. La urticaria, prurito y/o angioedema pueden ser manifestaciones de alergia a fármacos o sangre.

Control de drenajes y apósitos: durante la intervención y en el pos operatorio inmediato las pérdidas de líquido por la herida quirúrgica y por drenajes, son considerables.

Es necesario valorar el tipo, localización y estado del apósito y la cantidad y características del drenaje.

Balance hídrico: casi todos los usuarios llevan tratamiento con fluidoterapia unas horas o varios días después de la intervención.

El control del ritmo y cantidad de infusión de líquidos intravenosos y la medición en términos mensurables de las pérdidas, resultan esenciales para detectar precozmente desequilibrio hídrico.

Control de eliminación urinaria: la primera micción del usuario a de producirse en las ocho horas siguientes a la intervención. Si el usuario lleva sonda vesical, la eliminación urinaria debe ser como mínimo 30ml/hora. Si transcurridas ocho horas después de la intervención no

se ha producido la primera micción, hay que explorar el abdomen en busca de signos de retención urinaria.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de enfermería es la explicación que describe un estado de salud o alteración real o potencial de los procesos vitales del individuo.

El diagnóstico de enfermería vincula un problema con sus posibles causas, la licenciada en enfermería identifica los problemas que surgen a partir de la valoración.

Dentro de los diagnósticos de enfermería en el pos operatorio inmediato se incluyen:

- Diagnósticos de enfermería estandarizados; son aquellos formulados de manera que aparezca una relación causa- efecto.
- Detección de intereses, necesidades y problemas del usuario; son aquellos en que se encuentra solamente formulado el efecto (por ejemplo: dolor).

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Las intervenciones de enfermería son la determinación de los cuidados específicos que la enfermera debe llevar a cabo para resolver los problemas identificados. Para ello es necesario la participación del auxiliar de enfermería dentro de la planificación de los cuidados, delegando y supervisando las tareas para llevar a cabo el proceso de atención de enfermería. Los objetivos del personal de enfermería son la prevención o el tratamiento del dolor pos operatorio, la vuelta del usuario a su máximo nivel de funcionalidad y la asistencia dirigida a las complicaciones reales, potenciales o posibles, detectadas.

EVALUACIÓN

La evaluación consiste en determinar los progresos del usuario hacia el logro de las metas establecidas y hacia la recuperación de su salud óptima. La evaluación proporciona las bases para determinar el grado de adecuación, eficacia y necesidad de continuar la asistencia de enfermería con el objetivo último de que el usuario alcance un grado de salud tal que las nuevas actuaciones de enfermería dejen de ser necesarias.

2.10.3 CONTENIDO DE REGISTROS DE ACTIVIDADES PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.

El personal auxiliar de enfermería debe llevar a cabo determinadas actividades, basado en la descripción del cargo (*Anexo 2*), las cuales fueron seleccionadas y adecuadas a los usuarios cursando post operatorio inmediato

- Control de signos vitales.
- Control de cantidad y características de los drenajes.
- Higiene y confort.
- Administración de tratamiento medicamentoso.
- Registrar y comunicar a la enfermera sobre alimentación y tolerancia.
- Control de eliminación intestinal y vesical.

CAPITULO II

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 PROBLEMA

¿CÓMO TRADUCE ENFERMERÍA EN UN REGISTRO LA ATENCIÓN AL USUARIO EN POST OPERATORIO INMEDIATO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS A Y B DEL HOSPITAL DE CLINICAS EN EL PERIODO MAYO – OCTUBRE DEL 2001?

3.2 OBJETIVO GENERAL

- Conocer como registra enfermería en la historia clínica, la atención al usuario durante el postoperatorio inmediato.

3.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Elaborar un modelo de registros basado en las características fundamentales de los registros.
- Elaborar un modelo de registros para licenciados, internos y auxiliares de enfermería basado en el proceso de atención en enfermería y en actividades específicas para usuarios en el período postoperatorio inmediato.
- Identificar el registro en la historia clínica realizado por enfermería de los usuarios en postoperatorio inmediato.
- Conocer el registro del personal de enfermería en forma discriminada.
- Determinar la calidad del registro de enfermería basado en el modelo elaborado.
- Analizar el contenido de los registros basados en los modelos elaborados.

3.4.1 DEFINICIÓN DEL DISEÑO:

Se realizó un estudio cuali- cuantitativo del tipo descriptivo, corte transversal.

“Los estudios descriptivos son la base y punto inicial de los otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar “ como es” o “como está” la situación de las variables que se estudian en una población”.⁴ Presenta los hechos o fenómenos pero no los explica. Sugiere asociación de variables como punto de partida para estudios analíticos. Da bases para plantear hipótesis que conduzcan a otras investigaciones. Solo busca describir fenómenos o situaciones y plantear posible relación entre variables.

Se efectuó un relevamiento de historias clínicas de los usuarios que fueron intervenidos quirúrgicamente en el período de tiempo comprendido entre mayo y octubre del año 2001, de los servicios quirúrgicos A y B del Hospital de Clínicas.

Se extrajeron los registros de enfermería del postoperatorio inmediato desde que el usuario ingreso a la sala hasta el cumplimiento de las veinticuatro horas del acto quirúrgico. Esta investigación fue ejecutada durante siete días a partir del 12 al 21 de Diciembre de 2001.

3.5 UNIVERSO Y MUESTRA.

Nuestro universo está constituido por todos los registros de enfermería (Licenciadas ,Internos y Auxiliares de Enfermería) de las historias clínicas de los usuarios cursando postoperatorio inmediato del periodo en estudio.

La muestra fue seleccionada por conveniencia ; se incluyeron todos los registros de enfermería de las cuarenta historias clínicas brindadas por el Servicio de Registros Médicos del Hospital de Clínicas; la misma corresponde al 10 % del total de intervenciones realizadas en los servicio quirúrgicos A y B (PISO 9 Y 10), del año 1999,(último año actualizado) (*Anexo 4*); los servicios fueron seleccionados de acuerdo a la existencia de los dos grupos

⁴ Pineda I.B. “Metodología de la Investigación”, OPS, 2ª edición, Washington,1994.

poblacionales que realizan los registros, Licenciada- Auxiliar, piso 9 e Interno- Auxiliar, piso 10.

3.6 Criterios de inclusión:

- Todas las historias clínicas que brinde el servicio de archivo del hospital de clínicas del período solicitado.
- Los registros realizados en la cuadrícula y los realizados en la hoja de indicaciones cumplidas.

3.7 INSTRUMENTO

Para la recolección de los datos extraídos de la historia clínica, se elaboró una planilla (*Anexo 5*), basado en las variables en estudio.

3.8 METODOLOGÍA DE LA RECABACION DE DATOS

Se procedió a la recolección de los datos, una vez otorgada la autorización por la Dirección del Hospital de Clínicas y por el Instituto Nacional de Enfermería.

Luego que el Departamento de Registros Médicos asignó las historias clínicas solicitadas (desconociendo el criterio de selección utilizado por el mismo), el grupo investigador se dividió en dos subgrupos, concurriendo al Servicio de Archivo Médico en dos turnos (mañana y tarde).

Para lograr una correcta y objetiva recolección de los datos, se elaboró un instructivo para la aplicación del instrumento. (*Anexo 5*)

Para identificar la población de enfermería en forma discriminada en las historias clínicas, se concurrió a los servicios, donde la Licenciada de Enfermería brindó la planilla del personal de Enfermería de cada servicio. (*Anexo 6*)

3.9 DEFINICION DE VARIABLES

Las variables estudiadas, fueron las siguientes:

- **REGISTROS DE ENFERMERIA**
- **PERSONAL DE ENFERMERIA**

3.9.1 REGISTROS DE ENFERMERIA:

Es la identificación de la manera en que registran en la historia clínica del usuario, la atención brindada al mismo por el personal de enfermería del servicio. (*variable cualitativa ordinal*).

Se medirá a través de las siguientes variables:

- A - Características de los registros.
- B - Contenido de los registros.

A – CARACTERISTICAS DE LOS REGISTROS:

Son las condiciones que deben reunir los registros para protección de los usuarios, institución y personal de enfermería. Además de proporcionar una base para investigaciones, (*cualitativa nominal*). Esta variable se medirá a través de la presencia o ausencia de las siguientes dimensiones:

Definición operacional:

Estructura:

- orden lógico
- objetivo

Escritura :

- legible
- tinta azul o negra

Exactitud:

- Fecha y turno
- hora
- número de funcionario y cargo
- firma

Terminología:

- lenguaje Técnico-Profesional.

B - CONTENIDO DE LOS REGISTROS:

Son los componentes del registros que realiza enfermería; debe resumir la información de las intervenciones realizadas por enfermería para llevar a cabo el proceso de atención en los usuarios en el periodo postoperatorio inmediato. (*variable cualitativa nominal*)

Se medirá a través de las siguientes dimensiones:

Definición operacional:

Valoración: primer acercamiento al usuario con el fin de recolectar información del estado de salud del mismo.

Indicadores: Sí

No

En caso de ser afirmativo, debe indicarse completo o incompleto.

Debe aparecer valorado:

- Estado sicocmocional
- Patrón respiratorio y Signos vitales
- Dolor
- Nivel de conciencia
- Coloración y Humedad de la piel
- Drenaje y Apósitos
- Balance hídrico
- Eliminación urinaria

Diagnostico de enfermería: explicación que describe un estado de salud o alteración real o potencial de los procesos vitales del individuo

Indicadores: Sí

No

En caso afirmativo se tomarán en cuenta:

- Diagnósticos de enfermería estandarizados.

- Detección de intereses, necesidades y problemas del usuario.

Los diagnósticos deben guardar correspondencia con los datos recogidos en la valoración.

Intervenciones de enfermería: cuidados de enfermería en relación con los problemas identificados.

Indicadores: Sí

No

En caso afirmativo debe indicarse si corresponde a cuidados y/o procedimientos.

Control de signos vitales

Indicadores: Sí Completo

No Incompleto

Se considera completo si aparece el registro del control de:

- presión arterial
- pulso
- temperatura
- frecuencia respiratoria

Control de drenajes

Indicadores: Sí

No

En caso afirmativo debe aparecer registrado:

- cantidad
- características

Higiene y Confort:

Indicadores: Sí

No

Administración de tratamiento medicamentoso:

Indicadores: Sí Completo

No Incompleto

En caso de estar completo debe aparecer registrado:

- Fecha

- Hora
- Medicamento
- Dosis
- Vía

Alimentación:

Indicadores: Sí

No

En caso afirmativo debe aparecer registrado

- tolerancia a la misma
- tipo

Control de evacuación intestinal y vesical:

Indicadores: Sí

No

En caso afirmativo debe aparecer registrado:

- cantidad
- características
- tipo de eliminación

Evaluación: etapa que evalúa el proceso de atención, a través de indicadores ; el progreso del usuario en cuanto al proceso salud enfermedad ,el cumplimiento y el resultado de las intervenciones de enfermería.

Indicadores: Sí

No

En caso afirmativo traduce la evaluación realizada al proceso de atención de enfermería.

3.9.2 PERSONAL DE ENFERMERÍA:

Es el responsable de la realización del registro de la atención al usuario, (*variable cualitativa nominal*). Está constituido por Licenciada, Internos, y Auxiliares.

Se medirá a través de la identificación de las siguientes categorías:

A - LICENCIADA EN ENFERMERÍA:

“ Es la profesional responsable de los cuidados de los usuarios del servicio a cargo, la cual realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención”.⁵

B – INTERNO DE ENFERMERIA:

Es el estudiante del Instituto Nacional de Enfermería que tiene cursado y aprobado todas las materias integradas e independientes; cumpliendo con las funciones como un profesional de enfermería.

C - AUXILIAR DE ENFERMERÍA:

“ Es el responsable de brindar la atención de enfermería al usuario, familia , comunidad en el área asistencial y preventiva bajo responsabilidad y supervisión de la Licenciada en Enfermería”⁶

⁵ Definición extraída de la descripción del cargo del Hospital de Clínicas, División de Enfermería.

⁶ Definición extraída de la descripción de cargo del Hospital de Clínicas, División Enfermería.

CAPITULO III

ANALISIS DE DATOS

4. ANÁLISIS DE LOS DATOS

4.1 METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE DATOS

Se estudiaron los registros de Licenciadas, Internos y Auxiliares de enfermería de 40 Historias Clínicas pertenecientes a los servicios quirúrgicos A y B (pisos 9 y 10) del Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela; en el período comprendido entre Mayo-Octubre del 2001; correspondientes a usuarios cursando el post operatorio inmediato, desde el ingreso a la sala hasta cumplidas las 24 Hs de la intervención quirúrgica.

El total de los registros obtenidos fueron 128, se tuvieron en cuenta los registros de los turnos que brindaron atención al usuario en dicho período, de los cuáles 116 fueron identificados y 12 no identificados (firma ilegible y ausencia de registro). Estos registros se discriminan de la siguiente manera: 8 correspondieron a Licenciadas en Enfermería, 15 a Internos de enfermería, 93 a Auxiliares de enfermería. El análisis de los registros de cada población de enfermería se realizó contrastándose con las variables, el marco normativo (descripciones de cargo) y con el modelo elaborado por el grupo de investigadores establecido en el Marco Teórico.

La variable registros de enfermería se medirá a través de la adecuación de los registros según los tres niveles asignados por los autores: Adecuado, Regular e Inadecuado.

Luego de analizados los datos se visualizará la existencia de registros dobles por parte de las dos poblaciones: Licenciada – Auxiliar, Interno – Auxiliar.

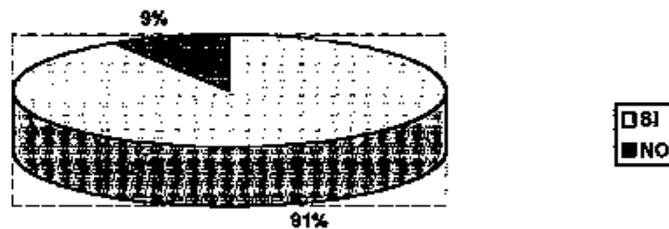
4.2 RESULTADOS Y ANÁLISIS

A partir del análisis de los registros, se obtuvieron los siguientes resultados :

Tabla N° 1 - REGISTROS DE ENFERMERÍA DE USUARIOS EN POSTOPERATORIO INMEDIATO.

	C.A.	C.R. %
SI	116	91
NO	12	9
TOTAL	128	100

Gráfico 1 - Registros de enfermería.



Dentro del 9 % de los registros de enfermería , se incluyen la ausencia de los registros en las historias clínicas y la no identificación de los mismos por registro ilegible; omisión de registro de cargo y numero de funcionario.

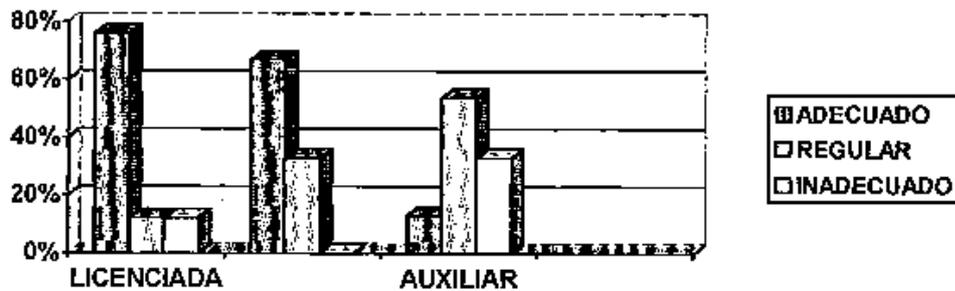
El análisis de los registros de cada población de enfermería ,se realizo contrastando los datos obtenidos en la investigación con el marco referencial elaborado por el grupo investigador (*modelo de registros y marco normativo*).

Según la sumatoria de los puntos obtenidos para cada una de las categorías de la variable registro de enfermería, se obtuvo la siguiente adecuación de registros para los niveles preestablecidos de cada grupo poblacional:

Tabla N° 2 - ADECUACION DE REGISTROS

	LICENCIADA	INTERNO	OTRO
ADECUADO	76 %	67 %	13 %
REGULAR	12 %	33 %	54 %
INADECUADO	12 %	0 %	33 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Gráfico 2 - Adecuación de registros.



Los registros de la Licenciadas en Enfermería correspondieron en un 76% (n = 6) al nivel de adecuado; coincidiendo en un 12% (n = 1) al nivel de regular e inadecuado. El 12% de los registros inadecuados correspondieron a déficit en cuanto al contenido, no existiendo dificultad en las características. Por otro lado, el Interno de Enfermería presenta un 67%

(n = 10) de los registros en el nivel adecuado; un 33% (n = 5) en el nivel regular , no encontrándose ningún registro inadecuado; este resultado refleja la formación y las exigencias académicas del Interno. El porcentaje del nivel de regular se debe a registros insuficientes en relación al contenido.

Los registros de Auxiliares de Enfermería en un 13 % (n = 12) correspondieron al nivel de adecuado; el 54 % (n = 50) al nivel de regular y el 33 % (n = 31) al nivel de registros inadecuados. Al igual que las poblaciones anteriores el registro del Auxiliar de Enfermería fueron insuficientes en cuanto al contenido; Además cabe destacar que a diferencia de la Licenciada en Enfermería y el Interno aparecen también déficit en las características de los registros.

Tabla N° 3 - ADECUACION REG. - LICENCIADAS ENF.

ADECUADO	6	76
REGULAR	1	12
INADECUADO	1	12
TOTAL	8	100

Basándonos en la definición de la variable, registros de enfermería definido como la identificación de la manera en que registran en la historia clínica del usuario, la atención brindada al mismo por el personal de enfermería del servicio de 8 registros de Licenciados en Enfermería el 76% de los mismos fueron realizados de forma adecuada. •

Tabla N° 4 - ADECUACION REG. - INTERNO

	REGULAR	INADECUADO
ADECUADO	10	67
REGULAR	5	33
INADECUADO	0	0
TOTAL	15	100

En cuanto a los registros de los internos de enfermería, de un total de 15 registros, el 67% fueron realizados de forma adecuado, no existiendo ningún registro inadecuado.

Tabla N° 5 - ADECUACION REG.- AUXILIAR ENF.

	REGULAR	INADECUADO
ADECUADO	12	13
REGULAR	50	54
INADECUADO	31	33
TOTAL	93	100

Teniendo en cuenta los registros de Auxiliares de Enfermería, de un total de 93 registros encontrados, solamente el 13 % (n = 12) se enmarcaron dentro del nivel de adecuados, el 54% (n =50) corresponden al nivel regular.

La variable registros de enfermería se estudio a través de las *características* y del *contenido* de los mismos.

Tabla N° 6 - CARACTERISTICAS REG. - LICENCIADA

ESTRUCTURA	6	75
ESCRITURA	8	100
EXACTITUD	7	88
TERMINOLOGIA	8	100

Con respecto a las características de los registros, encontramos que 6 de los 8 registros de las Licenciadas en Enfermería presentaron una correcta estructura, (teniendo en cuenta que el registro contenía un orden lógico y era objetivo) y la misma no se cumplió en 2 de los registros.

En la característica exactitud, definida como la puntualidad y fidelidad en la ejecución de un registro; encontramos que el registro del número de funcionario y el cargo se cumplió en 6 de los 8 ; fecha , turno y hora aparecen en 7 de los registros mientras que la firma apareció en la totalidad de los mismos.

Por último las características terminología (uso de lenguaje técnico profesional) y escritura se cumplieron en el total de los registros recabados.

Tabla N° 7 - CARACTERISTICAS REG.-INTERNO

Característica	Cantidad	Total
ESTRUCTURA	12	83
ESCRITURA	15	100
EXACTITUD	13	87
TERMINOLOGIA	15	100

En cuanto a las características de los registros de los Internos de Enfermería ; observamos que dentro de la estructura 12 de 15 registros poseían un orden lógico y 13 de 15 fueron objetivos.

Por otro lado para la característica exactitud; fecha y turno aparecieron registrados en 10 de los 15 relevados. La totalidad de los registros del interno incluyen la firma y en 14 se encontró número de funcionario y cargo .Las características escritura y terminología se cumplieron en su totalidad.

Tabla N° 8 - CARACTERISTICAS REG. -AUXILIAR ENF.

Característica	Cantidad	Total
ESTRUCTURA	45	48
ESCRITURA	89	96
EXACTITUD	64	69
TERMINOLOGIA	80	86

Profundizando en el análisis de los registros del Auxiliar de enfermería, se destaca con respecto a la estructura que 45 de 93 registros cumplieron con la misma ; de los mismos solo 41 mantenían un orden lógico.

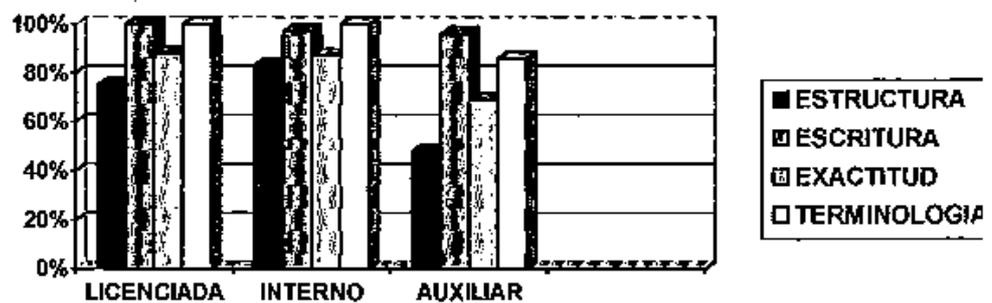
Dentro de la característica exactitud vemos disminuido los Auxiliares de Enfermería que se identifican con su número de funcionario y cargo, apareciendo 6 de los 93 .

Para tener una visión mas clara de los resultados obtenidos presentamos el comportamiento de las características de los registros de enfermería en los tres grupos poblacionales .

Tabla N° 9 - CARACTERÍSTICAS REG. - 3 POBLACIONES

	LICENCIADA	INTERNO	AUXILIAR
ESTRUCTURA	75 %	83 %	48 %
ESCRITURA	100 %	97 %	96 %
EXACTITUD	88 %	87 %	69 %
TERMINOLOGÍA	100 %	100 %	86 %

Gráfico 3 - Características de los registros.



Del análisis de los datos expuestos en la tabla N° 9 surge que no existen diferencias significativas entre las características de los registros de la Licenciada en

Enfermería y el Interno ; mientras que si existen en relación al Auxiliar de Enfermería en la mayoría de las dimensiones de la variable; específicamente en la estructura donde encontramos que mas del 50 % de los registros no cumplieron con dicha característica.

Estas diferencias pueden deberse a diversos factores determinantes como ser, la formación académica en común de la Licenciada y el Interno, el rol que desempeñan y la responsabilidad ante los registros del profesional de Enfermería; no siendo la misma para los Auxiliares de Enfermería. Creemos que esto puede ocurrir ya que en su formación (en relación a los registros), no es orientado en profundidad y relevancia el aspecto ético- legal, ni en la importancia que posee la transmisión de información en la atención del usuario al resto del equipo de salud.

Tabla N° 10 - CONTENIDO DE REG.-LICENCIADA ENF.

VALORACIÓN	7	88
DIAGNOSTICOS	4	50
INTERVENCIONES	8	100
EVALUACION	4	50

Del análisis del contenido de los registros; encontramos que el 88% de los registros de las Licenciadas en Enfermería presentaban una valoración en la cual el 86% era completa; teniendo en cuenta que era considerada completa cuando aparecían 3 o mas de las 8 ítem estandarizados en el modelo elaborado (estado sicoemocional , patrón respiratorio y signos vitales , dolor , nivel de conciencia, coloración y humedad de la piel, drenaje y control de apositos, balance hídrico y eliminación urinaria), el 100% de estas fueron registrados en la hoja de indicaciones cumplidas; no encontrándose ningún registro en cuadrícula.

Los diagnósticos de enfermería aparecieron en un 50% de los registros de las Licenciadas; siendo el 100% de Necesidades, intereses y problemas; no encontrándose registros de diagnósticos estandarizados .

En cuanto a las intervenciones de enfermería; el 100% de las Licenciadas registraron intervenciones; siendo el 75% de cuidados de enfermería y el 100% correspondientes a procedimientos; de la cual surge que en un 75% de los mismos aparecieron registrados cuidados y procedimientos conjuntamente.

La evaluación de enfermería fue registrada en un 50% de los casos, no existiendo ningún elemento de la misma en el 50 % restante.

Tabla N° 11 - CONTENIDO DE REG. -INTERNO ENF.

CONTENIDO DE LOS REGISTROS		
VALORACIÓN	14	93
DIAGNOSTICOS	12	80
INTERVENCIONES	15	100
EVALUACION	7	47

Del análisis del contenido de los registros ; encontramos que en 14 de los 15 registros de los Internos de Enfermería presentaban una valoración completa; teniendo en cuenta que era considerada completa cuando aparecían 3 o mas de las 8 ítem estandarizados en el modelo elaborado,(Estado sicoemocional , patrón respiratorio y signos vitales , dolor , nivel de conciencia, coloración y humedad de la piel, drenaje y control de apositos, balance hídrico y eliminación urinaria) las mismas fueron registrados en la hoja de indicaciones cumplidas; encontrándose 4 registros en la cuadrícula.

Los diagnósticos de enfermería aparecieron en 12 de los 15 registros de los Internos, siendo 10 de estos Necesidades, intereses y problemas; encontrándose por parte de los

mismos 8 diagnósticos estandarizados .Solo 6 registros de Internos fueron realizados en hoja de indicaciones y cuadrícula .

En cuanto a las intervenciones de enfermería; en los 15 registros de Internos aparecieron intervenciones; correspondiendo 10 registros a cuidados de enfermería y 13 a procedimientos; de lo cual surge que en 8 de los mismos aparecieron registrados cuidados y procedimientos conjuntamente.

La evaluación del Interno de enfermería fue registrada en 7 de los casos.

Tabla N° 12 - Intervenciones Aux. de enfermería

SIGNOS VITALES	29	32 %
CONTROL DE DRENAJES Y APOSITOS	23	26 %
HIGIENE Y CONFORT	5	6 %
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	80	89 %
ALIMENTACIÓN	15	17 %
ELIMINACIÓN INTESTINAL Y VESICAL	25	28 %

Del análisis de los registros del Auxiliar de Enfermería surge que de los 93 registros, 29 controlan signos vitales en el usuario en postoperatorio; de éstos tan sólo 3 son completos (control de presión arterial-pulso- frecuencia respiratoria-temperatura axilar). La mayoría de estos registros fueron realizados en hoja de indicaciones cumplidas, tan sólo 2 de 29 se documentan en la cuadrícula .

Relacionado al control de drenajes y apósitos, la tabla nos muestra que 23 de 93 realizaron control de los mismos, encontrándose en su totalidad en la hoja de indicaciones cumplidas.

Con respecto a la higiene y confort de los usuarios se hallaron 5 registros de Auxiliares de Enfermería; desconocemos si esta intervención fue llevada a cabo o no, afirmamos que existió carencia en los registros de este procedimiento. Estos registros fueron hallados en el turno matutino.

El indicador administración de medicación, fue el procedimiento con mayor número de registros apareciendo 80 de 93, siendo completos 74 de ellos (medicamento- vía- turno- hora y dosis).

La alimentación fue registrada en 15 de los 93 , en su totalidad en la hoja de indicaciones cumplidas.

El control de la eliminación vesical e intestinal aparecieron en 25 registros de Auxiliares, en hoja de indicaciones cumplidas y tan sólo 1 lo realizó en la cuadrícula.

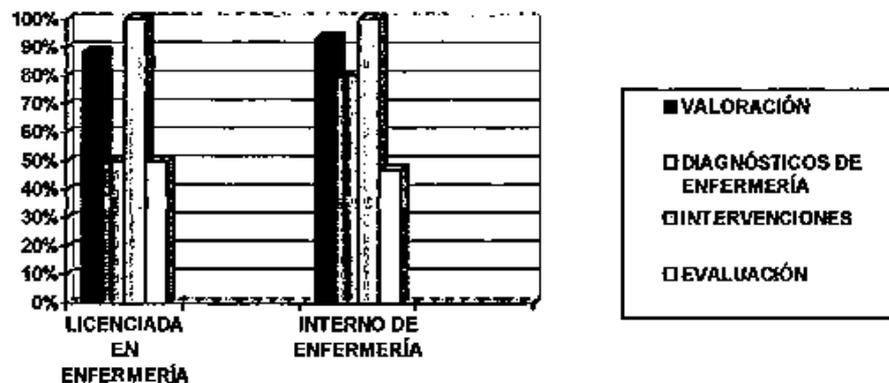
Sobre el total de las intervenciones registradas por los Auxiliares de Enfermería ; cabe destacar que el 19 % (n = 17) correspondieron a cuidados de enfermería; y el 98 % (n = 88) a procedimientos, por lo tanto el 17 % de los Auxiliares de Enfermería registraron cuidados y procedimientos.

Al igual que la variable Características de los Registros se estudió el comportamiento del contenido de los registros de Enfermería en las distintas poblaciones.

Tabla N° 13 - Contenido Reg. - 2 poblaciones

VALORACIÓN	88 %	93 %
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	50 %	80 %
INTERVENCIONES	100 %	100 %
EVALUACION	50 %	47 %

Gráfico 4-Contenido de los registros- 2 poblaciones



Del análisis de los datos que muestra la tabla N° 13, se refleja en la dimensión Valoración entre Licenciadas e Internos de Enfermería el no cumplimiento de la misma en un 100 % en la atención del usuario; siendo el Interno en comparación con el resto poblacional el que valora en un mayor porcentaje (93 %).

Consideramos que debería aparecer la valoración en el 100% de los registros dado que, ésta es la primer etapa del Proceso de Atención de Enfermería y la primer instancia de acercamiento al usuario .

Relacionado a los Diagnósticos de Enfermería se excluye del análisis la población Auxiliar de Enfermería , ya que no es función de la misma realizar Diagnósticos y el registro de ellos, (Basados en la descripción del cargo). Cabe destacar que en un 11 % identifican y registran necesidades, intereses y problemas del usuario.

Según la tabla Nº 13, sólo el 50 % de los registros de las Licenciadas en Enfermería poseen diagnósticos de enfermería, correspondiendo el 100 % a necesidades , intereses y problemas, no existiendo registros de diagnósticos estandarizados; sin embargo el 80 % de los Internos de Enfermería realiza registros de diagnósticos; de dicho porcentaje el 67 % (n = 8) realiza registros de diagnósticos estandarizados, un 82 % realiza el registro de necesidades, intereses y problemas y el 50 % el registro de ambos.

Se observa la utilización de diagnósticos de enfermería estandarizados por parte de los internos, esto puede deberse al cumplimiento de las exigencias curriculares y la administración del Proceso de Atención de Enfermería . La utilización de estos diagnósticos brinda autonomía a la enfermería, promueve la delimitación de una base única de conocimientos, otorga una base científica, al proporcionar un lenguaje y una terminología común para los servicios de enfermería. Resultando un proceso dinámico abordando al individuo en forma integral.

Con respecto a las intervenciones de enfermería surgen que la Licenciada y el Interno registran en 100 % cuidados y/o procedimientos, encontrándose registros de intervenciones del Auxiliar de enfermería en un 97 %, correspondiendo el 3 % a ausencia de registros en el turno de la noche; cabe resaltar ésta diferencia debido a que los usuarios cursando postoperatorio inmediato demandan cuidados durante las 24 horas lo que demuestra una discontinuidad en los registros.

De acuerdo a los datos recolectados del indicador Evaluación, destacamos que los registros de la misma por parte de la población de Licenciadas e Internos aparecen en un 50 % y en un 47 % respectivamente, lo que nos lleva a pensar en una discontinuidad en el proceso de atención al usuario.

Dentro de la población Auxiliar de Enfermería se excluye la evaluación como parte del proceso de atención de enfermería ; pero se destaca que sólo el 1 % de los Auxiliares registran las respuestas de los usuarios frente a cuidados y/o procedimientos realizados por los mismos.

REGISTROS DOBLES

Consideramos registros dobles , la aparición de registros de valoraciones completas por parte de dos poblaciones de enfermería según lo establecido el plan de tabulación y análisis.

Tabla N° 14 – Registros dobles Licenciada - Auxiliar

COMPLETA	1	4
INCOMPLETA	3	0
TOTAL	4	4

De la tabla N° 14 se destaca que, de un total de 4 instrumentos que reflejan la valoración realizada por las dos poblaciones; surge que el 100 % (n = 4) de las valoraciones registradas por las Licenciadas, fueron realizadas en forma completa. Siendo el registro de la valoración del Auxiliar en un 25 % (n = 1) completa; entonces encontramos registros dobles en un 25 %.

Tabla N° 15 – Registros dobles Interno - Auxiliar

COMPLETA	4	6
INCOMPLETA	4	2
TOTAL	8	8

Destacamos que del total de 8 instrumentos con la valoración realizada por las dos poblaciones, el 75 % (n = 6) son completas y realizadas por el Interno .

Sicndo el 50 % (n = 4) de las realizadas por el Auxiliar , completas; surge de estos datos que existen registros dobles en un 50 %.

5. CONCLUSIONES

De acuerdo a la base teórica en la que se enmarcó la investigación, teniendo en cuenta la importancia de los registros en el postoperatorio inmediato, según sus *características* y el *contenido* de los mismos para cada una de las poblaciones de enfermería se concluye:

- ❖ Relacionado a las *Características* de los registros:
 - No existe dificultad en dos de los grupos poblacionales Licenciada e Internos de Enfermería .
 - Se encontró déficit en el registro de la dimensión *Exactitud*; donde no existió una clara identificación por parte de la población Auxiliar de Enfermería.
 - Se encontró una alteración en el registro de la dimensión *Estructura*; donde la población Auxiliar de Enfermería no mantenía un orden lógico ni eran objetivos en su documentación.
- ❖ Relacionado al *Contenido* de los registros:

En el servicio quirúrgico B (Piso 9) no se encontraron registros de valoración en un 100 % por parte de la Licenciada en Enfermería.

 - De las valoraciones realizadas al usuario, no eran completas en su totalidad de acuerdo al modelo elaborado por los autores .
 - Se observó la utilización de diagnósticos de enfermería, en el proceso de atención aplicado a los usuarios en postoperatorio, en el 50 % de los registros; siendo en su totalidad detección de necesidades, intereses y problemas.
 - No se hallaron en los registros, diagnósticos de enfermería estandarizados.
 - El 100 % de las Licenciadas en Enfermería registran las intervenciones realizadas al usuario.

- De las intervenciones registradas, vemos que las Licenciadas en Enfermería incluyen en su atención cuidados de Enfermería, fomentando el área independiente de la disciplina.
- Únicamente el 50 % de los registros de dicha población, poseen evaluación.
- En el Servicio Quirúrgico A (piso 10) no se encontraron dificultades en el registro de la valoración, diagnósticos e intervenciones por parte del Interno de Enfermería.
- Existiendo dificultad en el registro de la evaluación , apareciendo en menos del 50 % de los mismos.
- La ausencia del registro de la evaluación por parte de la Licenciada e Interno en la totalidad de los mismos; provoca discontinuidad en el Proceso de Atención de Enfermería.
- La población Auxiliar de Enfermería registra las intervenciones dependientes del área médica; siendo los registros del área propia de enfermería escasos e incompletos.
- El personal de enfermería de los servicios seleccionados no utilizan la cuadrícula con la finalidad para la cual fue creada.

❖ Relacionado a la *adecuación* de los registros según lo establecido en el plan de tabulación:

- Los registros de la Licenciada en Enfermería son en un 76 % adecuados .
- No se encuentran registros inadecuados por parte de los Internos de Enfermería ; dada la ponderación asignada a la variable.
- Los registros del Auxiliar de Enfermería son en un 64 % regulares.

- ❖ Relacionado a los *registros dobles*:
 - En el grupo poblacional Licenciada- Auxiliar (piso 9) se encuentra el registro doble de valoración completa en un 25 %.
 - En el grupo poblacional Interno- Auxiliar (piso 10) se encuentra el registro doble de valoración completa en un 50 % .
 - La duplicidad de los registros hallados consiste en la aparición de los mismos sistemas valorados por parte de los grupos poblacionales.
- ❖ De acuerdo a los *objetivos planteados*:
 - Conocimos el registro del personal de enfermería en forma discriminada.
 - Logramos conocer como es el registro de la atención del personal de enfermería en la historia clínica, en los usuarios cursando post operatorio inmediato. Luego de recolectada la información en base al modelo de registros elaborado para cada grupo poblacional, surge que el mismo pudo haber sido exigente en algunos casos, dada la realidad de la Institución (a pesar de ser un Hospital Universitario) donde fue aplicada, ya que dicho modelo posee una carga teórica rigurosa, obteniendo mayor dificultad en el contenido de los registros.
 - Dado que el modelo del contenido de los registros incluye los indicadores del proceso de atención al usuario y según los resultados obtenidos observamos que no se visualiza por medio de los registros, en algunas de las poblaciones, la atención brindada.
 - Determinamos que la calidad de los registros de enfermería, según la adecuación de registros establecida por los investigadores, no es en su totalidad adecuada, observando que quien se aproxima en mayor porcentaje a la misma es Enfermería Profesional.

6. SUGERENCIAS

- A partir de los resultados obtenidos de los registros de Enfermería, se sugiere investigar cuales son los factores que interfieren en la realización de los registros de enfermería, en los usuarios quirúrgicos ; como por ejemplo: - ausencia de espacio en la historia clínica, - falta de tiempo, – déficit en el conocimiento del registro del P. A. E.,-ausencia de legislación que obligue y ampare la documentación del plan de atención, entre otros.
- Para fomentar la calidad de atención del usuario en postoperatorio inmediato sugerimos la elaboración y estandarización de registros de cuidados de enfermería en los servicios quirúrgicos; favoreciendo dichos estándares de cuidados a los componentes del área independiente e interdependiente.
- Para agilizar y promover el registro de enfermería del plan de atención al usuario, sería conveniente la creación e incorporación en la historia clínica, de una hoja de enfermería acorde a los cuidados específicos de los usuarios quirúrgicos, incluyendo un sistema de registro y comunicación que interrelaciona cada uno de los pasos del Proceso de Atención de Enfermería, demostrando la calidad científica y el valor de los registros de enfermería.
- Actualización y difusión de las descripciones de cargo del Hospital de Clínicas.
- Dado que la Licenciada en Enfermería es la responsable de supervisar las anotaciones del personal a su cargo; debería promover la calidad de los registros, con el fin de evitar problemas legales y brindar una base para futuras investigaciones.

7. BIBLIOGRAFÍA

- ALBERDI, R. et. al. "Conceptos de Enfermería", Enero 1984.
- ALFARO, R. "Aplicación del proceso de Enfermería" Editorial Mosby, 3ra edición 1994.
- BALLESTEROS, H. et. al. "Bases Científicas de la Administración" Editorial Interamericana, 1995.
- BEARE, P. et. al. "Enfermería Medicoquirúrgica" Editorial Mosby – Doyma. Volumen 1 Cap. 5, 1996.
- CANALES, F. "Metodología de la Investigación, Manual para el Desarrollo del Personal de Salud" Editorial Organización Panamericana de la Salud. 2da edición 1994.
- CARPENITO, J. "Diagnósticos de Enfermería" Editorial Interamericana, 1986.
- COSTABEL, M. "Temas de Enfermería Medicoquirúrgico" Editorial Organización Panamericana de la Salud, 1995.
- GERVAS "Los Sistemas de Registros en Atención Primaria en Salud" Editorial Díaz de Santos S.A., 1987.
- GILLES, D. "Gestión de Enfermería" Editorial Mason – Salvat, Barcelona 1994.
- LYER, P. et. al. "Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería" Editorial Interamericana, 2da edición 1993.
- PERRY, Anne. "Enfermería clínica: técnicas y procedimientos" Editorial Harcourt Bracc, 4ta edición, 1996.
- SABINO, Carlos. "Como hacer una tesis" 2ª Edición Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina 1986.
- WERSORICK, B. "Estándar de calidad para los cuidados de Enfermería" Editorial Doyma, 1989.
- Carpeta de Consulta Nº 0, Enfermería, Biblioteca, Instituto Nacional de Enfermería.

REGISTROS DE ENFERMERÍA

- Carpeta de Consultas N° 1, Licenciatura en Enfermería, Instituto Nacional de Enfermería.
- Revista ROL de Enfermería, "Atención en el post- operatorio" N° 193, págs. 57- 60, septiembre 1994.
- Revista ROL de Enfermería, " ¿ Dónde comienza la calidad científica de los documentos de Enfermería ?" N° 191- 192, págs. 33- 40, julio- agosto 1994.
- Revista METAS de Enfermería, N° 38, págs 42 - 48, septiembre 01.

INDICE GENERAL

	Págs.
▪ 1 . Introducción	1
▪ 2. Capítulo I: - Marco Teórico	
▪ 2.1 Enfermería (definición)	4
▪ 2.2 Atención de Enfermería (definición)	4
▪ 2.3 Proceso Salud – Enfermedad (definición)	4
▪ 2.4 Definiciones	5
▪ 2.4.1 Ámbito de la práctica de Enfermería	5
▪ 2.5 Registros de Enfermería	5
▪ 2.5.1 Reglas generales para realizar un registro	7
▪ 2.6 Historia Clínica	8
▪ 2.6.1 Historia de Enfermería	8
▪ 2.7 Personal de Enfermería	9
▪ 2.7.1 Licenciada en Enfermería	9
▪ 2.7.2 Interno de Enfermería	9
▪ 2.7.3 Auxiliar de Enfermería	10
▪ 2.8 Proceso de Atención de Enfermería	10
▪ 2.8.1 Reseña histórica	10
▪ 2.8.2 Definición	12
▪ 2.8.3 Ventajas	13
▪ 2.8.4 Etapas	13
▪ 2.9 Marco Normativo	21
▪ 2.10 Modelo de registros	23
▪ 2.10.1 Características de los registros	23
▪ 2.10.2 Contenido de los registros (Lic. – Int.)	24
▪ 2.10.3 Contenido de los registros Auxiliar)	28
▪ 3. Capítulo II: - Metodología	
▪ 3.1 Problema	29

▪ 3.2 Objetivo general	29
▪ 3.3 Objetivos específicos	29
▪ 3.4 Elección del diseño de investigación	30
▪ 3.4.1 Definición de diseño	30
▪ 3.5 Universo y muestra	30
▪ 3.6 Criterios de inclusión	31
▪ 3.7 Instrumento	31
▪ 3.8 Metodología de recabación de datos	31
▪ 3.9 Definición de variables	32
▪ 3.9.1 Registros de Enfermería (características y contenido)	32
▪ 3.9.2 Personal de Enfermería	35
▪ 4. Capítulo III: - Análisis de datos	
▪ 4.1 Metodología del análisis de los datos	37
▪ 4.2 Resultados y Análisis	38
▪ 5. Conclusiones	53
▪ 6. Sugerencias	56
▪ 7. Bibliografía	57

INDICE DE GRÁFICOS

	Págs.
Gráfico 1. Registros de Enfermería	38
Gráfico 2. Adecuación de registros	39
Gráfico 3. Características de los registros	44
Gráfico 4. Contenido de los registros	49

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Registros de Enfermería	38
Tabla 2. Adecuación de registros	39
Tabla 3. Adecuación de registros - Licenciadas	40
Tabla 4. Adecuación de registros - Interno	41
Tabla 5. Adecuación de registros - Auxiliar	41
Tabla 6. Características de los registros - Licenciada	42
Tabla 7. Características de los registros - Interno	43
Tabla 8. Características de los registros - Auxiliar	43
Tabla 9. Características de los registros - tres poblaciones	44
Tabla 10. Contenido de los registros - Licenciada	45
Tabla 11. Contenido de los registros - Interno	46
Tabla 12. Intervenciones - Auxiliar	47
Tabla 13. Contenido de los registros - dos poblaciones	49
Tabla 14. Registros dobles - Licenciada - Auxiliar	51
Tabla 15. Registros dobles - Interno - Auxiliar	52

REGISTROS DE ENFERMERIA

INDICE DE ANEXOS

- ◆ 1 – Trabajos anteriores.
- ◆ 2 – Descripciones de cargo.
- ◆ 3 – Anteproyecto de Ley.
- ◆ 4 – Actividad quirúrgicas del año 1999.
- ◆ 5 – Instrumento.
- ◆ 6 – Planilla del personal.
- ◆ 7- Datos recolectados.

ANEXOS

ANEXO 1

TRABAJOS ANTERIORES SOBRE REGISTROS

Como antecedente a la investigación en estudio que pretendemos realizar hemos encontrado distintos trabajos realizados tales como: el publicado en la revista ROI, en el año 1994, donde un equipo investigador de Licenciadas en Enfermería y Médicos de la universidad de Navarra-España; en el cual parten de la base: ¿ Dónde comienza la calidad científica de los documentos de Enfermería?

La investigación consta de tres fases en las que se han ido modificando los documentos para mejorar los resultados respecto a: la valoración del paciente (mejorando de un 36% a un 71%), la determinación de los diagnósticos de enfermería (de 224 a 136), y el establecimiento de los cuidados propios (que asciende de un promedio por paciente de 1,73 a 3,0), y la evolución (mejorando los datos de 47,82% a 80,80%). Durante esta investigación se realizaron 36 sesiones educativas e informativas con las enfermeras de la unidad y la valoración subjetiva, se llevo a cabo por medio de entrevistas personales y una encuesta de opinión.

La investigación de registros de enfermería en pacientes con insuficiencia cardíaca cuyos autores C. D'Estevan; D. María Díaz; M. Gorrasi y M. Guerrero; presentaba como objetivo general sistematizar las intervenciones de enfermería en el usuario portador de insuficiencia cardíaca para el cumplimiento del mismo se plantearon diferentes objetivos específicos, como la creación de un instrumento de valor y seguimiento de dicho usuario para permitirle al personal de enfermería tener una visión integral del mismo. Por otro lado se plantean favorecer la educación al usuario y su familia para disminuir factores de riesgo y mejorar la calidad de vida; fortalecer la capacidad de auto evaluación asistencial, mediante el análisis de datos en la unidad de enfermería y brindar una herramienta de investigación de fácil manejo para el personal de enfermería.

La metodología utilizada; relacionado a los instrumentos fue la elaboración de una planilla de valoración de enfermería en usuarios con insuficiencia cardíaca; planilla de seguimiento diario de registros de enfermería y una encuesta de opinión. De la ejecución de la investigación resulto que ambas planillas fueron aplicadas en el 100% de los casos, resultando de la encuesta de opinión que el 98% de las licenciadas de enfermería expresaron

REGISTROS DE ENFERMERÍA

que la planilla de valoración les permite recoger información y visualizar alteraciones rápidamente y conocer al usuario en forma integral.

En relación a la planilla de seguimiento de registro diario de enfermería resultó que el 100% de las licenciadas de enfermería opinaron que el espacio destinado al registro era adecuado, que las intervenciones de enfermería eran oportunas, que a través del sistema de registro se desarrollaba el área independiente de la profesión y que el uso del sistema de registro les pareció muy importante.

ANEXO 2

Nombre del Cargo: ENFERMERA

PROPOSITO

Es responsable de los cuidados de enfermería de los pacientes del área que le corresponde.

REQUISITOS DEL CARGO

Requisitos sico-somáticos.

—Buena salud física y mental.

Requisitos especiales.

- Capacidad para planear, organizar y dirigir el cuidado de enfermería.
- Criterio para juzgar qué pacientes requieren cuidados profesionales y cuáles no.
- Debe tener iniciativa para determinar necesidades de su Sala.
- Habilidad para organizar la Sala de modo de facilitar el trabajo.
- Habilidad para administrar personal.
- Buen tacto para tratar con el cuerpo médico, con el personal y con el público en general.
- Capacidad para integrarse a grupos de trabajo.

CALIFICACIONES

Educación.

—Graduada de la Escuela Universitaria de Enfermería o de la Escuela de Nurses "Dr. Carlos Nery".

Conocimientos específicos.

- Conocimiento profundo de cuidados de enfermería en la especialidad en que trabaja, incluyendo medidas preventivas.
- Suficientes conocimientos de administración como para organizar y administrar su Sala.
- Suficientes conocimientos de métodos de enseñanza como para enseñar a los pacientes y personal a su cargo.

INTERRELACIONES JERARQUICAS

- Supervisada por la Enfermera Jefe de Sector o por quien la reemplace.
- Supervisa al personal a sus órdenes.

FUNCIONES DEL CARGO

- Responsable de la administración del cuidado de enfermería de los pacientes a su cargo.
- Responsable por el orden, limpieza y mantenimiento de la unidad.
- Responsable por el equipo y material de las Salas, distribución, uso, mantenimiento y stock de su unidad.
- Control y devolución de equipos que pertenecen a otros servicios.
- Responsable por la cooperación de Enfermería a la investigación que se realice en la Sala.
- Responsable por la coordinación de las experiencias prácticas de las alumnas que concurren a su Sala.
- Promueve la colaboración de su personal en la redistribución cuando ésta es necesaria.

Diariamente.

- Toma y pase de guardia en su unidad, con la presencia del personal de Enfermería que se retira y el que entra en la Sala.
- Controla la asistencia del personal de Enfermería a su cargo.
- Planifica el trabajo de su unidad.
- Orienta al personal de Enfermería a los nuevos enfermos.
- Asigna las tareas al personal de Enfermería.
- Visita a cada paciente al llegar y al terminar su turno.
- Planea el cuidado de los pacientes, de acuerdo a sus necesidades.
- Realiza visita a los pacientes con el médico.

- Realiza y/o supervisa el cuidado de los pacientes.
- Realiza las curaciones de los enfermos de su unidad.
- Vigila drenajes, coloca aspiradores, intuba pacientes con sonda Cantor, Miller-Abbot y gástricos. Coloca sondas vesicales.
- Realiza la medicación inyectable por vía intravenosa.
- Efectúa anotaciones de Enfermería y supervisa las realizadas por el personal de Enfermería a su cargo.
- Tramita y coordina los exámenes clínicos y tratamientos especiales de los pacientes de su Sala.
- Supervisa la alimentación de los pacientes y es responsable de proporcionar ayuda a aquellos que no lo puedan realizar por sus propios medios.
- Participa como miembro activo, en el funcionamiento del equipo de salud.
- Realiza recetario de Farmacia y pedidos a Centro de Materiales Estériles.
- Solicita y distribuye ropa limpia a los pacientes de acuerdo a sus necesidades, y es responsable del envío de la ropa sucia, de acuerdo a las normas establecidas por la Institución.
- Realiza y/o controla el cumplimiento de las indicaciones médicas.
- Realiza tarjetas de medicamentos, asigna horarios para su administración y supervisa que se cumplan a la hora establecida.

- Orienta y da enseñanza a pacientes y familiares.
- Intercambia Información con la Enfermera Jefe de Sector, acerca de las actividades relacionadas con su unidad.
- Controla y devuelve materiales y equipos recibidos en préstamo de otros servicios.
- Supervisa el orden, limpieza y mantenimiento de la planta física, muebles y material de la unidad.
- Demuestra y supervisa procedimientos de Enfermería en su Sala.
- Es responsable de la interpretación y cumplimiento de los reglamentos y disposiciones de la Institución a: pacientes, personal y visitas.

Periódicamente.

- Realiza evaluación del personal a su cargo.
- Participa en reuniones con personal de Enfermería.
- Participa activamente en los programas de Educación en servicio.
- Realiza inventarios de equipos y materiales de la unidad.
- Lleva el registro anecdotal de los incidentes relacionados con el personal de su unidad.

Aprobado por la Comisión Directiva del Hospital en sesión del 13 de agosto de 1963.

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ADMINISTRACION

PROGRAMA INTERNADO
PLAN DE ESTUDIOS 1993.

COMIENZO 1993

PROPÓSITOS DEL INTERNADO

- 1.- Fortalecer el aprendizaje teórico-práctico del Interno en el ejercicio de la práctica profesional, ubicándolo en situaciones concretas que le permitan iniciarlo en el quehacer profesional.
- 2.- Proporcionar experiencias clínicas que permitan complementar los conocimientos, habilidades y destrezas del Interno para su futuro desempeño profesional.
- 3.- Reforzar los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas por los estudiantes, en los años de formación para consolidarlos previo el ejercicio profesional.
- 4.- Promover la participación del Interno en las áreas de atención comunitaria y hospitalaria, en el área pública o privada.
- 5.- Incentivar en el Interno el sentido de responsabilidad humana y social en el ámbito profesional al desarrollar las actividades de atención integral a usuarios sanos, enfermos, familia y comunidad.
- 6.- Desarrollar actividades de enseñanza e investigación en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los Internos con el fin de prepararlos integralmente para el desarrollo de sus funciones futuras.
- 7.- Participar en la optimización de la calidad de atención de enfermería en los servicios de salud.
- 8.- Propiciar el desarrollo de las acciones de salud en equipos multiprofesionales y de enfermería estimulando el desarrollo científico-técnico de sus integrantes.
- 9.- Participar en programas de educación a trabajadores y estudiantes de enfermería así como en Programas dirigidos al usuario y su familia.

1) INTRODUCCIÓN

denominación del curso Internado.

Pertenece al plan de estudios 1993, corresponde al 4to ciclo, 1er módulo, último semestre de la carrera. Total de horas 450, se desarrolla en 15 semanas con una carga horaria de 30 horas semanales.

Corresponde al período curricular posterior al desarrollo teórico-práctico de los ciclos 1ero, 2do y 3ero y previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería.

Corresponde al desarrollo de la experiencia clínica del estudiante de Enfermería en servicios de primero y segundo nivel, Intra o Extrahospitalaria en Instituciones Públicas o Privadas.

El curso se desarrolla en toda su extensión inserto en la clínica previa orientación general al mismo, ya que todas las bases teóricas y metodológicas fueron recibidas en el transcurso del Plan 93.

El reforzamiento y profundización académica se realizará a través de las experiencias educativas e instancias de seminarios que en total de 3 se deberán desarrollar por parte del Interno en Enfermería con la Supervisión Docente-Asistencial.

2) OBJETIVOS

GENERALES

Administrar la conducción de una unidad o programa de enfermería en el área Intra Extrahospitalaria a través de:

- La disciplina de enfermería
- La disciplina de administración
- La metodología científica

Administrar el Proceso de Atención de Enfermería a la población asignada en el marco de una unidad o programa.

ESPECIFICOS

Identificar los problemas más frecuentes en la administración de una unidad o programa.

Identificar los problemas más frecuentes en la prestación de servicios de Enfermería a la población bajo su responsabilidad.

Elaborar alternativas de solución a los problemas más frecuentes en coordinación con el Dpto. de enfermería.

Elaborar y poner en marcha un plan de prueba para las soluciones según problemas anteriormente seleccionados.

Implementar el plan y determinar medidas de seguimiento en relación con lo propuesto a fin de asegurar el alcance de los objetivos

Elaborar informe de los alcances de la propuesta así como lineamientos de retroalimentación para el Dpto. de enfermería.

METODOLOGIA

_ El curso se inicia con una orientación a los objetivos generales, específicos y el análisis en profundidad del perfil a alcanzar.

_ La experiencia clínica dará comienzo con la orientación a la misma insertos en las Instituciones y en coordinación con las autoridades de la misma.

_ En la primera y segunda semana se realizará el proceso de inserción y la aproximación diagnóstica que le permitirá al estudiante elaborar su propuesta de trabajo.

_ Durante la experiencia clínica, el estudiante asume progresivamente el rol de dirigentes de una unidad o programa con el apoyo de la estructura organizativa de Enfermería de la Institución donde se desempeñe.

_ Se va integrando progresivamente al funcionamiento del servicio articulando formación académica en la prestación de servicios de enfermería con las definiciones políticas y normativas institucionales.

_ El estudiante será orientado a resolver problemas así como en la búsqueda de información para el tratamiento y evaluación de su propuesta de trabajo.

_ Los estudiantes recibirán la supervisión programada de las Licenciadas del servicio, así como la orientación individual y grupal a través de visitas de enfermería, tutorías y reuniones grupales por parte de las docentes del INDE.

_ Tendrán la libertad necesaria como para presentar un producto creativo, no reproductivo, según la realidad en la cuál está inserto, fundamentando, estimulando la consulta bibliográfica y/o personal.

_ Se estimulará el trabajo participativo, como el análisis crítico científico.

_ La responsabilidad docente será compartida por los docentes involucrados en el programa de Internado del INDE y la Licenciada Enfermera de los servicios que han asumido el compromiso en términos de integración docente-asistencial.

_ El seguimiento del estudiante se documentará en registros implementados en acuerdo con docentes y Licenciadas de los servicios.

ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN

La evaluación y acreditación se realizará a través del alcance del perfil por parte de cada estudiante, valorado en encuentros, visitas de enfermería y tutorías con docentes, estudiantes y enfermeras Licenciadas del área.

Se programarán encuentros personales y grupales acorde con los requisitos preestablecidos(perfil).

La acreditación del curso surge de la valoración de la práctica y la valoración de los seminarios e informe final.

El estudiante deberá realizar 3 seminarios

1-GRUPAL: TEMA: Diagnóstico de la unidad o programa en el cual desarrolla su actividad de internado y propuesta de trabajo.

INDIVIDUAL: Seminario programado de presentaciones de casos clínicos que tengan relevancia con las características epidemiológicas sociales de la población bajo su responsabilidad.

GRUPAL: Alcance del plan de trabajo y lineamientos de retroalimentación de la propuesta.

Este último será presentado por escrito y adquirirá el carácter de trabajo final.

LA PRÁCTICA

-El estudiante se incorporará a unidades de enfermería o programa intra o extrahospitalarios con una población determinada, en servicios públicos y/o privados.

-Deberá ajustarse a la normativa de la Institución en tanto a horarios y disposiciones internas.

-Concurrirá a la experiencia según programación preestablecida, según horario acordado, siendo su asistencia de carácter obligatorio.

LA PRÁCTICA.....

-Tiene carácter eliminatorio (se aprueba con B)

-La asistencia es obligatoria, no pudiendo exceder del 10% de faltas.

-Quien no obtuviera nota de aprobación de la práctica, no está en condiciones de aprobar el curso.

CRITERIOS DE PRESENTACIÓN Y ACREDITACIÓN DEL TRABAJO ESCRITO

Para aprobar el trabajo escrito, deberá haber obtenido la aprobación de la práctica. Si no aprueba el trabajo escrito en forma inicial, podrá tener una instancia de defensa, la cual será eliminatoria.

En caso de que el trabajo tenga carácter de insuficiente para pasar a la defensa, y si a práctica está aprobada, el estudiante podrá rehacer el trabajo con una tutoría previa, para lo cual se le dará un nuevo plazo de entrega.

Si no aprueba deberá repetir el curso.

LOS INDICADORES PARA VALORAR LOS TRABAJOS ESCRITOS SON:

- i-Metodología.
- b-Presentación.
- c-Puntualidad.
- d-Profundidad científica.

a-Metodología

- Explicitación de los pasos seguidos en el abordaje del trabajo.
- Uso y creación de instrumentos de registro.
- Presentación de la información, gráficos, análisis, síntesis.
- Alcances y limitaciones de la metodología empleada.

b-Presentación

- Uso de terminología científica.
- Contenido semántico y sintáctico ajustado a la experiencia para su comprensión.
- Incorporación de tablas, gráficos, cuadros, etc. que sean necesarios para esa misma comprensión.
- Escrito a máquina o doble espacio.
- Utilización de una carilla por hoja, las que no excederán de 20 (los anexos se contabilizan por separado).

c- Puntualidad

- El estudiante tiene un tiempo para preparar y presentar, que consideramos razonable.
- Si pasado ese tiempo, no lo entrega, se le irá descontando un punto por día de pasada la fecha.

d-Profundidad científica

- Utilización de material bibliográfico de calidad científica y en cantidad suficiente.
- El uso de otros recursos especializados, según el tema.
- Metodología utilizada, rigurosidad de su aplicabilidad, es decir, debe poderse contrastar con nuestra realidad.

Los indicadores para valorar el alcance de los objetivos del curso y su aprobación son los siguientes:

- Correspondencia teórico-práctica.
- Iniciativa y creatividad.

Desempeño de las funciones de Administración en:
asistencia
docencia e
Investigación.

PERFIL DEL INTERNO

·Aplica el proceso administrativo en una unidad de enfermería o programa, dispuesta para atender una población limitada en número y complejidad, con los recursos acorde al programa.

·Realiza un diagnóstico primario de la unidad o programa que administra, incluyendo:

- Situación de salud de los usuarios o población a su cargo.
- Recursos de que dispone(materiales, humanos, tiempo, financieros, dinámica de trabajo, resultados de la atención ofrecida.)

·Asume el rol de codirigente del equipo de enfermería con la Licenciada del servicio, favoreciendo la participación del usuario y su núcleo, y la integración del personal de la unidad.

·Instrumenta el plan de atención con los recursos disponibles.

·Realiza actividades de coordinación para el funcionamiento de la unidad, intra e intersectorialmente .

·Conoce y aplica la normativa Institucional dentro del área de su responsabilidad.

·Busca mecanismos de comunicación que favorezcan el trabajo interdisciplinario desde su rol profesional.

·Brinda atención profesional personalizada cuando detecte que las necesidades de la población a su cargo así lo exigen.

·Representa el equipo de enfermería ante los niveles institucionales, en la medida que compete a su rol, por la administración del área asignada.

·Participa en el abordaje de situaciones de carácter jurídico-legal, conjuntamente con la licenciada encargada de la unidad, según su competencia, en acciones propias del equipo de enfermería.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

Para lograr este perfil, debe implementarse el Programa respectivo.

Para ello, se conformará un equipo docente integrado por representantes de todos los departamentos, bajo la responsabilidad del departamento de Administración de los servicios de enfermería.

Este equipo actuará en coordinación con los servicios asistenciales.

El programa podrá desarrollarse en:

_ Áreas de cuidados moderados de las Instituciones hospitalarias; corresponden a unidades de organización simple con un máximo de 18 usuarios o Programas de consulta externa con una extensión no mayor a 30 familias.

_ Centros de Salud.

En todos los casos, es conveniente contar con un convenio que de marco a ésta propuesta de trabajo, así como un reglamento que determine deberes y derechos de los Internos y de las Instituciones formadoras y asistenciales por un plazo no mayor de 1 año.

DESARROLLO DEL INTERNADO

DEFINICIONES GENERALES

- Se denomina internado al periodo curricular de ejercicio pre-profesional cuya duración será de 1 semestre y sin cuya aprobación no podrá el estudiante del INDE acceder al título de Licenciado en Enfermería.
- Podrá desarrollarse en las Instituciones en las cuales se tenga convenio y/o en todas aquellas con las que se puedan firmar pre-acuerdos que den marco a la propuesta. Los mismos podrán ser públicos o privados, en capital o Interior del país.
- Las áreas corresponderán a:
 - unidades moderadas en las Instituciones Hospitalarias dentro de las unidades de organización simple con una población determinada.
 - en el primer nivel de atención el internado podrá desarrollarse en Centros de Salud del M.S.P, policlínicas zonales de la I.M.M. y centros de Salud del Interior del país, dentro de las Instituciones Hospitalarias insertas en la consulta externa en un programa o subprograma.
 - la realización del internado en áreas de cuidado intermedio: intensivo o cualquier área de especialización serán en carácter de excepcionalidad y bajo estricta supervisión de Enfermería profesional del área asistencial y docente del INDE.
 - El tamaño poblacional en cualquiera de las áreas será definido de acuerdo al programa.
- El internado tendrá carácter remunerado, el monto será el determinado por las partes, las excepciones estarán previstas en el Decreto Gral. del Internado.

INTERNO DEL INDE

- Interno es el estudiante del INDE que tiene cursado y aprobado todas las materias integradas e independientes del 1ro., 2do., 3er. ciclo, estando en condiciones puede cursar el cuarto ciclo correspondiente al internado.
- La provisión de cargos de internos será realizada por el INDE quien establecerá la nómina de internos teniendo en cuenta la escolaridad obtenida en los años anteriores.
- El orden de precedencia establecido le dará al interno la posibilidad de elección de las plazas de internado. Siempre existirá un número de plazas de internado que garantice la continuación y finalización de la carrera de los internos.
- En caso de que hayan más cargos vacantes que postulantes y suplencias, la Institución podrá optar por mantener el excedente de los cargos destinados a prorrogar a los Internos del período anterior por un plazo no mayor a un año.

DEL RECURSO DOCENTE - ASISTENCIAL

- Se conformará un equipo docente integrado por representantes de todos los Departamentos, bajo la responsabilidad del Departamento de Administración de los Servicios de Enfermería, ésta actuará de acuerdo al programa de internado y al perfil definido para los Internos. Este equipo actuará en coordinación con los Servicios Asistenciales.
- Todas las Instituciones Asistenciales deberán contar con una estructura mínima de: Jefatura y Supervisoras que garanticen un ejercicio Supervisado del Interno.
- La Institución Formadora INDE, garantizará la realización de cursos de formación para todas aquellas Licenciadas Enfermeras Docente - Asistencial involucradas en el programa de intercambio.

A LOS EFECTOS DE LA DURACION

- El año escolar se establecerá del 15 de marzo al 15 de noviembre dividido en 2 cuatrimestres.
 - 1er. Período de Internado del 15 de marzo al 15 de julio.
 - 2do. Período de Internado del 15 de julio al 15 de noviembre.
- El ejercicio del cargo será parte de la actividad curricular, deberá cumplir con el programa de Internado y alcanzar el perfil establecido. No podrá usufructuar licencia por ningún concepto, las inasistencias se admitirán en igual porcentaje que en los ciclos anteriores - (10 %).
- El Interno realizará 30 horas semanales. Deberá ajustarse a las normativas de la Institución en tanto a horarios y disposiciones internas en acuerdo con la Institución Formadora.

DE LA EVALUACION

- La evaluación y acreditación se realizará a través del alcance del perfil por parte de cada estudiante valorado por:
 - Jefe y Supervisor de Enfermería de la Institución Asistencial, responsable de la supervisión del Interno.
 - Docente del INDE quién deberá seguir la evaluación del estudiante a través de visitas, la participación en las instancias de seminario obligatorias y tutorías programadas para el estudiante, realizadas en conjunto con la Supervisora de Area.
- La evaluación final se realizará entre la Institución Asistencial y la Institución Formadora y su aprobación se calificará con puntaje y nota, el mínimo de aprobación corresponde al (B).

HOSPITAL DE CLINICAS
"Dr. Manuel Quintela"
División Enfermería

NOMBRE DEL CARGO: Auxiliar de Enfermería (Escala fón B o D, Técnico III, Auxiliar de Enfermería Gdo. II).

Propósito del cargo: Brindar atención de Enfermería al paciente, familia y comunidad en el área asistencial y preventiva, bajo la supervisión y responsabilidad de la Enfermera.

Requisitos del cargo

Requisitos psico-somáticos.

Aptitud psico-física total certificada por la División Universitaria de la Salud.

Requisitos especiales.

- Adaptabilidad. Sentido de cooperación y cortesía. Sentido de responsabilidad.
- Habilidad para integrarse a grupos de trabajo, Estabilizada emocional.
- Capacidad para cumplir las funciones del cargo en los distintos turnos.

Calificaciones.

Educación.

- Debe poseer certificado habilitante de Auxiliar de Enfermería reconocido por el Ministerio de Salud Pública.

Entrenamiento y experiencia.

- Se requiere la preparación básica que se realiza en la Institución formadora.

Conocimientos específicos.

- Se requieren conocimientos y destrezas para realizar los procedimientos de enfermería de su cargo.
- Se requiere tener conocimientos sobre aspectos ético-legales que pueden influir en su desempeño.
- Debe poseer conocimientos generales de la Institución y de las relaciones entre los Departamentos, donde ella trabaja y aquellos que deben coordinarse.

HOSPITAL DE CLINICAS
"Dr. Manuel Quintela"
División Enfermería

Interrelaciones jerárquicas.

Es supervisada por la Licenciada en Enfermería.

No tiene personal a su cargo.

Funciones del cargo.

- Participar en toma y pase de guardia con personal que entra y se retira.
- Visitar a los pacientes al llegar y al terminar el turno, observando condiciones generales de los pacientes.
- Participar en la planificación del trabajo y asumir las tareas delegadas.
- Solicitar a la economista los equipos y materiales para la realización del trabajo.
- Controlar y registrar signos vitales.
- Realizar control diario de evacuación intestinal y vesical.
- Realizar recolección de muestras para estudios de laboratorio (materias fecales, orinas y esputos).
- Preparar al paciente para la realización de exámenes especiales.
- Preparar pacientes para intervención quirúrgica, teniendo en cuenta procedimientos y las indicaciones impartidas en cada caso.
- Observar, controlar y registrar cantidad y características de distintos tipos de drenajes e informar a la Enfermera.
- Realizar registros para control de balances hídricos.
- Participar en el mantenimiento de la higiene de la unidad del paciente.
- Realizar baño diario del paciente y colaborar con los imposibilitados de hacerlo por sí mismo.
- Realizar higiene de cavidad bucal, nasal, ocular, de los pacientes que lo requieren.
- Colocar al paciente en posición fisiológica para favorecer el confort y evitar posiciones viciadas.
- Participar en la rehabilitación del paciente realizando movilización activa y pasiva.
- Incentivar o realizar el lavado de manos antes de cada ingesta.
- Ayudar en la alimentación de los pacientes imposibilitados de hacerlo por sí mismos. Registrar y comunicar a la Enfermera sobre alimentación y tolerancia.
- Realizar control e higiene de ostomias y administrar nutrientes según indicación.
- Colocar chatas y violines, realizar enemas, irrigaciones, lavados vesicales

HOSPITAL DE CLINICAS
"Dr. Manuel Quintela"
División Enfermería

- Promover el descanso y sueño del paciente preparando a este y su ambiente.
- Participar en el examen físico del paciente o tratamientos especiales.
- Administrar tratamiento medicamentoso por las distintas vías, según delegación de la Enfermera.
- Administrar fármacos intravenosos cuando la Enfermera se lo delegue.
- Preparar el equipo necesario y realizar tratamiento de oxigenoterapia y aerosolterapia.
- Participar o realizar curaciones de heridas según lo delegado.
- Colocar sondas (rectales, vesicales, naso-gástricas), controlar permeabilidad, seguridad del drenaje y sus características.
- Aspirar secreciones del aparato respiratorio (cavidad bucal, nasal, traqueal).
- Participar en el traslado de pacientes que por su gravedad o complejidad, requieren la atención de enfermería.
- Aplicar técnicas de aislamiento según normas para pacientes infecto-contagiosos.
- Preparar la unidad de enfermería para recibir al paciente.
- Participar en la recepción del paciente, orientándolo a éste y su familia sobre las normas de la Institución.
- Participar en el plan de alta del paciente de acuerdo a los propósitos establecidos y delegados en su persona.
- Realizar cuidado post-mortem.
- Mantener ordenada las áreas de trabajo.
- Devolver en cada guardia los materiales y equipos y acondicionar la ropa usada.
- Realizar registros de toda actividad que se lleve a cabo en el cumplimiento de sus funciones.
- Mantener en condiciones de uso y funcionamiento los materiales y equipos de su unidad.
- Realizar tareas relacionadas que se le encomiende.

ANEXO 3

**ASOCIACIÓN DE NURSES
DEL URUGUAY**

Comité Nacional de
Legislación de Enfermería

**Anteproyecto de
Ley Nacional
de Enfermería**

Anteproyecto de Ley Nacional de Enfermería

Exposición de Motivos

El propósito de esta Ley es el de contar con definiciones claras del ámbito y de las responsabilidades de las diferentes categorías de Enfermería. Esas definiciones han de promover el desarrollo más completo posible de la profesión, de conformidad con la "contribución" social que la disciplina es capaz de lograr.

El Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E.), fundado en 1899, agrupa a 122 Asociaciones Nacionales de Enfermeras de todos los continentes e incluye a Uruguay desde 1957. Este Consejo como defensor mundial de la Enfermería y la atención de salud, reconoce hace mucho tiempo como uno de sus pilares estratégicos su función de promover sistemas de reglamentación que engendran fortaleza, cohesión e integridad en la profesión de enfermería y en sus miembros.

El C.I.E. en un porrenonizado informe ha arribado a comprobaciones generales, a nivel mundial, concluyendo que las normas actuales legislativas o reglamentarias que regulan la Enfermería son insuficientes ante el prodigioso avance tecnológico y científico.

En la 45ª sesión de la Asamblea Mundial de la Salud en 1992, se exhortó a los Estados miembros a que:

- “Refuerzen la capacidad gerencial y directiva y fortalezcan la posición del personal de Enfermería y Partería en todos los marcos y niveles asistenciales, incluidos los servicios centrales y locales de los Ministerios de Salud y las autoridades locales responsables de los programas locales”.
- “Promulguen disposiciones legislativas, cuando así sea necesario, o adopten otras medidas apropiadas para asegurar buenos servicios de enfermería”.

Enfermería es un integrante natural del equipo de salud y, en circunstancias referidas a su competencia específica, debe asumir un rol protagónico.

En general, la legislación comparada demuestra que la estructura de la profesión está mal definida y es variable. Las exigencias en materia de enseñanza y las definiciones jurídicas de la enfermería son, por lo general, insuficientes en relación con la complejidad y la expansión de sus funciones.

Dadas las diferencias existentes respecto a la reglamentación de Enfermería en los países del Mercosur, es indispensable lograr una

Asociación de Nurses del Uruguay

(Tramitándose la denominación de Colegio de Enfermeras del Uruguay)

Colonia 1854 - Esc. 207, Montevideo

CIP 11200 - Telefax 409 09 00

rápida aprobación del contenido del presente anteproyecto que garantice a la persona, familia y comunidad el mantener los niveles de calidad de los cuidados y seguir el ritmo de los cambios.

El bienestar de la población, de la profesión y de quienes la ejercen, se logra si la reglamentación de la función es más pertinente, racional, coherente y clara.

La normativa nacional sobre empleo, condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería se reduce al Decreto-Ley Nº 14906 del 2 de febrero de 1979 que aprobó el Convenio Internacional del Trabajo, el 21 de junio de 1977.

El anteproyecto de Ley que se presenta completa y desarrolla, en el mismo sentido, algunas de las regulaciones de los referidos convenios 149 y 157 de la OIT. Se considera esto como un avance sobre definiciones y responsabilidades profesionales.

Asimismo, en la elaboración del citado Anteproyecto, se ha tenido en cuenta el Decreto-Ley del Ministerio de Educación y Cultura Nº 15.661 del 29 de octubre de 1984, Decreto Nº 308/995 del 11/08/95, con las modificaciones de fecha 21/10/96 y 05/02/97 y el Decreto 127/997 de fecha 22/04/97.

Los lineamientos de este anteproyecto fueron elaborados desde el inicio por el Comité Nacional de Legislación de Enfermería, integrado por Licenciadas y Auxiliares de Enfermería, del ámbito público y privado de Montevideo y del Interior.

Posteriormente fue analizado en encuentros realizados en las diferentes regiones del país y aprobado en primera instancia, en un Encuentro Nacional en diciembre de 1990. En 1998 y 99, el Comité de Legislación realiza ajustes al Anteproyecto y en Asamblea Nacional, es aprobado por el colectivo de enfermería el día 21 de mayo de 1999.

Se reconoce la importancia de la reglamentación de la presente Ley, que será establecida por el Poder Ejecutivo y la Universidad de la República, que tendrá a su cargo regular la formación básica de los Licenciados y la postbásica de: Especialistas, Magister (Maestría) y doctores de Enfermería.

La Asociación de Nurses del Uruguay expresa su compromiso de velar por el cumplimiento de esta Ley, así como su interés de participar en el desarrollo de la reglamentación correspondiente.

Anteproyecto de Ley Nacional de Enfermería

Los artículos contenidos en la presente Ley se basan en la definición de Enfermería que establece:

***Enfermería es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria*.**

Esta definición es de carácter evolutivo; por tanto sujeta a los cambios científicos y tecnológicos.

A través de todas las acciones de enfermería se observa, se garantiza y se aboga por el respeto a la dignidad del ser humano. Se reconoce el derecho de todo ciudadano a recibir servicios de enfermería de calidad y caridad suficiente.

Artículo 1º. Componen enfermería aquellos agentes de salud egresados de las instituciones de formación profesional y auxiliar, creadas o habilitadas por la autoridad pública competente. Podrán ejercer sus funciones en todo el territorio nacional luego de la habilitación para el ejercicio de la profesión en el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 2º. La enfermería será ejercida por:

- Los Licenciados en Enfermería, con título expedido o revalidado por la Universidad de la República. Los licenciados con títulos expedidos por Universidades privadas o Instituciones de Enseñanza Terciaria Universitaria, facultados por los órganos competentes.
- Los Auxiliares de Enfermería que hayan cumplido cursos en las instituciones públicas o privadas habilitadas, responsables de su formación, con certificados expedidos o habilitados por la autoridad pública competente.

- a) Realizar y conducir el proceso de atención con el equipo de enfermería en los diferentes niveles de salud, primaria, secundaria y terciaria, con un enfoque preventivo.
- b) Participar directamente en el proceso de atención y en la enseñanza del cuidado de la salud en los distintos ciclos vitales del individuo.
- c) Formular diagnósticos de enfermería, tratamiento y evaluación de los mismos.
- d) Asumir la responsabilidad de la enseñanza de enfermería en todos los niveles de formación.
- e) Realizar investigación.
- f) Administrar los centros docentes de formación y los servicios asistenciales de enfermería, en las instituciones públicas y privadas.
- g) Ejercer la Dirección de Divisiones y Departamentos de Enfermería en instituciones públicas o privadas de atención a la salud.
- h) Evaluar la capacidad profesional y auxiliar de enfermería en concursos, pruebas de ingreso, promoción y otros.
- i) Realizar auditorías y consultorías.

Artículo 4º - El Licenciado de enfermería podrá integrar la gestión directiva de los servicios docentes y de la salud a nivel estratégico, táctico y operativo.

Artículo 5º - El Auxiliar de Enfermería está capacitado para:

- a) Desempeñar funciones simples y de mediana complejidad técnica para las que ha sido curricularmente preparado por las autoridades competentes. En su desempeño dependerá de la dirección y supervisión del Licenciado de Enfermería.
- b) Participar en el proceso de atención de enfermería al individuo, familia o comunidad en las distintas etapas del ciclo vital y en los diferentes niveles de salud, primaria, secundaria y terciaria, con un enfoque preventivo.
- c) Participar en la educación a la población.
- d) Participar en proyectos de investigación.

ético, se registran por el Código de Ética establecido por el Consejo Internacional de Enfermeras en tanto no exista uno, de carácter nacional.

Artículo 7º - Los integrantes de enfermería deberán:

- a) Acreditar cada cinco años su actualización científica y su idoneidad profesional o auxiliar según corresponda, ante las respectivas instituciones formadoras. Los certificados que se expidan sobre actualizaciones, capacitación y otros deberán estar sujetos a los requisitos establecidos por las instituciones oficiales comprendidas en el artículo 2º de la presente ley.
- b) La falta de acreditaciones en un plazo de diez años será considerado como condición limitante para el acceso a cargos de ascenso.
- c) Cuando los integrantes de enfermería hayan permanecido diez años o más sin ejercer su profesión, deberá actualizarse de acuerdo a los requisitos establecidos por las Instituciones oficiales comprendidas en el artículo 2º de la presente Ley.

Artículo 8º - Las condiciones laborales del personal de enfermería en cuanto a: medio ambiente laboral, salarios, aspectos de la tarea y de la organización institucional, tendrán como base lo estipulado en el Convento 149 y la Recomendación 157 de la Organización Internacional del Trabajo, sin perjuicio de la aplicación de otras normas nacionales o internacionales más beneficiosas que se dictaren en el futuro.

El Anteproyecto de Ley fue aprobado por la Asamblea General Extraordinaria del día 21 de mayo de 1999.

ANEXO 4

ACTIVIDAD QUIRURGICA AÑO 1999

Clínica	Coordinación	Urgencia	Ambulatoria	TOTAL
<i>Cir. Cardíaca</i>	27	3		30
<i>Cir. Plástica</i>	117	27	66	210
<i>Emergencia</i>		633		633
<i>Ginecología</i>	159	158		317 (*)
<i>Neurología</i>	158	355		513
<i>O.R.L.</i>	134	66	222	422
<i>Oftalmología</i>	97	74	197	368
<i>Quirúrgica A</i>	253	28		281
<i>Quirúrgica B</i>	262	48	1	311
<i>Quirúrgica F</i>	226	70	4	300
<i>T.A.C. - R.V.</i>	215			215
<i>Trat. del dolor</i>	141			141
<i>Urología</i>	219	39		258
TOTAL	2008	1501	490	3999

597

(*) No incluye cesáreas

Subió registro en operaciones ambulatorias, mejoró la situación a partir del 2do. semestre.-

Fuente: Coordinaciones operatorias

ANEXO 5

Registros de Enfermería en Historias Clínicas

Nº de Formulario	
Auditor de H.C	
Nº de H.C	
Servicio	
Piso	
Sala	
Fecha	
Turno	

REGISTRO	SI	
	NO	

Licenciada	Auxiliar Ext	
Interno	Auxiliar Ext	

Características de los Registros

		SI	NO
Estructura	Orden Lógico		
	Objetivo		
Escritura	Legible		
	Tinta Azul o Negra		
Exactitud	Fecha y turno		
	Hora		
	Nº Func. y Cargo		
	Firma		
Terminología	Técnico-Profesional		

Contenido de los Registros

		SI	NO		
Valoración	Hoja de Ind. Cumplidas			Completa	Incompleta
	Cuadrícula				
Diagnosticos de Enfermería				Estandarizados	
				N.I.P's	
Intervención de Enfermería				Cuidados	
				Procedimientos	
Signos Vitales	Cuadrícula			Completo	Incompleto
	Hoja de Ind. Cumplidas				
Control de Drenajes	Cuadrícula				
	Hoja de Ind. Cumplidas				
Higiene y Confort				Completa	Incompleta
Adm. De Medicamentos					
Alimentación	Cuadrícula				
	Hoja de Ind. Cumplidas				
Control de Eliminación Intestinal y Vesical	Cuadrícula				
	Hoja de Ind. Cumplidas				
Evaluación					
	TOTAL				

Instructivo para la recolección de datos

- Completar los casilleros que corresponden a la identificación de la historia clínica y el servicio .
- Marcar con una cruz en el casillero de registros la presencia o ausencia del mismo.
- En caso que sea afirmativa continuar con la recolección.
- Identificar con una cruz el grupo poblacional al que corresponde el registro (interno-aux. o licenciada-aux.)
- En caso de no poder identificar la población se marcarán los casilleros con una cruz en negro.
- En caso de que el registro pertenezca a la Licenciada ,se identificará en los casilleros que correspondan con color rojo.
- En caso de que el registro pertenezca al Auxiliar de Enfermería, se identificará en los casilleros correspondientes con el color verde.
- En caso de que el registro pertenezca al Interno de Enfermería, se identificará en los casilleros correspondientes con el color azul.

ANEXO 6

NO	COFONE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
2000	ROSE MARIANA	M	M	M	T	T	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
2001	ROSE ELIZABETH	M	M	M	T	T	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
2002	ROSE FREDY	T	T	T	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
2003	ROSE EMILIA	T	T	T	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
2004	ROSE GIOIA	T	T	T	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
2005	ROSE MORIS	T	T	T	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
2006	ROSE DANIELA	V	V	V	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2007	ROSE LUTAN	V	V	V	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2008	ROSE LORDES	V	V	V	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2009	ROSE NELSON	V	V	V	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2010	ROSE MADEZ	N	N	N	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
2011	ROSE MARIA	V	V	V	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2012	ROSE ESTEFA	V	V	V	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2013	ROSE NELLY	V	V	V	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2014	ROSE HEORZ	M	M	M	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
2015	ROSE CARLOS	N	N	N	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
2016	ROSE ROSA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
2017	ROSE MARCELA	V	V	V	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2018	ROSE SOARES	N	N	N	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
2019	ROSE LINA	N	N	N	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
2020	ROSE MARIA	N	N	N	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
2021	ROSE JELLY	CIST														
2022	ROSE MARIA	UROD														
2023	ROSE NORMA	TESP														
2024	ROSE ADRIANA	MENS														
2025	ROSE	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
2026	ROSE	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
2027	ROSE	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
2028	ROSE	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

bic. Zuy Jefe. Dora Aldarelli 24780
 Beatriz Seguros 5231
 Susane Lepnitz 3175
 Luana Lima 30952
 Beatriz Matzner 3383
 Alicip Bawa 29151
 Alderly Diabarro 32325
 2.496

REGISTROS DE ENFERMERIA

DOTACIÓN DE PERSONAL PISO 10

Licenciadas en Enfermería:

- Silvia De León – N° 28181
- Marina Salerno – N° 28773
- Virginia Aquino- N° 32528
- Ana Beneditto- N° 27978
- Beatriz Widmer-N° 3121
- Carmen Coitiño-N° 3643

Internos de Enfermería:

- Lourdes Casabonet
- Catherine Roldan
- Lorena Di Castro
- Carlos Sosa
- Carla Atanasio

Auxiliares de Enfermería: turno matutino

- Marisa Porrado-N° 26118
- Liz Pitterly-N° 28018
- Maria Noel Conayrahoreg-N° 32320
- Lourdes Leal-N° 32154
- Margarita Texeira-N° 26460
- Andrea Plada- N° 32233
- M° del Carmen Rodríguez-N° 25065
- Estela San Martín-N° 31839
- Susana Piccetto-N° 30543

Auxiliares de Enfermería: turno tarde

- Carmen Rocha-N° 26643
- Mario Volonte-N° 28182
- Iris Machado-N° 26998
- Margot Garcia N° 24387
- Rosita Bentancour-N° 3578
- Susana Moura-N° 26490
- José Luis Harriague-N° 31904

Auxiliares de Enfermería: turno vespertino

- Adriana Sosa-N° 30209
- Miguel Diservi-N° 26484
- Silvana Peralta-N° 30954
- Graciela Bonjour-N° 26956

Auxiliares de Enfermería: turno noche

- Silvia Méndez-N° 25429
- Raquel Bustos-N° 3594
- Ana Bitancour-N° 25559
- Cristina De Los Santos-N° 24589
- Nelida Dos Santos-N° 25727
- Marina Sedanc-N° 29860

PLANILLA DE PERSONAL QUE CONCURRE A TRABAJAR EN
EL FERIADO DEL:

NOMBRE	n° de RELOJ	FIRMA
TURNO NOCHE DEL: <u>25/12/01</u>		
lic. Beatriz Wisnari	3121	Passa Passa 4/1/02
Aux. Enf. Maria Secunde	24860	Secunde (proprios med)
" " Ana Rodriguez	25559	Ana Rodriguez (proprios med)
TURNO MAÑANA DEL: <u>25/12/01</u>		
lic. Virginia Aguero	32528	Medico (ver en sus propios med)
Aux. Enf. Liz Pillerly	29012	Liz Pillerly (ver en sus propios med)
" " Andrea Prado	32233	Andrea Prado (ver en sus propios med)
" " Maissa Tomate	26118	Maissa Tomate (ver en sus propios med)
" " Ines Hochado	26998	Ines Hochado 26998
" " Carmen Rodriguez	25065	
TURNO TARDE: <u>25/12/01</u>		
lic. Marina Salerni	28223	Marina Salerni
Aux. Enf. Susana Riquelme	30543	Susana Riquelme
" " Rosita Bustone	3579	Rosita Bustone
" " Carmen Rodin	26643	Carmen Rodin

TURNO VESPERTINO DEL: <u>25/12/01</u>		
Lia. Ana Benedetto	23078	<i>[Signature]</i> Per 11,03 1720/03
Aux. Emp. Rafael M. Ferrer	26484	
" " Margarita Carab	24382	<i>[Signature]</i>
" " Dora Rodriguez	27109	Dora L. Rodriguez (V. 11,03 1720/03)

TURNO NOCHE DEL: <u>26/12/01</u>		
Aux. Emp. Margarita Ferrer	26465	<i>[Signature]</i>
" " Gabriela Bonjovi	26956	<i>[Signature]</i>

FIRMA:

PLANILLA DE PERSONAL QUE CONCURRE A TRABAJAR EN EL FECHADO DEL:

NOMBRE	N° de RELOJ	FIRMA
DIA DE HORAS DEL: <u>1/1/02</u>		PASA PARA 25/11
Lic. Emf. Roman Quintana	26413	[Signature] 25/12/01
Aux. Emf. Silvia Mendez	25429	[Signature]
" " Costina de los Santos	24589	[Signature] (viene por sus propios medios)
DIA DE HORAS DEL: <u>1/1/02</u>		
Lic. Emf. Silvia de Leon	23181	[Signature] (viene por propios medios)
Aux. Emf. Yvonne Ponce	32325	[Signature] (viene por propios medios)
" " Lourdes Leon	28154	[Signature]
" " Ed. Pantoja Escobar	20707	[Signature] (viene por propios medios)
" " Lina Gonzalez	29322	[Signature] (viene por propios medios)
DIA DE HORAS DEL: <u>1/1/02</u>		
Aux. Emf. Yvonne Vazquez	23182	[Signature]
" " Stella San Martin	31838	[Signature]
" " Gloria Pantoja	20110	[Signature]

TURNO VESPERTINO DEL: 1/1/02

Aux Emj:	Adriana Sosa	30209	Adriana Sosa (PROPIOS MEDIC)
"	Jos Luis Hernandez	71904	Flora " "
"	BRUNA PERALTA	30954	Adriana Sosa (PROPIOS MEDIC)

TURNO NOCHE DEL: 2/1/03

Aux. Emj.	Alfredo de Santos	25727	Alfredo de Santos
"	Raquel Bustos	3594	Raquel Bustos

FIRMA: _____

ANEXO 7

REGISTROS DE ENFERMERIA

**CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS PARA
LICENCIADAS EN ENFERMERIA**

<i>ESTRUCTURA</i>	<i>F.A.</i>	<i>FR %</i>
ORDEN LOGICO	6	75
OBJETIVO	6	75
<i>TOTALS</i>	8	100

<i>ESCRITURA</i>	<i>F.A.</i>	<i>FR %</i>
LEGIBLE	8	100
TINA AZUL O NEGRA	8	100
<i>TOTAL</i>	8	100

<i>EXAGITUD</i>	<i>F.A.</i>	<i>FR %</i>
FECHA Y TURNO	7	88
HORA	7	88
Nº DE FUNCIONARIO Y CARGO	6	75
FIRMA	8	100
<i>TOTAL</i>	8	100

<i>TERMINOLOGIA</i>	<i>F.A.</i>	<i>FR %</i>
LEGUAJE TÉCNICO PROFESIONAL	8	100

REGISTROS DE ENFERMERIA

**CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS PARA INTERNO
EN ENFERMERIA**

<i>ESTRUCTURA</i>	<i>F.A.</i>	<i>FR. %</i>
<i>ORDEN LÓGICO</i>	12	80
<i>OBJETIVO</i>	13	87
<i>TOTAL</i>	15	100

<i>ESCRITURA</i>	<i>F.A.</i>	<i>FR. %</i>
<i>LEGIBLE</i>	15	100
<i>TINA AZUL O NEGRA</i>	15	100
<i>TOTAL</i>	15	100

<i>EXACTITUD</i>	<i>F.A.</i>	<i>FR. %</i>
<i>FECHA Y TURNO</i>	10	67
<i>HORA</i>	13	87
<i>Nº DE FUNCIONARIO Y CARGO</i>	14	93
<i>FIRMA</i>	15	100
<i>TOTAL</i>	15	100

<i>TERMINOLOGÍA</i>	<i>F.A.</i>	<i>FR. %</i>
<i>LEGUAJE TÉCNICO PROFESIONAL</i>	15	100

REGISTROS DE ENFERMERIA

**CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS PARA AUXILIAR
DE ENFERMERIA**

<i>ESTRUCTURA</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>ORDEN LÓGICO</i>	41	44
<i>OBJETIVO</i>	49	53
<i>TOTAL</i>	93	100

<i>ESCRITURA</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>LEGIBLE</i>	88	95
<i>TINA AZUL O NEGRA</i>	90	97
<i>TOTAL</i>	93	100

<i>EXACTITUD</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>FECHA Y TURNO</i>	72	77
<i>HORA</i>	88	95
<i>Nº DE FUNCIONARIO Y CARGO</i>	6	6
<i>FIRMA</i>	90	97
<i>TOTAL</i>	93	100

<i>TERMINOLOGIA</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>LEGUAJE TÉCNICO PROFESIONAL</i>	80	86

REGISTROS DE ENFERMERIA

**CONTENIDO DE LOS REGISTROS PARA
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

<i>VALORACIÓN</i>	<i>F.A.</i>	<i>FR. %</i>
<i>SI</i>	7	88
<i>NO</i>	1	12
<i>TOTAL</i>	8	100

<i>VALORACION</i>	<i>F.A.</i>	<i>FR. %</i>
<i>COMPLETA</i>	6	86
<i>INCOMPLETA</i>	1	14
<i>TOTAL</i>	7	100

<i>VALORACIÓN</i>	<i>F.A.</i>	<i>FR. %</i>
<i>HOJA DE INDICACIONES</i>	7	100
<i>CUADRÍCULA</i>	0	0

<i>DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA</i>	<i>F.A.</i>	<i>FR. %</i>
<i>SI</i>	4	50
<i>NO</i>	4	50
<i>TOTAL</i>	8	100

<i>DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA</i>	<i>F.A.</i>	<i>FR. %</i>
<i>ESTANDARIZADOS</i>	0	0
<i>N.I.P.'S</i>	4	100

REGISTROS DE ENFERMERIA

<i>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>SI</i>	8	100
<i>NO</i>	0	0
<i>TOTAL</i>	8	100

<i>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>CUIDADOS</i>	6	75
<i>PROCEDIMIENTOS</i>	8	100
<i>TOTAL</i>	8	100

<i>SIGNOS VITALES</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>SI</i>	5	63
<i>NO</i>	3	37
<i>TOTAL</i>	8	100

<i>SIGNOS VITALES</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>COMPLETO</i>	3	60
<i>INCOMPLETO</i>	2	40
<i>TOTAL</i>	5	100

<i>SIGNOS VITALES</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>HOJA DE INDICACIONES</i>	4	80
<i>CUADRICULA</i>	1	20

<i>CONTROL DE DRENAJES</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>SI</i>	5	63
<i>NO</i>	3	37
<i>TOTAL</i>	8	100

<i>CONTROL DE DRENAJES</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>HOJA DE INDICACIONES</i>	5	100
<i>CUADRICULA</i>	0	0

REGISTROS DE ENFERMERIA

<i>HIGIENE Y CONFORT</i>	F.A.	F.R. %
SI	1	13
NO	7	87
<i>TOTAL</i>	8	100

<i>ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN</i>	F.A.	F.R. %
SI	4	50
NO	4	50
<i>TOTAL</i>	8	100

<i>ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN</i>	F.A.	F.R. %
COMPLETA	4	100
INCOMPLETA	0	0
<i>TOTAL</i>	4	100

<i>ALIMENTACIÓN</i>	F.A.	F.R. %
SI	0	0
NO	8	100
<i>TOTAL</i>	8	100

<i>ELIMINACIÓN INTESTINAL Y VESICAL</i>	F.A.	F.R. %
SI	4	50
NO	4	50
<i>TOTAL</i>	8	100

<i>ELIMINACIÓN INTESTINAL Y VESICAL</i>	F.A.	F.R. %
HOJA DE INDICACIONES	4	100
CUADRICULA	0	0

REGISTROS DE ENFERMERIA

<i>EVALUACIÓN</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
SI	4	50
NO	4	50
<i>TOTAL</i>	8	100

CONTENIDO DE LOS REGISTROS PARA INTERNO EN ENFERMERÍA

<i>VALORACIÓN</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
SI	14	93
NO	1	7
<i>TOTAL</i>	15	100

<i>VALORACIÓN</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
COMPLETA	13	93
INCOMPLETA	1	7
<i>TOTAL</i>	14	100

<i>VALORACIÓN</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
HOJA DE INDICACIONES	14	100
CUADRICULA	4	29

<i>DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
SI	12	80
NO	2	20
<i>TOTAL</i>	14	100

<i>DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
ESTANDARIZADOS	8	67
N.I.P.'S	10	83

REGISTROS DE ENFERMERIA

<i>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
SI	15	100
NO	0	0
<i>TOTAL</i>	15	100

<i>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
CUIDADOS	10	67
PROCEDIMIENTOS	13	87
<i>TOTAL</i>	15	100

<i>SIGNOS VITALES</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
SI	11	73
NO	4	27
<i>TOTAL</i>	15	100

<i>SIGNOS VITALES</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
COMPLETO	7	63
INCOMPLETO	4	37
<i>TOTAL</i>	11	100

<i>SIGNOS VITALES</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
HOJA DE INDICACIONES	11	100
CUADRICULA	5	45

<i>CONTROL DE DRENAJES</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
SI	5	45
NO	6	55
<i>TOTAL</i>	11	100

REGISTROS DE ENFERMERIA

<i>CONTROL DE DRENAJES</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>HOJA DE INDICACIONES</i>	3	60
<i>CUADRICULA</i>	2	40

<i>HIGIENE Y CONEORT</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>SI</i>	1	7
<i>NO</i>	10	93
<i>TOTAL</i>	11	100

<i>ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>SI</i>	8	53
<i>NO</i>	7	47
<i>TOTAL</i>	15	100

<i>ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>COMPLETA</i>	7	88
<i>INCOMPLETA</i>	1	12
<i>TOTAL</i>	8	100

<i>ALIMENTACIÓN</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>SI</i>	5	33
<i>NO</i>	10	67
<i>TOTAL</i>	15	100

<i>ELIMINACIÓN INTESTINAL Y VESICAL</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
<i>SI</i>	10	67
<i>NO</i>	5	33
<i>TOTAL</i>	15	100

REGISTROS DE ENFERMERIA

<i>ELIMINACIÓN INTÉSTINAL Y VESICAL</i>	F.A.	F.R. %
HOJA DE INDICACIONES	9	90
CUADRICULA	1	10

<i>EVALUACIÓN</i>	F.A.	F.R. %
SI	7	47
NO	8	53
<i>TOTAL</i>	15	100

CONTENIDO DE LOS REGISTROS PARA AUXILIAR DE ENFERMERÍA

<i>VALORACIÓN</i>	F.A.	F.R. %
SI	64	69
NO	29	31
<i>TOTAL</i>	93	100

<i>VALORACIÓN</i>	F.A.	F.R. %
COMPLETA	16	25
INCOMPLETA	48	75
<i>TOTAL</i>	64	100

<i>VALORACIÓN</i>	F.A.	F.R. %
HOJA DE INDICACIONES	64	100
CUADRICULA	0	0

<i>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA</i>	F.A.	F.R. %
SI	10	11
NO	83	89
<i>TOTAL</i>	93	100

REGISTROS DE ENFERMERIA

<i>DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA</i>	<i>F.A</i>	<i>F.R. %</i>
<i>ESTANDARIZADOS</i>	0	0
<i>N.I.P. S</i>	10	100

<i>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</i>	<i>F.A</i>	<i>F.R. %</i>
<i>SI</i>	90	97
<i>NO</i>	3	3
<i>TOTAL</i>	93	100

<i>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</i>	<i>F.A</i>	<i>F.R. %</i>
<i>CUIDADOS</i>	17	19
<i>PROCEDIMIENTOS</i>	88	98
<i>TOTAL</i>	90	100

<i>SIGNOS VITALES</i>	<i>F.A</i>	<i>F.R. %</i>
<i>SI</i>	29	31
<i>NO</i>	61	69
<i>TOTAL</i>	90	100

<i>SIGNOS VITALES</i>	<i>F.A</i>	<i>F.R. %</i>
<i>COMPLETO</i>	3	10
<i>INCOMPLETO</i>	26	90
<i>TOTAL</i>	29	100

<i>SIGNOS VITALES</i>	<i>F.A</i>	<i>F.R. %</i>
<i>HOJA DE INDICACIONES</i>	27	93
<i>CUADRICULA</i>	2	7

<i>CONTROL DE DRENAJES</i>	<i>F.A</i>	<i>F.R. %</i>
<i>SI</i>	23	26
<i>NO</i>	67	74
<i>TOTAL</i>	90	100

REGISTROS DE ENFERMERIA

CONTROL DE DRENAJES	F.A.	F.R. %
HOJA DE INDICACIONES	23	100
CUADRICULA	0	0

HIGIENE Y CONFORT	F.A.	F.R. %
SI	5	6
NO	85	94
TOTAL	90	100

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN	F.A.	F.R. %
SI	80	89
NO	10	11
TOTAL	90	100

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN	F.A.	F.R. %
COMPLETA	74	93
INCOMPLETA	6	7
TOTAL	80	100

ALIMENTACION	F.A.	F.R. %
SI	15	17
NO	75	83
TOTAL	90	100

ELIMINACIÓN INTESTINAL Y VESICAL	F.A.	F.R. %
SI	25	28
NO	65	72
TOTAL	90	100

ELIMINACIÓN INTESTINAL Y VESICAL	F.A.	F.R. %
HOJA DE INDICACIONES	25	100
CUADRICULA	1	4

EVALUACIÓN	F.A.	F.R. %
SI	1	1
NO	92	99
TOTAL	93	100

FE DE ERRATAS

- Ausencia de página 14 por error de impresión.
- Tamaño de letra menor en páginas 23, 26, 30 por error de configuración.
- Donde dice dramática debe decir gramática.
- Donde dice órdenes debe decir indicaciones.
- ✕ • Los nombres de la carátula están en sentido inverso; debería estar el apellido y luego el nombre.