



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN

**REGISTRO DE ENFERMERÍA EN USUARIOS  
HOSPITALIZADOS CON CATETER VESICAL EN EL  
SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE  
CLÍNICAS.  
UBICACIÓN SEGÚN CATEGORIAS DEL ESTÁNDAR.**

**AUTORES:**

Br. Cores, Andrea  
Br. De la Peña, Ana María  
Br. Gil, Rosa  
Br. Pérez, Ma. José  
Br. Sosa, Leticia  
Br. Velázquez, Sylvia

**TUTORES:**

Lic. Enf. Dutra, Iris  
Lic. Enf. Verde, Josefina

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

**Montevideo, 2000**

## **Agradecimientos:**

Agradecemos a las Licenciadas en Enfermería Rosa Espino y Soledad Nuñez así como también a las tutoras por el apoyo incondicional, sin el cual no hubiese sido posible llevar a cabo este trabajo.

## INDICE

Resumen .....	pág. 4.
Introducción .....	pág. 5.
Metodología .....	pág. 7.
Resultados y Análisis .....	pág. 8.
Conclusiones y Sugerencias .....	pág. 13.
Bibliografía .....	pág. 14.
Anexos .....	pág. 15.

## RESUMEN

Partiendo de la premisa que el registro de enfermería es un instrumento mediante el cual se evalúa la calidad de los cuidados administrados en el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería, y que el mismo se integra en todas las etapas del Proceso Administrativo, surgió la inquietud de estudiar las características de los registros en la historia clínica de los usuarios hospitalizados con catéter vesical a permanencia, en el Servicio de Urología, pues se detectaron irregularidades en la realización de los mismos en el transcurso de la carrera.

Se determinó entonces que esta actividad constituye un área problema del desempeño y se planteó la necesidad de disponer de un modelo de registros para estos usuarios basado en la normativa general del procedimiento.

El registro adecuado de las actividades que realiza enfermería con los usuarios con catéter vesical (procedimiento de colocación y valoración) se constituye en un instrumento a través del cual se puede evaluar la calidad de los cuidados administrados; y la omisión o ausencia del registro no permite que este cumpla con tal finalidad.

Por lo tanto se plantea el siguiente problema:

¿En qué categoría del estándar de registros de cuidados se ubican los registros de enfermería del Servicio de Urología del Hospital de Clínicas?

Para su abordaje se realizó un estudio descriptivo, donde se definieron diferentes categorías dentro del modelo o estándar, creado oportunamente, en las cuales se ubicaron los registros de acuerdo a sus características.

De tal estudio se concluye que de acuerdo a la definición de calidad de cuidados establecida en el estándar, los registros existentes no constituyen un instrumento para evaluar dicha calidad.

## INTRODUCCION

Enfermería tiene la responsabilidad de documentar todas aquellas actividades que lleva a cabo con el usuario/grupo enmarcadas en el Proceso de Atención de Enfermería.

Este se interrelaciona con el Proceso Administrativo, siendo el sustento de ambos el Método Científico. Se entiende como Proceso Administrativo la secuencia ordenada de una serie de actividades que actúan en conjunto para alcanzar una finalidad.

El registro se integra en todas las etapas del Proceso Administrativo (planificación, organización, dirección y control) y constituye un área independiente del desempeño.

La descripción precisa de las actividades realizadas y la tolerancia del usuario a las mismas, que incluya información clara, lógica y objetiva constituye un instrumento que permite evaluar la calidad de los cuidados de enfermería administrados.

Para que el registro cumpla con tal finalidad, es necesario disponer de un modelo que establezca los criterios que deben utilizarse para realizarlo, esto es un estándar.

El estándar de registros es por lo tanto un modelo, un referente que permite unificar criterios sobre como se deben documentar los cuidados de enfermería realizados.

De acuerdo a las características del registro, se pueden establecer dentro de dicho modelo (o estándar) diferentes categorías. Una categoría se define como atributo, clases de objetos semejantes, cualidades en base a las cuales se clasifica un objeto (5).

A lo largo de la carrera se percibió la existencia de irregularidades en la realización de los registros por parte de enfermería. Se detectó que el registro en la historia clínica de los usuarios hospitalizados con catéter vesical a permanencia es un área problema, porque para poder evaluar la calidad de los cuidados administrados a los usuarios dentro del área asistencial a través de los registros, es necesario disponer de un registro adecuado, puesto que este constituye un instrumento que permite dicha evaluación.

La ausencia del registro o la omisión de algunas características que debe contener el mismo, no permiten que este cumpla con tal finalidad.

Mediante la revisión bibliográfica y consulta con informantes calificados se constata la ausencia en nuestro medio de investigaciones orientadas al estudio de la importancia de los registros de enfermería en estos usuarios, a excepción de una investigación llevada a cabo por un grupo de estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería (9), en la que entre otros elementos se menciona que la realización de los registros por parte de enfermería es un 100 % incompleta en relación a sonda vesical y sus cuidados.

También se encuentran investigaciones referentes al tema de cateterización vesical, pero orientadas a la aparición de complicaciones en estos usuarios, tanto a nivel nacional como internacional (8, 10).

Teniendo en cuenta el elevado número de usuarios que requieren cateterización vesical, ya sea para tratamiento o diagnóstico en el Servicio de Urología y dado que la información obtenida de los registros en la historia clínica no permite acceder al conocimiento de la evolución y calidad de los cuidados de enfermería administrados (siendo el registro el instrumento a través del cual se evalúa dicha calidad) se enuncia de la siguiente manera el problema:

**¿En qué categoría del estándar de registros de cuidados se ubican los registros de enfermería del Servicio de Urología del Hospital de Clínicas?**

Para el abordaje del problema se realizó un estudio de tipo descriptivo con el objetivo de determinar en qué categoría del estándar de registros de cuidados se ubican los registros de enfermería en la historia clínica de los usuarios hospitalizados con catéter vesical en el Servicio de Urología del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

Para dicho estudio se elaboró una planilla basada en el estándar de registros de cuidados creado oportunamente para estos usuarios (anexo III y IV) donde se recogieron los datos obtenidos de la observación de los registros correspondiente al procedimiento de colocación del catéter y valoración del usuario.

Posteriormente se realizó el tratamiento estadístico de los datos utilizando la estadística descriptiva en base al cual se sacaron conclusiones.

## METODOLOGIA

Para el abordaje del problema planteado se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal que pretendió conocer las características de los registros de enfermería con la finalidad de ubicarlos dentro de las categorías preestablecidas del estándar.

Se tomo como universo todas las historias clínicas de los usuarios hospitalizados en el piso 9 del Hospital de Clínicas con sonda vesical a permanencia y la muestra la constituyeron los registros de enfermería de los usuarios con catéter vesical realizados entre el 20/12/99 y el 31/1/00.

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento elaborado en base al estándar que consistió en una planilla que contiene todas las características definitorias establecidas en el modelo.

La misma se elaboró con el fin de recoger los datos correspondientes a los cuatro turnos durante 14 días, por lo tanto se utilizaron dos planillas por cada historia observada.

En la planilla se colocó el número de registro de los usuarios y se elaboro un instructivo de uso que fue de conocimiento de los investigadores.

Para la elaboración del instrumento se tuvieron en cuenta criterios de objetividad, validez, sencillez y comprensión.

Para la ejecución de la investigación se contó con la autorización del Departamento de Enfermería del Hospital de Clínicas para concurrir al Servicio de Urología ubicado en el piso 9 de dicha institución.

El instrumento fue de uso exclusivo de los investigadores quienes efectuaron la recolección de datos mediante la observación de los registros de la muestra seleccionada.

Se concurrió a realizar la observación de la muestra seleccionada durante 6 semanas (42 días), dicho período de ejecución fue establecido en base a los siguientes criterios:

- El promedio de estadía del usuario en el servicio (entre 15 a 30 días).
- El flujo de usuarios es menor en esta época del año.

De esta manera fue posible obtener una mayor cantidad de registros para conformar la muestra.

Se observaron los registros realizados por enfermería durante los 14 días posteriores a la colocación del catéter vesical incluyéndose los registros correspondientes al procedimiento de colocación del catéter y su valoración inmediata, y aquellos correspondientes a la valoración diaria del usuario.

Los 14 días fueron considerados teniendo en cuenta:

- El tiempo de permanencia del catéter (7 a 14 días).
- Es un período en el cual se puede obtener el registro del cambio de catéter.

Luego de la finalización de la recolección se procedió a la tabulación de los datos según el plan de tabulación especificado en el Protocolo. Para ello se utilizó la estadística descriptiva y se confeccionaron tablas de frecuencias absolutas, y relativas porcentuales, realizándose además la representación gráfica de los mismos.

Los recursos materiales y financieros para llevar a cabo la investigación corrieron por cuenta de los investigadores.

## **RESULTADOS Y ANALISIS**

Para la tabulación de los datos se tuvo en cuenta por un lado los registros correspondientes al procedimiento de colocación del catéter y por otro lado los que corresponden a la valoración (incluyendo la inmediata a la colocación y la valoración diaria del usuario).

A partir de la observación de los registros se obtuvieron los siguientes resultados:

**REGISTRO DE COLOCACION DE CATETER VESICAL:** teniendo en cuenta las características definidas en el estándar; de un total de 74 registros observados (siendo este el 100%), se destaca que el 93,24 % presenta fecha y el 83,78 % presenta hora de colocación del catéter; sin embargo, en el 98,64 % de los mismos no está presente el registro de realización de higiene perineal previa al procedimiento (tablas 1, 2 y 3, anexo IV).

En el 29,72 % de los mismos no se constata el registro de tipo de catéter y en el 27,02 % el calibre del mismo (tablas 6 y 7, anexo IV).

En el 91,89 % de los casos no se observó el registro con respecto a tolerancia del usuario al procedimiento y educación (tablas 8 y 10, anexo IV).

**REGISTRO DE VALORACION INMEDIATA A LA COLOCACION Y POSTERIOR A ELLA (lo que se denominó seguimiento):** de un total de 338 registros se destacó que en el 31,36 % de las observaciones no se constata el registro de permeabilidad del catéter.

Es importante mencionar que no se observó registro de la fecha y hora de vaciado de la bolsa colectora en un 75,15 % y 71,89 % respectivamente.

Con respecto a las características del contenido de la bolsa colectora y haciendo referencia a los ítems observados se constata que no se realizó registro de color en un 61,54 %, aspecto en un 70,12 % y cantidad de orina emitida en un 77,81 %.

Cabe destacar que el 97,63 % de los registros estaban identificados con la firma del funcionario responsable sin embargo el 91,71 % no tenía aclaración de firma y en el 94,67 % no figuraba el cargo de quien realizó el registro. ( Ver tablas 12 a 28, anexo IV).

Para el análisis de la variable definida como categoría del estándar también se utilizan tablas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual.

Para ubicarlos dentro de dichas categorías se tuvo en cuenta aquellos registros correspondientes por un lado al procedimiento de colocación y valoración inmediata al mismo, y por otro lado la valoración realizada diariamente por enfermería.

Habiendo definido tres categorías dentro del estándar (de acuerdo a la cantidad de características definitorias presentes en el registro en el momento de la observación) se obtuvieron los siguientes datos:

- En relación a la colocación y valoración inmediata, de un total de 74 registros observados, el 90,54 % se ubica en la categoría C, el 8,11 % en la categoría B y solamente un 1,35 % se ubica en la categoría A. (Ver tabla 1, gráfico 1)
- De un total de 264 registros de valoración observados, el 74,24 % se ubica en la categoría C y un 25,76 % en la categoría B. No se observaron registros cuyas características permitieran ubicarlos en la categoría definida como A. (Ver tabla 2, gráfico 2).

**TABLA 1-** Registros de enfermería de colocación y valoración inmediata según ubicación en categorías del estándar. Servicio de Urología, Piso 9, Hospital de Clínicas. Montevideo, dic.99-ene. 00.

CATEGORIA	FA	FR%
A (70%- 100% caract. def.)	1	1,35
B (40% - < 70% caract. def.)	6	8,11
C (< 40% caract. def.)	67	90,54
TOTAL	74	100

Fuente: Registros de enfermería en historia clínica.

Comentarios: El mayor porcentaje de los registros se ubicó en la categoría C del estándar de registros de cuidados.

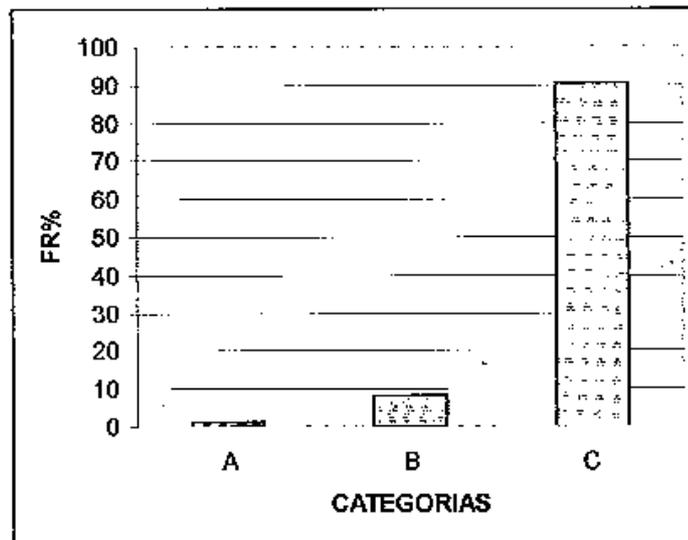
**TABLA 2- Registros de enfermería de valoración según ubicación en categorías del estándar. Servicio de Urología, Piso 9, Hospital de Clínicas. Montevideo, dic.99-ene. 00.**

CATEGORIA	FA	FR%
A (70%- 100% caract. def.)	0	0
B ( 40%- < 70% caract. def.)	68	25,76
C ( < 40% caract. def.)	196	74,24
TOTAL	264	100

Fuente: Registros de enfermería en historia clínica.

Comentarios: No se observaron registros que se ubicaran en la categoría A del estándar de registros de cuidados.

**GRAFICO 1- REGISTROS DE ENFERMERIA DE COLOCACION Y VALORACION INMEDIATA SEGÚN UBICACIÓN EN CATEGORIAS DEL ESTANDAR. SERVICIO DE UROLOGIA, PISO 9, HOSPITAL DE CLINICAS. MONTEVIDEO, DIC.99- ENE.00.**



Fuente: Registros de enfermería en historia clínica.

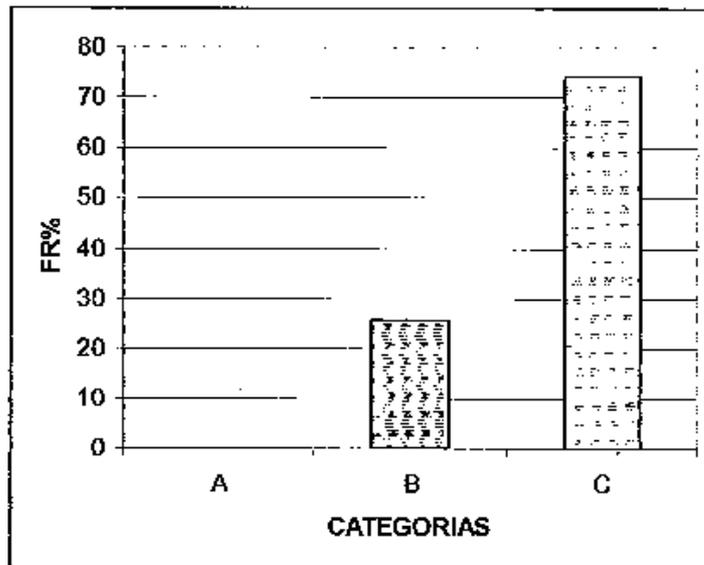
**Referencias:**

CATEGORIA A: 70 % - 100 % de características definatorias.

CATEGORIA B: 40 %- < 70 % de características definatorias

CATEGORIA C: < 40 % de características definatorias.

**GRAFICO 2- REGISTROS DE ENFERMERIA DE VALORACION SEGÚN UBICACIÓN EN CATEGORIAS DEL ESTANDAR. SERVICIO DE UROLOGIA, PISO 9, HOSPITAL DE CLINICAS. MONTEVIDEO, DIC.99-ENE.00**



Fuente: Registros de enfermería en historia clínica.

**Referencias:**

CATEGORIA A: 70 % - 100 % de características definitorias.

CATEGORIA B: 40 %- < 70 % de características definitorias.

CATEGORIA C: < 40 % de características definitorias.

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Dada la base teórica en la cual se enmarcó el estudio, teniendo en cuenta las características generales de los registros y la importancia de la estandarización de los mismos para el desarrollo de la gestión de enfermería, y de acuerdo a los resultados obtenidos se concluye:

- ◆ Los registros en la historia clínica de los cuidados de enfermería en el Servicio de Urología en lo que se refiere al procedimiento de cateterización vesical y valoración del usuario, de acuerdo a la definición de calidad de cuidados establecida en el estándar, no cumplen con la finalidad de constituir un instrumento a través del cual se pueda evaluar la calidad de los cuidados administrados, dado que a través de la identificación de sus características se ubicaron en su mayor porcentaje en la categoría C del estándar (con menos de un 40 % de las características definitorias contenidas en el mismo).
- ◆ La no existencia de un modelo o estándar de registro de cuidados en el Servicio de Urología que constituya un referente para la realización de esta actividad en el área independiente del desempeño de la profesión, determina la ubicación de los registros en las categorías antes mencionadas.

Dada la magnitud de este problema en el área independiente del desempeño se sugiere:

- Investigar cuales son los factores que interfieren en la realización de los registros de enfermería de estos usuarios (teniendo en cuenta factores institucionales, e inherentes a la formación del personal).
- Aplicar el estándar en el Servicio de Urología previa capacitación del personal, evaluando a posteriori el comportamiento de los registros.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- Ballesteros, H y col. "Bases Científicas de la Administración". Editorial Interamericana. México, 1995.
- 2- Beare- Meyers. "Enfermería Medicoquirúrgica". Mosby- Doyma. Volumen 1. Cap. 3. 1996.
- 3- Delfino, M y col. "Registros con Identidad Metodológica". Hospital de Clínicas. Montevideo, 1989.
- 4- Departamento de Enfermería. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Clínicas. Montevideo, 1989.
- 5- Diccionario de la Real Academia Española. 1979.
- 6- Gervas. "Los Sistemas de Registro en la Atención Primaria de Salud" Editorial Díaz de Santos S.A. Barcelona, 1987.
- 7- Gilles, D. "Gestión de Enfermería". Cap.1 y 2. Editorial Mason-Salvat. España, 1994.
- 8- I.N.D.E. Bentancur, R y col. "Como cuidan las enfermeras del piso 9 y 11 del Hospital de Clínicas a los pacientes con sonda vesical". Montevideo, 1998.
- 9- I.N.D.E. Badín, C y col. "Procedimiento de colocación de catéter vesical en el paciente urológico: existencia de normativa y su posterior cumplimiento". Montevideo, 1998.
- 10- Lombardi y col. "Prevalencia de la Infección urinaria en los pacientes con sonda vesical". Facultad de Medicina. Montevideo, 1990.
- 11- Mason, E. "Normas de calidad de Enfermería". Editorial Doyma. España, 1988.
- 12- Nursing Photobook. "Técnicas Urológicas en Enfermería". Editorial Doyma. 1983
- 13- Wesorick, B. "Estándar de calidad para los cuidados de enfermería". Editorial Doyma. España, 1989.

## **ANEXOS**

ANEXO I- Marco Teórico.

ANEXO II- Estándar de Registros de Enfermería.

ANEXO III- Instrumento de recolección de datos.

ANEXO IV- Tablas.

# ANEXO I

## MARCO TEORICO

El Proceso Administrativo se define como la secuencia ordenada de una serie de actividades que actúan conjuntamente para alcanzar una finalidad (1), este se interrelaciona con el Proceso de Atención de Enfermería.

Las etapas del Proceso Administrativo (planificación, organización, dirección y control) proporcionan elementos para actuar de manera racional y consciente sobre el proceso salud-enfermedad del usuario, teniendo en cuenta para ello los recursos existentes para llevar a cabo las actividades planificadas a partir de la valoración inicial como parte del Proceso de Atención de Enfermería, tanto en el área independiente como en la dependiente.

En el área independiente, enfermería tiene un amplio campo de actividades y el registro de las mismas también constituye un área independiente del desempeño.

A partir de una revisión bibliográfica se entiende que la palabra registros proviene del latín *registus*, que significa anotar, copiar (5).

Según Gervas (6), registrar es apuntar, anotar. Según la O.M.S. registrar implica llevar un registro permanente con identificación personal y con la intención de efectuar alguna acción posterior como la del seguimiento.

El registro es un instrumento por medio del cual enfermería valora la situación del usuario-grupo, identifica necesidades y problemas, planifica actividades y evalúa las respuestas a las mismas, constituyendo esto el Proceso de Atención de Enfermería.

Enfermería tiene la responsabilidad de incluir en el registro información clara, lógica, objetiva, describiendo con precisión las actividades realizadas y tolerancia del usuario a las mismas.

La adecuada documentación de las actividades realizadas es un instrumento para evaluar la calidad de la atención de enfermería prestada.

Las normas de calidad definen la calidad de los cuidados estableciendo los criterios que deben utilizarse para realizar los mismos (11).

Un estándar incluye los criterios con los que se puede evaluar la calidad de los cuidados administrados.

Todas las actividades y procedimientos realizados deben registrarse, ejemplo: educación, procedimientos invasivos (cateterización, aspiraciones, drenajes, entre otros). La cateterización vesical es un procedimiento invasivo y los pasos seguidos durante la instancia de colocación y así como el seguimiento posterior del usuario deben estar adecuadamente registrados para asegurar la continuidad y evaluar la calidad de la atención proporcionada.

La sistematización de los registros de enfermería en cuanto a valoración y seguimiento de usuarios hospitalizados con catéter vesical (a través de la estandarización de los mismos) permite la evaluación continua de los cuidados brindados.

Un estándar constituye un referente para la prestación de cuidados de enfermería, asegurando una unificación de criterios.

La calidad de los cuidados de enfermería definidos por el estándar, puede ser evaluada, puesto que el estándar es una exposición descriptiva, explícita, y válida de las actividades de enfermería, que se realizan con un usuario o grupo, constituyéndose en un modelo de trabajo.

Así como los estándares de cuidado aseguran una unificación de criterios, y elevan la calidad de la atención prestada al usuario, los estándares de registros de las actividades de enfermería son un instrumento para medir esa calidad.

El estándar de registros es, por lo tanto, un modelo, un referente para unificar criterios sobre como se deben documentar los cuidados de enfermería realizados a estos usuarios (usuarios con catéter vesical a permanencia hospitalizados).

Una categoría se define como atributo, clases de objetos semejantes, cualidades en base a las cuales se clasifica un objeto.(5)

Un sistema estandarizado de registros proporciona a Enfermería un instrumento para realizar la valoración y seguimiento del usuario y garantiza una adecuada documentación de los cuidados administrados

En base al "Estándar de registros de enfermería en usuarios..." (Anexo II), se definen los niveles o categorías en los cuales se pueden ubicar los registros que realiza enfermería en los servicios de urología.

## **REGISTROS**

Los registros son habitualmente la base de los sistemas de información y de la evaluación de la atención; es por esta razón que la existencia de registros adecuados facilita la implantación de un sistema de información coherente, y la evaluación de los servicios.

La presencia de registros adecuados aseguran un nivel de calidad de atención, que permite además comprobar la consecución de las características de dicha atención.

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 información vital.

En la historia clínica se recoge la información necesaria para la atención integral. La atención engloba la prevención de las enfermedades, el tratamiento de los problemas y la ayuda en las minusvalías.

La existencia de la historia clínica permite funciones y actividades informativas imposibles sin ella, pero es más perjudicial que la carencia de Historia, el registro inexacto, incompleto o no pertinente.

Es importante, el registro de datos que se integren en un formato organizado.

La historia clínica es el registro escrito de los datos sociales, preventivos y médicos de un paciente, obtenidos directa o indirectamente, y constantemente puestos al día.

El objetivo de la historia clínica es el de facilitar la atención del paciente.

La historia clínica es un documento legal donde se registran las razones por las que el paciente solicitó asistencia médica, de enfermería, exámenes diagnósticos, tratamiento.

La historia clínica puede ser utilizada en diferentes ámbitos, como ser:

- Asistencial (médico, de enfermería, y otros).
- Información sanitaria.
- Evaluación (básicamente del proceso, pero también de la estructura y del resultado).
- Investigación clínica.
- Investigación epidemiológica.
- Docencia.
- Médico legal.

Es importante el establecimiento de mecanismos que aseguren que se registran datos exactos, completos y pertinentes. Así como también de mecanismos que disminuyan la fragmentación de los datos del paciente,

buscando que la historia clínica contribuya no solo a conseguir la continuidad de la atención, sino también integralidad de la misma.

La información de los registros debe ser:

- \*Objetiva: debe ser información descriptiva y objetiva sobre los que la enfermera observa.
- \*Exacta: la información debe ser fiable y tener datos exactos, con firma, nombre y apellido del funcionario y título.
- \*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 a la asistencia deben estar basadas en una información actual y exacta. Se debe registrar el problema, la actividad de enfermería y la respuesta del paciente. Una información oportuna contribuye al tratamiento del paciente.
- \*Organización: es importante comunicar la información siguiendo un formato y orden lógico.
- \*Confidencialidad: enfermería no debe dar datos de un usuario a otros usuarios, o a personal no implicado en su atención. Cuando enfermería debe utilizar datos para investigaciones o docencia, no se rompe la confidencialidad.

En la práctica es común y habitual la falta de uniformidad de los registros, que varían en cuanto a su contenido, diseño y utilización. Es por esta razón que es importante que exista una norma que oriente las acciones y permita los registros.

Con respecto a la finalidad de los registros, podemos decir que el registro es una fuente de datos valiosa utilizada por los integrantes del equipo de salud.

Sus objetivos son la comunicación del proceso de enfermería, la documentación legal, la finalidad económica, la educación, la investigación y la revisión y control.

El registro proporciona datos que la enfermera utiliza para identificar y apoyar los diagnósticos de enfermería, y para planificar las actuaciones de asistencia, así como también la respuesta del paciente a las actuaciones; permitiendo cambios en el plan de cuidados. Los sistemas de registros, bien diseñados facilitan la continuidad y la integridad de la atención.

La información sobre un usuario es compartida por el equipo de salud para identificar problemas y resultados deseados, así como también para la planificación de posibles soluciones.

La utilización de los principios básicos, así como la unificación de criterios para la realización correcta y completa de registros contribuye a la presentación de una asistencia de enfermería segura y eficaz, elevando así la calidad de atención brindada al usuario. "La autonomía profesional está vinculada con el área de actividades independientes de enfermería, su área de toma de decisiones con el cuerpo de conocimientos propios que avalan las mismas, y con la legislación que las legitima" (I.ic. Enf. M. Recarte).

## **PROCEDIMIENTO DE CATETERIZACION VESICAL.**

Se debe valorar al paciente previo a la cateterización, teniendo en cuenta:

- Debe interrogarse al usuario para describir problemas urinarios anteriores, y determinar si a sido cateterizado anteriormente, y que piensa al respecto.
- Se debe valorar la existencia de retención urinaria, ya sea observando distensión por debajo del ombligo o a nivel de este; malestar , incapacidad para orinar o eliminación en pequeñas cantidades.
- Tener en cuenta la habilidad y disponibilidad del usuario para cooperar en el procedimiento.

Los objetivos de enfermería deben ser:

Calmar el temor y ansiedad del usuario sobre el trastorno físico y el procedimiento.  
Controlar los microorganismos en la piel para prevenir la infección.  
Reducir al mínimo el traumatismo de las vías urinarias.  
Instruir al usuario y familia sobre los motivos para aplicar el catéter y sus cuidados.

Preparación del usuario: explique el procedimiento al usuario, solicitándole su cooperación.  
Proteger al usuario en forma adecuada para invadir lo menos posible su privacidad. Tener en cuenta cual es el fin de esta colocación, para proceder de acuerdo a las necesidades.  
Lij: determinación de orina residual, muestra estéril para examen, colocación a permanencia, evacuación de globo vesical.  
Reunir todo el material antes de acercarse al usuario.

### Equipo:

- Bandeja de cateterismo, que incluye guantes estériles. Recipiente para muestras.  
Lubricante, solución antiséptica y torundas de algodón
- Catéter apropiado.
- Sistema de drenaje apropiado-adequado (para catéter a permanencia).
- Toalla de baño.
- Almohadilla perineal estéril (si es necesario).
- Lámpara de cuello flexible.
- Pinzas (optativas).

### Procedimiento:

Coloque a la mujer en posición recumbente con las rodillas flexionadas y separadas. El varón en posición supina y ponga la lampara en posición tal que permita la máxima visión, sin lesionarlo (previo lavado de manos).

En la mujer después del parto o en cualquier usuario con derrame por vagina o meato urinario, se debe evitar la almohadilla perineal y realizar una adecuada higiene perineal.

Lávese las manos nuevamente y tenga en cuenta que el cateterismo debe realizarse en condiciones estériles.

Se debe establecer un campo estéril al abrir el equipo de cateterización conservando la esterilidad de la cara interna de la envoltura.

Luego colóquese los guantes estériles y vacíe la solución limpiadora sobre las torundas.

Debe aplicarse un lubricante estéril e hidrosoluble, para reducir la fricción entre el catéter y la vía uretral, previniendo lesiones.

Mujer: preparar un recipiente para recibir la orina. Si el catéter a colocar es a permanencia se debe preparar una jeringa con la cantidad apropiada de agua estéril para insuflar el globo.

En la mujer: separe la vulva con el pulgar e índice, entre los labios menores; y recuerde que esta mano está contaminada. Tome una torunda saturada con una pinza (con la otra mano) y limpie el meato urinario y tejido adyacente, usando un solo movimiento descendente, (repita cuantas veces sea necesario), e identifique en este momento el meato urinario.

En el varón: eleve el pene a un ángulo de 60 a 90 grados, con una mano (ahora contaminada) y retraiga el prepucio con la misma mano, limpie el meato con una torundas de algodón sostenidas con una pinza estéril. Comience en la zona del meato hacia fuera en forma circular.

Utilizando la mano estéril saque el catéter de la bandeja deje el extremo de drenaje en el recipiente para evitar derrames cuando la vejiga comience a drenar.

Mujer: sosteniendo el catéter con la mano estéril insértelo poco a poco en la vejiga. Aliente a la usuaria a respirar profundamente a medida que se inserta el catéter. Nunca fuerce el catéter, si tiene dificultad notifique a la supervisora y al médico. Si el catéter vesical se inserta en la vagina, descártela y utilice otra nueva y estéril.

Varón: levante el pene perpendicular al cuerpo y ejerza ligera tracción. Inserte el catéter poco a poco y de manera uniforme. Haga girar el catéter para vencer la resistencia a nivel de los esfínteres. En ocasiones es necesario esperar un poco para que los esfínteres se relajen. La respiración profunda ayuda a relajar el músculo vesical y los esfínteres. Si hay gran resistencia suspender el procedimiento e informarlo.

Es seguro el acceso a la vejiga cuando fluye orina, y si el catéter se coloca a permanencia a la vejiga durante largo lapso insértelo otros tres centímetros, e infle el globo con agua estéril, que ya se encuentra en la jeringa, asegúrese que la cantidad de agua es la apropiada para inflar el globo, y que este no estalle.

La colocación apropiada se encuentra en la vejiga y uretra. La tensión normal en el catéter lo tira hacia esta unión, donde se retiene por el efecto bloqueador del globo inflado.

Conecte el extremo del catéter a permanencia al sistema de drenaje, y no tire de la misma. Fíjelo a la pierna de manera que no quede tirante y luego la bolsa de drenaje a una altura inferior a la vejiga, según posición, para evitar retroceso y asegúrese que la tubuladura no esté pinzada. Cuando se vacíe la bolsa, el drenaje se abre la bolsa en su parte inferior, y se deja que drene a un bocal graduado, para medir la orina; observando las características de la orina emitida (color, aspecto, olor). Si hay distensión excesiva de la vejiga drene la orina en cantidades de 50 cc y espere un lapso de tiempo para volver a despinzar el catéter para una nueva evacuación de orina de la vejiga; ya que la distensión en exceso puede causar dolor, o hemorragia como consecuencia de la rotura de los vasos por el cambio rápido de presión vesical.

Luego de completar el procedimiento de cateterización, deje al usuario en un medio limpio y cómodo.

Registre lo realizado paso por paso y las necesidades o complicaciones del usuario; con identificación personal, aclaración y cargo.

Para extraer el catéter a permanencia, píncele para evitar derramar orina durante el procedimiento. Desinfece el globo extrayendo el agua estéril mediante una jeringa, saque con suavidad el catéter de la uretra; colóquelo en un recipiente y descártelo tan pronto como sea posible. Limpie el medio con torundas de algodón si es necesario.

#### CUIDADOS DEL CATÉTER

##### Se debe:

- Mantener una estricta asepsia al manipular el sistema de drenaje cerrado.
- Vaciar la bolsa colectora cada 8 hs para restringir el desarrollo bacteriano.
- Utilizar guantes de látex al drenar el sistema para proteger al personal de enfermería de la contaminación.
- Mantener la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir el reflujo de la orina contaminada hacia la vejiga y la infección de las vías urinarias.
- Fijar fuertemente el catéter con cinta adhesiva de manera lateral a la pierna del usuario para evitar la tracción sobre el meato urinario.
- Limpiar el perineo, la unión del catéter y el meato urinario con agua y jabón dos veces al día.
- Controlar y registrar la cantidad, el color, y las características de la orina.
- Incrementar el aporte de líquidos, teniendo en cuenta las posibles limitaciones cardíacas del usuario para purgar la vejiga de contaminantes bacterianos.

##### No se debe:

- Abrir el sistema de drenaje cerrado, salvo para vaciar la bolsa. De este modo se evita la contaminación bacteriana.
- Permitir que la orina se acumule en las conducciones, ya que el flujo sin obstrucción previene las infecciones.
- Contaminar el flujo de drenaje al vaciar la bolsa
- Permitir que se formen vueltas o dobleces en los conductos, ya que ello impide un drenaje adecuado al tener la orina que discurrir contra la gravedad, para alcanzar la bolsa.
- Permitir que la bolsa de recogida de la orina quede sobre el suelo, ya que podría contaminarse.
- Irrigar el catéter sin una orden del médico, ya que se pueden introducir microorganismos.
- Aplicar lociones o polvos cerca de la unión entre el catéter y el meato.

## COMPLICACIONES

Entre las complicaciones más frecuentes que aparecen en los usuarios con catéter vesical a permanencia destacan:

- Infecciones urinarias por reflujo
- Infecciones urinarias por introducción de gérmenes durante el procedimiento (inadecuadas técnicas de asepsia).
- Contaminación durante la punción del cateter para extraer muestras (por inadecuada técnica de asepsia).
- Estasis de orina que favorece la proliferación bacteriana.
- Intolerancia al procedimiento por parte del usuario.
- Déficit de autocuidado por desconocimiento del procedimiento y de los cuidados personales.
- Traumatismo del meato urinario y/o uretra, y paredes de la vejiga.

# ANEXO II

## ESTANDARES DE REGISTROS DE ENFERMERIA

Enfermería como disciplina científica con un cuerpo de conocimientos propio, se desempeña en tres áreas: docencia, asistencia e investigación.

La práctica de enfermería comprende diferentes categorías en relación a la prestación de los cuidados(13):

- ◆ Categoría delegada: actividades que realiza enfermería en respuesta a ordenes médicas.
- ◆ Categoría interdependiente: actividades de enfermería que realizan a partir de un diagnóstico médico, un plan terapéutico, con una valoración previa de necesidades, intereses y problemas.
- ◆ Categoría independiente: actividades que se realizan en función a respuestas humanas ante alteraciones del proceso salud –enfermedad. En el área interdependiente, el componente interdependiente de la práctica se ocupa de los servicios de enfermería relacionados con la valoración, el control, la detección y la prevención de complicaciones y problemas fisiológicos potenciales asociados a un problema de salud o diagnóstico médico específico, o bien a un plan de tratamiento. Lo sustantivo del desempeño de enfermería como tal debe basarse en un plan de cuidados y un sistema de registros que documente ese plan de cuidados . Todo ese sistema de registros contribuye a definir el perfil de enfermería y aporta elementos para evaluar la calidad de la atención que enfermería presta a los usuarios.

Los registros son habitualmente la base de los sistemas de información y de la evaluación de la atención, por lo tanto la existencia de registros adecuados facilita la implantación de un sistema de información coherente y permite evaluar la calidad de los servicios prestados.

Masson sostiene que se habla de calidad de atención cuando el usuario, el equipo y la institución muestran un grado óptimo de satisfacción por la asistencia recibida o prestada.(11)

El grado de satisfacción del usuario, equipo e institución es el objetivo primordial de la prestación del servicio; y si bien no hay criterios unificados para medir la calidad de la prestación, esta se relaciona con los recursos con los que se cuenta, y es importante que exista un estándar de cuidados y un sistema de registros que documente la administración de esos cuidados.

Las normas de calidad definen la calidad de los cuidados de enfermería estableciendo de esta manera los criterios que deben utilizarse para determinar el nivel de los cuidados realizados. Un estándar de calidad incluye los criterios con los que se puede evaluar la eficacia de los cuidados (11). El estándar se puede utilizar como un objetivo o como un indicador de calidad.

La calidad de los cuidados de enfermería definidos por el estándar puede ser evaluada porque este es una exposición descriptiva explícita y válida de las actividades de enfermería que se realizan a un usuario o grupo, constituyéndose en un modelo de trabajo.

El estándar constituye un referente para la prestación de cuidados de enfermería asegurando una unificación de criterios.

La documentación de estos cuidados por medio de registros estandarizados permite evaluar la calidad de los mismos, y por ende se constituyen los registros en un instrumento de evaluación que garantiza la prestación de los cuidados.

Así como los estándares de cuidados aseguran una unificación de criterios y elevan la calidad de la atención prestada al usuario, los estándares de registro de las actividades de enfermería son un instrumento para medir esa calidad.

El estándar de registro es, por lo tanto un modelo, un referente para unificar criterios sobre como se deben documentar los cuidados de enfermería realizados

Enfermería tiene un amplio campo de actividades en el área independiente, valiéndose del Proceso de Atención de Enfermería como método sistemático de trabajo, el cual por medio de la identificación de necesidades y problemas permite realizar la planificación de actividades orientadas a dar solución d a los problemas de acuerdo a los recursos con que se cuenta. El registro de estas actividades también constituye un área independiente del desempeño. La adecuada documentación de las actividades realizadas con el usuario/grupo es un instrumento para medir la calidad de la atención de enfermería prestada.

Los registros exactos y completos del Proceso de Atención de Enfermería en la historia Clínica, son responsabilidad de enfermería, siendo la historia del usuario un documento legal y lo que en ella se registra tiene validez legal y lo no registrado se da por no realizado. Todas las actividades y procedimientos realizados deben registrarse, ej: educación, procedimientos invasivos (cateterización, aspiraciones, drenajes, entre otros).

La cateterización vesical es un procedimiento invasivo que consiste en la introducción de una sonda a través de la uretra hasta la vejiga, ya sea con fines diagnósticos o terapéuticos, siendo este un procedimiento que le compete a enfermería en respuesta a una indicación médica.

Los pasos seguidos durante el procedimiento de colocación así como el seguimiento posterior del usuario deben estar adecuadamente registrados en la historia clínica para asegurar la continuidad y calidad de la atención proporcionada, siendo un respaldo legal y contribuye a una adecuada comunicación entre los miembros del equipo tratante, evitando de esta manera complicaciones para el usuario (fisiopatológicas, emocionales) y para el equipo-institución (ético-legales).

El usuario que requiere cateterización vesical a permanencia, ya sea como tratamiento para obtener muestras diagnósticas, presenta riesgos potenciales y reales sobre los cuales se debe actuar para prevenir complicaciones, ya que el procedimiento es de tipo invasivo (elevado riesgo de infecciones, retenciones, obstrucciones, entre otras), (ver anexo 1, Procedimiento, cuidados y complicaciones).

Los cuidados de enfermería están orientados a prevenir estas complicaciones durante el procedimiento y a través de un seguimiento continuo de estos usuarios.

Enfermería debe registrar los resultados de la exploración física y cualquier cambio observado en el patrón de eliminación, incluyendo la cantidad emitida, frecuencia, características de la orina, medidas adoptadas para facilitar la micción, eficacia de las mismas, educación proporcionada al usuario y respuesta del mismo.

La sistematización de los registros de enfermería en cuanto a valoración y seguimiento de estos usuarios permite monitorizar a los mismos contribuyendo a elevar la calidad de la atención y previniendo complicaciones.

Un sistema estandarizado de registro proporciona a enfermería un instrumento para dicho monitoreo y garantiza una adecuada documentación de los cuidados administrados.

## **ESTANDAR DE REGISTROS DE ENFERMERIA DE USUARIOS HOSPITALIZADOS CON CATETER VESICAL.**

La realización de registros claros, concisos, legibles, objetivos y oportunos de las actividades de enfermería en la historia clínica de los usuarios con catéter vesical hospitalizados, en cada turno proporciona un instrumento para evaluar la calidad de los cuidados administrados a estos usuarios.

**OBJETIVOS/ estándares de resultado:**

- Establecer una unificación de criterios para la realización de los registros de los cuidados de enfermería en estos usuarios, con el fin de asegurar la continuidad de los cuidados, y permita la comunicación fluida entre los miembros del equipo de salud.
- Proporcionar un instrumento que permita evaluar la calidad de los cuidados administrados, a través de un adecuado registro.

### **FACTORES DE RIESGO /RELACIONADOS**

Dado que el procedimiento de cateterización vesical es una actividad del área interdependiente de enfermería, y constituye un método invasivo, que implica riesgos para el usuario, la documentación inadecuada o la omisión de los registros de los cuidados administrados a estos usuarios, supone la no realización de los mismos.

Por lo tanto, los riesgos hacia el usuario pueden definirse como: biológicos, psicoemocionales, fisiológicos, ambientales; y hacia el personal/institución los riesgos son de la esfera ético-legal (de acuerdo a las características y connotaciones legales de los registros).

### **CARACTERISTICAS DEFINITORIAS**

#### **COLOCACION**

- ◆ Fecha de colocación: se debe registrar con números el día, el mes y el año de colocación del catéter vesical.
- ◆ Hora de colocación: se debe registrar con números la hora y los minutos de la colocación.
- ◆ Higiene de zona perineal: el registro debe contener la realización del procedimiento de higiene perineal, la técnica utilizada, así como los materiales utilizados.
- ◆ Características de la zona de inserción: se debe describir en este ítem si existe o no los siguientes puntos:
  - Estado de higiene de la zona
  - Irritación perineal
  - Lesiones
  - Presencia o no de malformaciones
- ◆ Finalidad de la colocación: se debe anotar para que se está colocando el catéter vesical, como ser:

- Tratamiento
- Evacuación
- Diagnóstico

◆ Tipo de catéter: el registro debe especificar si es:

- Común o siliconada – Foley
- Rígida – Bekille.
- Vía: - doble vía (evacuación, tratamiento)  
- triple vía (lavado, tratamiento)

◆ Calibre del catéter: se debe anotar el número con el cual viene marcado el catéter.  
◆ Dificultades en la colocación: se debe registrar la existencia o no de los siguientes signos y síntomas, según la observación y relatos del usuario:

- Edema uretral.
- Obstrucción
- Sangrado uretral
- Falsa ruta
- Irritación uretral
- Malformaciones
- Dolor
- Ardor

Durante el procedimiento de cateterización vesical o posteriormente al mismo.

◆ Tolerancia: el registro debe contar con la confirmación de si el usuario tolera o no el procedimiento de cateterización. En caso de intolerancia describir las características de los signos y síntomas observados y confirmados, como por ejemplo:

- Sudoración
- Palidez
- Hipotensión
- Taquicardia
- Ardor
- Dolor
- Sangrado uretral

En caso de no presentar el usuario ninguna descompensación en relación a su estado basal previo al procedimiento, se debe especificar la tolerancia del mismo al procedimiento, por ejemplo “usuario tolera procedimiento”.

◆ Educación al usuario: brindar información en cuanto al procedimiento, como será realizado, cuidados y manejo del catéter vesical, de todo el sistema (catéter, bolsa colectora).

En esta característica definitoria, en la historia clínica se debe encontrar el registro de si se realizó o no la educación al usuario, y el tipo de información brindada.

\*Fijación del balón: indica tipo y cantidad de líquido con el que se insufla el balón.

#### SEGUIMIENTO/ VALORACION

- ◆ Permeabilidad del cateter: se debe registrar si se observa o no la salida de orina hacia la bolsa colectora en forma continua.
- ◆ Bolsa colectora: el registro debe contener:

Se debe anotar cuando se descarta la orina.

- Fecha de vaciado: con números el día, el mes y el año en que se descarta la orina.
- Hora de vaciado: con números la hora y los minutos en que se descarta la orina.
- Características de su contenido (orina):
- Color (amarillo claro, concentrada, colúrica, hematórica, piúrica).
- Aspecto (límpido, turbio, con sedimento, con cuagulos).
- Cantidad: debe estar anotados en cc. o en ml. la cantidad, el volumen vaciado, descartado.

Según el manual de procedimientos éste debe ser realizado como mínimo una vez por turno; o de acuerdo a los requerimientos de cada usuario. Entendiéndose que se debe descartar la orina pasados los 600 cc de orina colectados en la orina.

- ◆ Control de la zona de inserción: el registro debe contener la existencia o no, o la presencia o no de signos y síntomas en la zona de inserción del cateter.
  - Signos: edema, rubor, lesión de piel.
  - Síntomas: prurito, ardor, dolor.

En el caso en que el usuario no presente ningún signo ni síntoma de complicación y/o alteración, se debe especificar en el registro la observación y control de la zona pero la ausencia de los mismos.

- ◆ Higiene: el registro debe contar con la afirmación si se realizó o no el procedimiento de higiene en las siguientes zonas:
  - perineal
  - catéter
  - zona de inserción

También debe contener el registro cómo fue realizado el procedimiento, los materiales utilizados. En el caso de no haberse realizado la higiene especificar en el registro la razón del mismo.

- ◆ Ingresos: debe anotarse el control y volúmenes de la sueroterapia, diluciones de medicación, ingesta de líquidos (tipo y cantidad).
- ◆ Egresos: se debe anotar el control y volumen de orina emitida, pérdidas insensibles, presencia o no de vómitos, características y cantidad aproximada, movilización del intestino.

NOTA: Estas dos últimas características definitorias expresadas (Ingresos y Egresos) deben ser calculadas en 24 Hs. Conforman lo que se denomina el cálculo del balance hídrico.

Los registros deben estar presentes en la planilla de balance hídrico con la que cuentan os servicios, o en su defecto el registro debe estar en la historia clínica.

- ◆ Recolección de muestras para laboratorio: se debe describir en el registro de la historia clínica si se extrajo la muestra, y como se realizó el procedimiento.
- ◆ Firma: finalizando el registro debe contar al pie del mismo la firma de quién lo realizó.
- ◆ Aclaración de firma: ésta debe estar debajo de la firma, en letra de imprenta contando con nombre y apellido.
- ◆ Cargo: luego de registrada la firma y aclaración, se debe especificar el cargo que desempeña en la institución el funcionario que ha registrado.
- ◆ Legibilidad: el registro debe ser legible, es decir con letra clara, entendible.
- ◆ Abreviaciones: el registro no debe tener abreviaciones al ser realizado.

El registro debe ser realizado como mínimo una vez por turno, y más allá de las características definitorias definidas anteriormente, debe presentar las características generales de todos los registros:

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

## VALIDEZ

El estándar se puede validar de acuerdo a los siguientes ítems:

### A) Lenguaje:

- Las palabras utilizadas del mismo (estándar) son aquellas que proporcionan claridad al significado para las otras enfermeras.
- Contienen cualquier definición cualificada necesaria para definir la responsabilidad de la enfermera en el registro.

### B) CONDICION NECESARIA:

- Capacitar a las Auxiliares de Enfermería y Licenciada de Enfermería, para la aplicación del estándar.
- Existencia de unificación de criterios entre todo el personal de enfermería.

### C) INDICADORES DE EVALUACION:

$$\text{Eficacia} = \frac{\text{Nro. De enf. que aplican el estándar luego de capacitados}}{\text{Nro. Total de Enfermeras capacitadas}} \times 100$$

$$\text{Eficiencia} = \frac{\text{Nro. De características definatorias del estándar registradas}}{\text{Totalidad de características definatorias del estándar}} \times 100$$

Impacto: se deberá evaluar a largo plazo, en base a la elevación de la calidad de los cuidados o de la atención de enfermería en estos usuarios.

Se estima para la realización de este registro estandarizado un tiempo aproximado de entre cinco y ocho minutos, para cada usuario. Realizado cada registro por un Auxiliar de Enfermería o una Licenciada de Enfermería.

# ANEXO III

UNIDAD

FECHA

Nº REG:

FECHA REG:

TURNO:

Fecha colocación:

Hora colocación:

Higiene zona perineal:

Características zona inserción:

Fin de colocación:

Tipo de sonda:

Calibre de sonda:

Dificultades al colocarla:

Tolerancia:

Educación al usuario:

Fijación del balón

Permeabilidad de la sonda:

BOLSA

Fecha vaciado:

COLEC-

TORA

Caract

de su

contenido

Color

Olor

Aspecto

Cantidad

Signos

Control de

zona de inserción

Signos

Zona perineal

Sonda

Zona inserción

Ingresos

Egresos

Recolec: Muestras para ex lab

Firma responsable

Aclaración de firma

Cargo

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V N M T V

S E G U I M I E N T O

### INSTRUCTIVO DE USO DE LA PLANILLA

- El instrumento/planilla será de uso exclusivo de los investigadores.
- Será llenado con lápiz, y se marcará con un SI en el casillero correspondiente cuando la característica definitoria establecida en el estándar está presente en el registro observado; y con una línea oblicua o un NO cuando esta esté ausente.
- Se utilizará una planilla por cada historia clínica/usuario.
- Se colocará la fecha de realizada la observación y recopilación de datos, en el cuadrante superior izquierdo de la hoja.
- Se colocará la fecha de realizado el registro en el casillero correspondiente a cada uno de los 14 días que serán tomados.
- Para cada día se recogerán los datos correspondientes a los cuatro turnos.
- Se tomarán la totalidad de las historias clínicas de los usuarios que al día de la recopilación de los datos, tengan colocado catéter vesical y se observarán los registros realizados por enfermería durante los 14 días posteriores a la fecha de colocación del catéter más próxima a la fecha de ejecución.

NOTA: Se considera como existente el registro siempre que haya registro de una de las características definitorias del estándar de registros de enfermería de usuarios con catéter vesical hospitalizados.

# ANEXO IV

## ASPECTOS DE COLOCACION

**TABLA 1** Registros de enfermería según fecha de colocación.  
Servicio de Urología, Piso 9, Hospital de Clínicas. Dic.99-ene.00.

Fecha de colocacion	FA	FR %
SI	69	93,25
NO	5	6,75
TOTAL	74	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 2** Registros de enfermería según hora de colocación.

Hora de colocacion	FA	FR %
SI	62	83,78
NO	12	16,22
TOTAL	74	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 3** Registros de enfermería según realización de higiene de zona perineal.

Realización de higiene	FA	FR %
SI	1	1,35
NO	73	98,65
TOTAL	74	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 4** Registros de enfermería según características de zona de inserción.

Características de la zona	FA	FR %
SI	0	0
NO	74	100
TOTAL	74	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 5 Registros de enfermería según finalidad de la colocación.**

Fin de la colocación	FA	FR %
SI	8	10,81
NO	66	89,19
TOTAL	74	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 6 Registros de enfermería según tipo de cateter.**

Tipo de catéter	FA	FR %
SI	52	70,27
NO	22	29,73
TOTAL	74	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 7 Registros de enfermería según calibre del catéter.**

Calibre del catéter.	FA	FR %
SI	54	72,97
NO	20	27,03
TOTAL	74	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 8 Registros de enfermería según tolerancia al procedimiento.**

Tolerancia al procedimiento	FA	FR %
SI	6	8,11
NO	68	91,89
TOTA	74	100

Fuente: Registros en historia clínica

TABLA 9 Registros de enfermería según dificultades en la colocación

Dificultades en la colocación.	FA	FR %
SI	12	16,21
NO	62	83,79
TOTAL	74	100

Fuente: Registros en historia clínica

TABLA 10 Registros de enfermería según realización de educación al usuario.

Educación al usuario	FA	FR %
SI	6	8,11
NO	68	91,89
TOTAL	74	100

Fuente: Registros en historia clínica

TABLA 11 Registros de enfermería según método de fijación del balón.

Fijación del balón	FA	FR %
SI	12	16,21
NO	62	83,79
TOTAL	74	100

Fuente: Registros en historia clínica

## ASPECTOS DE SEGUIMIENTO

TABLA 12 Registros de enfermería según permeabilidad de la sonda.

Permeabilidad de la sonda.	FA	FR %
SI	232	68,64
NO	106	31,36
TOTAL	338	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 13 Registros de enfermería según fecha de vaciado de la bolsa colectora.**

Fecha de vaciado de bolsa	FA	FR %
SI	84	24,85
NO	254	75,15
<b>TOTAL</b>	<b>338</b>	<b>100</b>

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 14 Registros de enfermería según hora de vaciado de bolsa colectora.**

Hora de vaciado de bolsa	FA	FR %
SI	95	28,11
NO	243	71,89
<b>TOTAL</b>	<b>338</b>	<b>100</b>

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 15 Registros de enfermería según características del contenido de la bolsa colectora.**

Característica: color.	FA	FR %
SI	130	38,46
NO	208	61,54
<b>TOTAL</b>	<b>338</b>	<b>100</b>

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 16 Registros de enfermería según características del contenido de la bolsa colectora.**

Característica: olor.	FA	FR %
SI	3	0,89
NO	335	99,11
<b>TOTAL</b>	<b>338</b>	<b>100</b>

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 17 Registros de enfermería según características del contenido de la bolsa colect**

Característica: aspecto.	FA	FR %
SI	101	29,88
NO	237	70,12
TOTAL	338	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 18 Registros de enfermería según cantidad emitida.**

Cantidad emitida.	FA	FR %
SI	75	22,19
NO	263	77,81
TOTAL	338	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 19 Registros de enfermería según control de zona de inserción.**

Control de zona: signos	FA	FR %
SI	5	1,48
NO	333	98,52
TOTAL	338	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 20 Registros de enfermería según control de zona de inserción.**

Control de zona: síntomas	FA	FR %
SI	9	2,66
NO	329	97,34
TOTAL	338	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 21 Registros de enfermería según realización de higiene de zona**

Higiene de zona perineal	FA	FR %
SI	8	2,37
NO	330	97,63
TOTAL	338	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 22 Registros de enfermería según realización de higiene de la s**

Higiene de la sonda	FA	FR %
SI	9	2,66
NO	329	97,34
TOTAL	338	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 23 Registros de enfermería según higiene de la zona de inserción**

Higiene de la zona de inserción	FA	FR %
SI	5	1,48
NO	333	98,52
TOTAL	338	100

Fuente: Registros en historia clínica

**TABLA 24 Registros de enfermería según control de ingresos diarios.**

Ingresos diarios.	FA	FR %
SI	0	0
NO	338	100
TOTAL	338	100

Fuente: Registros en historia clínica

TABLA 25 Registros de enfermería según control de egresos diarios.

Egresos diarios.	FA	FR %
SI	1	0,29
NO	337	99,71
TOTAL	338	100

Fuente: Registros en historia clínica

TABLA 26 Registros de enfermería según firma del responsable.

Firma	FA	FR %
SI	330	97,63
NO	8	2,37
TOTAL	338	100

Fuente: Registros en historia clínica

TABLA 27 Registros de enfermería según aclaración de firma.

Aclaración de Firma	FA	FR %
SI	28	8,28
NO	310	91,72
TOTAL	338	100

Fuente: Registros en historia clínica

TABLA 28 Registros de enfermería según aclaración de cargo.

Cargo.	FA	FR %
SI	18	5,32
NO	320	94,68
TOTAL	338	100

Fuente: Registros en historia clínica