

AA/1323

TESIS
G.S.S.2004
A733

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POST GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN:
GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO
Presentado por optar al título de:

ESPECIALISTA EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

CREACIÓN DE PROGRAMA EDUCATIVO PARA EL USO DE LA
HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEFROLOGÍA
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

Realizado por: Herminda Aldana

Profesor Asesor: Rafael Nahmens

Caracas, julio de 2004

Caracas, 15 de Junio de 2004

Profesor

Dr. Nahmens Rafael

Director

Postgrado de Gerencia en Servicio de Salud

Presente.-

Estimado Director:

Me dirijo a usted, en la oportunidad de hacer de su conocimiento, mi aceptación para orientar al (la) Lic. Herminda Aldana, en el desarrollo de su trabajo Especial de Grado titulado: Creación De Programa Educativo Para El Uso De La Historia Clínica De Enfermería En La Unidad De Nefrología Del Hospital Universitario De Caracas.

Igualmente, le informo que he leído y revisado el referido Proyecto y que cuenta con mi aprobación para ser inscrito como Trabajo de Grado

Dr. Nahmens Rafael

Visto Bueno de inscripción por parte del profesor del seminario de Trabajo Especial de Grado

Mediante la presente fecha, solicito se nombre el jurado evaluador para mi trabajo Especial de Grado

Post-Grado en Gerencia de Servicios de Salud

Opción en Gerencia de Servicios de Salud

Apellidos y Nombres del Alumno: Aldana Ramírez Herminda

Dirección de Habitación: Boulevard del Cafetal Edif. Montalbán, piso 6, apto 65
El Cafetal

Nombre y dirección del lugar de trabajo: Ciudad universitaria Urb. Los
Chaguaramos HUC

Teléfonos de Hab: Trabajo 6067822 Cel: 04143322816

INDICE

INDICE GENERAL	ii
Resumen	iii
Introducción	1
Capítulo I	
1.1 El problema	
1.2 Interrogante de la investigación	2
1.3 Objetivo General	3
1.4 Objetivos Específicos	3
1.5 Conceptos y/o variables	3
Estudio Pre – Test	
Enfermería	
Programa Educativo	
Estudio Post – Test	
Historia Clínica de Enfermería	
Justificación	
Delimitación	
Alcance	
Tipo y Diseño de la Investigación	
Población y Muestra	
Características de la Población	
1.6 Instrumento de Recolección de Datos:	8
1.7 Recursos:	8
Materiales	
Recursos Humanos	
Recursos Financieros	
1.8 Procedimientos	8
Fase exploratoria	
Fase descriptiva	
Consideraciones Éticas:	
1.9 Análisis de los datos propuestos:	10
Capítulo II MARCO TEÓRICO	
2.1 Reseña Histórica de Enfermería	11
2.2 La Enfermería Hoy	12
2.3 Concepto de Historia Clínica de Enfermería	13
2.4 Historia clínica del paciente - Documentación e informes eficaces	15
2.4.1 Documentación e importancia de los registros sanitarios	20
2.4.2 Contenido del registro documentación legal	21
2.4.3 Métodos de documentación: Historia de Enfermería	22
2.4.4 Tipos de Registros	22
Registros de referencia	
Registros de enfermería orientados al problema (REOP).	
Creación de esquemas por excepción	
Documentación computarizada:	
Formularios de conservación de registros habituales	
Formularios de historia de enfermería de ingreso	
Hojas de curso clínico	
Kardex y resumen de asistencia del paciente	

Planificación de los cuidados de enfermería.	
Planes de cuidados estandarizados.	
Vías críticas	
"Formularios para resumen del alta	
2.4.5 Conceptos Clave en el Llenado de Historia Clínica del Paciente Ideados por Beltrán (1998):	29
2.5 Valoración de Enfermería	30
2.5.1 Propósito de la Valoración	32
2.5.2 Otros Registros y Reportes	33
2.6 Programa Educativo	33
2.7 Educación continua o permanente	36
2.8 Diseño de la evaluación de programas de Formación	39
2.9 Técnicas de Inducción y/o entrenamiento	40
2.10 Disciplina Laboral	40
2.10.1 Entrenamiento y Capacitación Laboral	41
2.10.11 Joyce Travelbee Modelo de relación persona a persona en la promoción de la salud.	41
2.10.11.1 Fuentes Teóricas	43
2.10.11.2 Aplicación de Datos Empíricos	43
2.10.11.3 Principales Conceptos y Definiciones	44
2.10.11.4 Supuestos Principales	45
2.10.11.5 Aceptación por la Comunidad de Enfermería	45
2.10.11.6 Formación	46
2.11 Bases Legales	48
Código Internacional De Ética	
Los Derechos Fundamentales del Paciente	
Declaración de Derechos de la Enfermería	
Capítulo III	
Conclusiones	52
Recomendaciones	53
Referencias Bibliográficas	54
Anexo	
Modelo de Historia Clínica	
Diagrama de Gantt	
Programa Educativo	
Test	

**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POST GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN:
GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

**CREACIÓN DE PROGRAMA EDUCATIVO PARA EL USO DE LA
HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEFROLOGÍA
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS**

**Asesor:
Dr. Rafael Nahmens**

**Autor:
Herminda Aldana**

Año: 2003

RESUMEN

El trabajo de investigación que a continuación se presenta, tiene como propósito implementar un programa educativo para el uso de la historia clínica en la Unidad de Nefrología en el Hospital Universitario de Caracas, motivado a que la autora ha observado que las Profesionales de Enfermería no proceden al llenado de la misma y sólo se remiten a los datos recabados por el médico, aspecto que no contribuye a promocionar la salud del enfermo renal, dado que la omisión de este paso es requisito indispensable para el brindar los cuidados de salud. En virtud de lo planteado se procedió a elaborar el Marco Teórico con el contenido bibliográfico que coadyuvó a su realización, enfatizando en la Teorizante de Enfermería Joyce Travelbe que tiende mediante el modelo de relación persona a persona en la promoción de la salud a producir cambios de conducta, que serán reforzadas mediante la educación permanente en servicio, la inducción y entrenamiento, de manera eficaz para que las Profesionales de Enfermería conozcan el uso, importancia y alcance de la historia clínica de enfermería. Seguidamente se procedió a elaborar el Método, conformado por el problema, el objetivo general, los objetivos específicos, los conceptos y/o variables, el tipo y diseño de investigación, la población, la muestra, los instrumentos, equipos, materiales, procedimientos y las consideraciones éticas. Seguidamente se procedió a explicar el cómo se realizará el análisis de datos para culminar con las referencias bibliográficas y los anexos, conformados por el modelo de historia clínica y el Diagrama de Gantt.

INTRODUCCIÓN

Convertirse en enfermera/o implica, en el destino de la persona, el tener las mayores responsabilidades, obligaciones y oportunidades, para cuidar a los que sufren, una enfermedad, razón por la cual, se necesita destreza técnica, conocimientos científicos y comprensión humana. Aquel que utiliza estos atributos con valor, con humildad y con prudencia, proporcionará un servicio único a sus congéneres y forjará un carácter firme y constante en sí mismo.

En esta perspectiva, la problemática planteada se encuentra ubicada en la Unidad de Nefrología del Hospital Universitario de Caracas, por cuanto se ha venido observando que los Profesionales de Enfermería no utilizan la historia clínica de enfermería, y por ende, tampoco proceden al vaciado de los datos de paciente, guiándose solamente por la historia que llena el médico, aspecto que debe ser corregido mediante la implementación de un programa educativo que les permita conocer el uso, importancia y beneficios que reporta la historia clínica de enfermería en el manejo del paciente renal.

Con la finalidad de facilitar la comprensión del presente trabajo de investigación, éste se ha dividido en un total de tres capítulos: El primero hace referencia al problema de investigación, en el cual se incluyen el Planteamiento del Problema, los Objetivos (General y Específicos) y la Justificación del Estudio. El segundo capítulo se denomina Método, contenido del Marco Teórico, contiene los elementos relacionados con los antecedentes y las bases teóricas que sustentan la variable objeto de estudio y la operacionalización de la misma y los aspectos metodológicos. En el tercer capítulo se aborda las conclusiones y las recomendaciones derivadas del trabajo de investigación y para finalizar, se presentan las referencias bibliográficas soporte teórico del presente tema objeto de estudio, así como los anexos.

I EL PROBLEMA

1.1 El Problema: La historia clínica representa la parte más importante del examen. Una historia hábilmente elaborada, y cuidadosamente interpretada, proporcionará información importante respecto al ambiente emocional y psicológico del paciente, lo cual puede ser de gran valor en la solución de su problema. Por tanto, una entrevista interesante y agradable constituye la base para una relación satisfactoria entre el paciente y la enfermera. En virtud de lo antes expuesto, el Hospital Universitario de Caracas, específicamente en la Unidad de Nefrología no escapa a la realidad descrita, por tanto, la historia clínica de enfermería juega un papel relevante en el diagnóstico, tratamiento y curación del enfermo renal. Sin embargo, en los últimos seis meses se ha venido observando que las Profesionales de Enfermería no llenan la historia clínica de los pacientes que acuden a ese servicio de salud, y sólo se limitan a la información suministrado por el médico, lo cual debilita la relación enfermera – paciente. Es importante destacar que la Unidad de Nefrología y Trasplante Renal del Hospital Universitario de Caracas se encuentra ubicado el piso once (11) ala norte y cuenta con diez (10) camas de hospitalización incluyendo las de trasplante renal.

1.2 De lo anteriormente planteado surgen las siguientes interrogantes de la investigación:

¿Resulta relevante elaborar un programa de inducción para educación en servicio en el uso de la historia clínica de enfermería?

1.3. Objetivo General:

Diseñar un Programa Educativo para el uso de la Historia Clínica de Enfermería en la Unidad de Nefrología del Hospital Universitario de Caracas durante el III Trimestre del año 2003.

1.4 Objetivos Específicos:

- Realizar un estudio Pre - Test que permita identificar cómo trabajan las Profesionales de Enfermería con la Historia Clínica.
- Implementar el programa educativo para el llenado de la Historia Clínica de Enfermería.
- Realizar un estudio post - test que permita la evaluación de los resultados esperados.

1.5 Conceptos y/o variables

Estudio Pre – Test: Se refiere a los conocimientos previos que poseen las Profesionales de Enfermería antes de recibir el programa educativo para el uso de la historia clínica de enfermería.

Enfermería: El enfermero/a es un ser humano que posee un bagaje de conocimiento especializado y la capacidad para aplicarlos con el propósito de ayudar a otros seres humanos a prevenir la enfermedad, recuperar la salud, encontrar un sentido a la enfermedad o mantener el máximo nivel posible de salud.

Programa Educativo: Contenido relacionado con el concepto, características, pasos, propósitos, patrones e importancia del llenado de la historia clínica de enfermería.

Estudio Post – Test: Se refiere a los conocimientos adquiridos por las Profesionales de Enfermería una vez implementado el programa educativo relacionado con la Historia Clínica de Enfermería.

Historia Clínica de Enfermería es un documento legal donde se registra los cuidados brindados por enfermería, la evolución de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y las razones por las cuales el paciente solicita asistencia.

Justificación: La insuficiencia renal crónica en Venezuela es un problema de salud pública, por su frecuencia afectado a individuos jóvenes y en plena capacidad productiva. En los últimos diez (10) años ha aumentado considerablemente la atención de pacientes renales crónicos que requieren ingresar a programas de tratamiento sustitutivo de la función renal. Al mismo tiempo, en el mercado de trabajo en esta área hay un número considerable de profesionales de enfermería quienes brindan cuidados las veinticuatro (24) horas del día al enfermo renal con la visión de lograr una atención óptima de calidad basada en los lineamientos filosóficos del Servicio de Nefrología y Transplante Renal del Hospital Universitario de Caracas considerando al paciente como una unidad biopsicosocial, utilizando los recursos materiales, humanos, financieros, infraestructurales; de manera eficiente para alcanzar el máximo de beneficio estableciendo planes de cuidado de enfermería que obedezcan a las necesidades físicas, espirituales, para ayudarlos en el proceso de recuperación de la salud. Considerando que Enfermería es el personal de primera línea de atención se toma la iniciativa de incentivar al personal de enfermería en el llenado de la Historia Clínica de Enfermería como registro de información escrito, datada e identificada para facilitar la interpretación de los hechos recogidos en el desarrollo de la

permanencia en las Áreas Clínicas de Nefrología y Trasplante Renal del Hospital Universitario de Caracas.

Este trabajo se justifica desde varios puntos de vista:

- En el aspecto teórico, La historia Clínica de enfermería llenaría el vacío que hay en los registros de enfermería, enriqueciendo los registros ya existentes y daría el primer paso a un proyecto más ambicioso, que es el uso de la Historia Clínica de Enfermería adaptada a las peculiaridades de las otras unidades clínicas prestadoras de salud
- En el tópico institucional, tanto el Hospital como la Unidad de Nefrología serán beneficiados al llevar la Historia Clínica de Enfermería en forma adecuada, aspecto que facilitará las estadísticas del estado de morbi-mortalidad del usuario atendido en este servicio. Crear una amplia base de datos que en un futuro permitiría realizar estudios estadísticos e investigaciones, para mejorar la calidad asistencial fundamentada en bases científicas, filosóficas y metodológicas racionales aplicables al trabajo cotidiano de la enfermería, fundamentada en la investigación mediante el cual crece la base del conocimiento permitiendo la difusión de la información.
- En lo Profesional, se contribuirá a que el personal de otras áreas clínicas existentes se involucren en esta actividad estableciendo una herramienta de trabajo común, facilitando el registro, rápido, sencillo que va a permitir que no se pierdan datos del paciente y facilite la puesta en marcha de los planes de cuidados lo que conlleva a mantener una estrategia comunicacional grupal el manejo de conceptos y aspectos relacionados íntimamente con la vida del paciente manteniendo la privacidad de la información y el respeto a la dignidad humana, elevando el carácter científico de la profesión de enfermería.

- En la atención al paciente, facilitará la búsqueda de datos solicitados bien sea del punto de vista personal o interinstitucional como fecha de ingreso, egreso, estudios realizados, tratamientos entre otras.
- En cuanto al personal de otras instituciones, servirá como antecedente, fuente de ayuda como estrategia para sustentar trabajos de investigación y evaluación del resultado obtenido de las mismas en otras áreas.

Delimitación: Esta investigación está delimitada en tiempo, espacio y población ya que para el estudio, se toma en cuenta sólo el personal de enfermería del Hospital Universitario de Caracas que labora en la Unidad de nefrología en el III Trimestre del año 2.003.

Alcance: La implementación de este registro inicialmente en las Áreas Clínicas de Nefrología y Transplante Renal que va a servir de referencia para el resto de las cuarenta y seis (46) unidades clínicas del Hospital Universitario de Caracas y a futuro va a servir para todas aquellas empresas prestadoras de servicios de salud tanto públicos como privados.

Tipo y Diseño de la Investigación: Para Canales (1993), el tipo de investigación: "es el esquema general o marco estratégico, que da unidad, coherencia, secuencia y sentido práctico a todas las actividades que se emprenden para buscar respuestas al problema, y objetivos planteados". (p.134). En este sentido, se considera un estudio descriptivo, pues según Canales (1993). Los estudios descriptivos son aquellos que están dirigidos a determinar "cómo es" o "cómo está", la situación de las variables que deberían estudiarse en una población, la ausencia o presencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia y generar dónde y cuando se está presentando determinado fenómeno". (p. 138). Se considera descriptivo porque permitirá demostrar la importancia de elaborar un programa de Educación en Servicio relacionado con la

importancia del uso de la Historia Clínica de Enfermería por parte del Personal de Enfermeras que labora en la Unidad de Nefrología del Hospital Universitario de Caracas, durante el III Trimestre del Año 2003.

Población y Muestra

De acuerdo a las características del estudio y a los objetivos propuestos, se identifica la población a estudiar atendiendo al concepto dado por Hernández (1998) como: "... conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones". (p. 210).

En virtud de lo anterior, la población estará conformada por 25 Enfermeras (Bachilleres Asistenciales, Técnico Superior y Licenciadas) que laboran en el Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Caracas. En virtud de lo antes planteado, para la presente investigación no se tomó muestra, razón por la cual se trabajará con toda población, es decir las veinticinco (25) personas que conforman el Personal Profesional de Enfermería y que laboran en la Unidad de Nefrología del Hospital Universitario de Caracas.

Características de la Población

NIVEL EDUCATIVO			
PERSONAL DE ENFERMERÍA			
POBLACIÓN	Bachiller Asistencial	Técnico Superior	Licenciada
	2	15	8
TOTAL = 25			

Fuente: Autora (2003).

1.6 Instrumento de Recolección de Datos:

Se aplicara un Pre – Test el cual arrojará el nivel de conocimientos que poseen las enfermeras de la Unidad de Nefrología sobre el uso de la Historia Clínica posteriormente se dictará el programa educativo en forma de taller. El cual tendrá (32) treinta y dos horas (16 horas teóricas y 16 prácticas) al finalizar se aplicara un Post- Test en el cual se va obtener los resultado de los conocimientos adquiridos por las participantes.

1.7 RECURSOS:

Materiales: Infraestructura física. Un aula con capacidad para cuarenta (40) sillas, iluminación suficiente, bien ventilada con aisladores de ruidos, mesas, Implementos de oficina, papelería, marcadores, borradores, saca grapas, engrapadoras y fotocopidora, audiovisuales, pizarra, retro proyector, video beem.

Recursos Humanos: Facilitador: coordinación docente del hospital Universitario de Caracas y otros colaboradores externos, participantes enfermeras del área clínica de nefrología y trasplante renal que son en total de veinticinco (25).

Recursos Financieros: Presupuesto para determinar el costo del programa educativo, así como su implementación, costo que será cubierto por el Hospital Universitario de Caracas.

1.8 PROCEDIMIENTOS:

Fase exploratoria: en esta fase se procederá a realizar una investigación más exhaustiva de las fuentes bibliográficas, ya sean textos especializados en el área, revistas, artículos de periódicos e investigaciones realizadas

sobre el tema. Esta fase comprende el marco referencia, el cual abarca los antecedentes de la investigación e información necesaria de la organización. Esta fase también abarca el marco teórico en donde se hace una compilación de las teorías y temas que permitieron sin perder el norte, realizar de manera realista, esta investigación.

Fase descriptiva: una vez obtenidos los resultados se procederá al análisis de los mismos, para describir la intervención educativa que se pudieran presentar, con el fin de determinar las conclusiones de la investigación. Esta fase esta incluida en la observación preliminar del problema, de aquí se desprenderá su gran valor e importancia ya que se indicarán en los resultados obtenidos, los cuales permitirán visualizar las tendencias que se presentar en la organización y así tener una base sólida donde determinar y apoyar las conclusiones de la investigación.

Consideraciones Éticas:

- La enfermera brinda sus servicios respetando la dignidad humana y el carácter único del usuario, sin restricción alguna derivada de la posición económica y social, las características personales, ni la naturaleza de los problemas de salud.
- La enfermera salvaguarda el derecho del usuario a la privacidad protegiendo en forma legal toda la información que se considere confidencial.

1.9 ANÁLISIS DE LOS DATOS PROPUESTOS:

Los datos obtenidos a través de los test serán analizados a través de medidas de estadística simple y el análisis cuantitativo porcentual con sus respectivos cuadros y representación gráfica.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Reseña Histórica de Enfermería

En los siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas ordenes religiosas. Durante las cruzadas, por ejemplo, algunas ordenes militares de caballeros también ofrecían cuidados de enfermería, y la más famosa era "la de los Caballeros, Hospitalarios" (también conocida por los Caballeros de San Juan de Jerusalén). En países budistas los miembros de la orden religiosa Shanga han sido tradicionalmente los encargados de los cuidados sanitarios. (Fernafee, 1981).

En Europa, y sobre todo tras la reforma, la Enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor debido a su relación con la enfermedad y la muerte, la escasa calidad de los cuidados Médicos de la época.

La Enfermería comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en, Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de Enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la Enfermería Británica Florence Nightingale. Su experiencia le brindo el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de Enfermería en el Hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de Enfermería de Nightingale y la heroica acción y reputación de esta mujer transformó la concepción de la Enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como Profesión formalmente reconocida.

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. Estas incluyen Áreas Quirúrgicas, Dentales, Maternidad, Psiquiatría y Salud Comunitaria. Dentro de cada una de estas especialidades se puede optar por una nueva especialización.

2.2 La Enfermería Hoy

La enfermería se ocupa de los cuidados del enfermo y otros trabajos relacionados con las prevenciones y la Salud pública. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y ciencia de la enfermería, por lo general en la ayuda a los Médicos y otros profesionales Sanitarios. En la mayoría de los países se considera la enfermería como profesión cualificada para la que se precisa un programa de formación previo al reconocimiento académico.

Expone Landauer (1992) que.

La formación, en la mayoría de países, dura tres años y comprende formación general en Medicina y experiencia práctica trabajando con pacientes bajo la supervisión de enfermeras y enfermeros veteranos. El nivel de la educación sanitaria requerida para una enfermera varía según los países. Al final de la formación, y antes de recibir la diplomatura o título, el estudiante de Enfermería tiene exámenes ante los organismos sanitarios o consejos de enfermería, dependiendo de cada país. (p.68).

Una vez obtenida la Diplomatura o Título se es libre de ejercer la profesión en cualquier país que reconozca las Titulaciones, aunque muchas sólo reconocen las propias.

Muchas de las variadas obligaciones del personal de Enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de la tensión arterial hasta el manejo de sistemas de soporte vital en unidades de cuidados intensivos. Además, el personal de enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la formación y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como por, proporcionar los cuidados necesarios, cuando éstos se encuentran enfermos.

El personal de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Las primeras son aquellas que deben ser llevadas a cabo bajo las ordenes de un Médico, e incluyen actividades como las de administrar medicación, vendar y curar heridas.

Según Balderas (1976):

Las funciones independientes son aquellas que los profesionales de Enfermería llevan a cabo su propio juicio profesional. Entre estas obligaciones se incluyen el lavado del enfermo, las posturas de los pacientes para prevenir contracturas articulares, la educación a los pacientes para que aprendan a curarse ellos mismos y la asesoría nutricional. (p. 36).

2.3 Concepto de Historia Clínica de Enfermería

Los profesionales de enfermería, como miembros del equipo de asistencia sanitaria, deben comunicar la información sobre los pacientes de forma exacta, completa y eficaz. Todos los prestadores de cuidados precisan la misma información sobre los pacientes, de forma que puedan crear y llevar a cabo un plan de cuidados amplio.

La documentación y el informe son métodos utilizados para comunicar la información relacionada con la prestación de cuidados o de la asistencia sanitaria al paciente, familia o comunidad. En cualquier marco, el éxito de un plan de cuidados depende de que exista un informe correcto y completo y un registro de datos preciso. Con informes y documentación eficaz, se logra un elevado nivel de comunicación, que ayuda a que los miembros del equipo de salud compartan opinión acerca de las necesidades del paciente.

Los profesionales de enfermería proporcionan los cuidados primarios y, por consiguiente, son también quienes mantienen un mayor contacto con los enfermos. La utilización de los principios científicos para la realización correcta de los registros y los informes mejoran la prestación de la asistencia de enfermería haciéndola segura y eficaz. Barret., (1.973)

La historia clínica es un documento legal. Durante cada hospitalización, visita clínica o contacto telefónico, se registran las razones por las que el paciente solicitó asistencia médica, asistencia de enfermería, pruebas diagnósticas, diagnóstico médico, elección de tratamiento y respuesta del paciente.

Cuando el paciente vuelve al hospital, a la consulta o al centro de salud, el profesional de enfermería o médico tendrá disponible la historia, la cual se convertirá en un informe continuo de la asistencia sanitaria del paciente. La enfermera tiene la responsabilidad de incluir en el registro información clara y lógica, describiendo con precisión toda la asistencia prestada.

Una historia clínica bien documentada es la mejor defensa del profesional de enfermería ante cualquier pleito por alegación de mala práctica o negligencia.

Cuanto más saben los cuidadores acerca de un paciente, mejor preparados están para prestar una asistencia de alta calidad. De hecho uno de los mayores retos a los que se enfrenta la enfermería en la actualidad es

conseguir la continuidad de la asistencia de turno en turno y de día en día para lo cual utilizan diversos métodos para poder comunicar la información sobre los pacientes.

En esta perspectiva, Altrudi (2.002) expone que:

Los informes, intercambios orales o escritos de información compartida entre los cuidadores. Cuando la enfermera termina su turno, dará un informe verbal de enfermería al siguiente turno. La información se hace a través de comentarios formales e informales entre los miembros del equipo sanitario, que puede incluir a las enfermeras, médicos, asistentes sociales, dietistas, fisioterapeutas, entre otros . (p. 322).

La información sobre el cuidado es compartida para identificar problemas y resultados deseados y para recomendar y planificar soluciones.

2.4 Historia clínica del paciente - Documentación e informes eficaces.

El profesional de enfermería es responsable de toda la información necesaria para tratar con éxito al usuario. Para los registros y los cuidados de calidad se deben seguir las siguientes directrices: Un registro debe contener información descriptiva y objetiva, sobre lo que el profesional de enfermería ve, oye, siente y huele, con sonidos respiratorios limpios bilaterales. Evitar palabras que sólo son significativas en un marco específico de referencia, como bueno, adecuado, regular o malo, las cuales pueden ser sometidas a interpretación. Las deducciones son conclusiones basadas en datos (p. e.: "tiene poco apetito", el dato objetivo que es necesario documentar es: "come solamente dos bocados de postre y el pan de la bandeja de la cena". Podríamos pensar que el paciente tenga náuseas o que estuviese hambriento pero no le gustase la comida).

Si la enfermera documenta deducciones o conclusiones sin datos objetivos que los apoyen, pueden realizarse interpretaciones erróneas sobre el estado de salud del paciente.

Los datos subjetivos son percepciones del paciente sobre sus problemas de salud. La documentación que utiliza las palabras del paciente entre comillas (p. e.: "la paciente afirma tener náuseas" o "afirma que no le gusta la comida", es objetiva y aceptable. En ambos casos ayuda a documentar la ingesta real de alimentos, así como también los datos subjetivos. Barret, (1973).

La información debe ser fiable. La utilización de determinaciones precisas asegura la exactitud como medio de determinar si la situación de un paciente ha cambiado. La afirmación de que una "herida abdominal tiene 5 cm. de longitud sin enrojecimiento y edema" es más exacta y descriptiva que "una gran herida abdominal está cicatrizando bien". Abreviaturas y símbolos médicos ayudan al profesional de enfermería a reducir el tiempo de escritura en las gráficas. Algunas sociedades tienen una lista de abreviaturas aprobadas, aunque para evitar malas interpretaciones se debe eliminar cualquier abreviatura que pueda resultar confusa.

Una ortografía correcta aumenta la exactitud de la documentación y una anotación exacta refleja observaciones y asistencia prestada a pacientes asignados.

Terminar todas las anotaciones en el registro de un paciente con la firma del profesional, incluyendo nombre de pila o primera inicial, apellido y título. No utilizar apodos.

Cuando los registros e informes son incompletos se pone en peligro la comunicación y el profesional de enfermería es incapaz de demostrar que se prestó una asistencia específica. Es necesaria una información concisa y completa acerca de las necesidades del paciente.

Toda la información ha de ser concisa y breve. Evitar las palabras innecesarias o detalles irrelevantes.

En cuanto a los comentarios, tales como: varios dedos del pie están calientes, de color sonrosado; retorno capilar de menos de 2 seg.; fuerza del pulso pedio; el paciente no refiere dolor, no se deben hacer, es más preciso, los dedos del pie izquierdo del paciente están calientes y de color sonrosado. No existe inflamación. Se observa un buen retorno capilar. El pulso pedio del pie izquierdo es fuerte. El paciente no refiere molestias o dolor.

Actualizar las decisiones continuas acerca de la asistencia deben estar basadas en una información actual y exacta. Las actividades o hallazgos que se deben comunicar en el momento en que se tienen lugar son los siguientes: 1. Signos vitales; 2. Administración de medicamentos y tratamientos; 3. Preparación para pruebas diagnósticas o cirugía; 4. Cambios en el estado del paciente; 5. Admisión, traslado, alta o fallecimiento del paciente; 6. Tratamiento aplicado por haberse producido cambios bruscos en el estado del paciente; 7. Respuesta del paciente a la actuación.

Al describir un aspecto de los cuidados, el profesional de enfermería debe referirse al problema del paciente, a la actuación de enfermería y a la respuesta, lo más pronto posible. Una información oportuna evita errores en el tratamiento del paciente.

Es importante comunicar la información siguiendo un formato u orden lógico. Las notas que no explican con claridad que sucedió en primer lugar pueden crear confusión acerca de si se prestó una asistencia adecuada.

En cuanto a la confidencialidad, la enfermera no debe revelar el estado del paciente a otros pacientes o miembros de los implicados en su atención, estando legal y éticamente obligada a considerar la información confidencial sobre los pacientes. Cuando los profesionales de enfermería tienen razones para utilizar registros para la obtención de datos, la investigación o la educación, no se rompe esa confidencialidad, siempre que

los registros se utilicen con permiso y de acuerdo con las normas que ya están establecidas.

La información del equipo sanitario, paciente y los familiares de éste se intercambian a diario. Los informes ofrecen un resumen de estas actividades observadas, realizadas u oídas. Entre los tipos de informes dados los más comunes son: los de cambio de turno, los informes telefónicos, los informes de traslado y los informes de incidentes.

Informe de cambio se realiza 2 o 3 veces al día en todos los tipos de unidades de enfermería. Al final del turno se comunica la información sobre los pacientes asignados al profesional de enfermería que trabaja en el siguiente turno. Se dan personalmente de forma oral, a través de grabaciones en cintas magnéticas, o durante la visita a la cabecera del paciente.

Algunos consejos para tener en cuenta en los informes de cambio de turno son según Balderas: (1.976)

- Proporcionar sólo la información esencial sobre el paciente (nombre, sexo, edad, diagnóstico).
- Identificar el diagnóstico de enfermería.
- Describir la valoración relacionada con el trastorno y la respuesta al problema de salud.
- Compartir la información sobre los miembros de la familia relacionados con el problema del paciente.
- Revisar los planes para el alta continuos y el nivel de preparación para irse a su casa.
- Describir las instrucciones dadas, el nivel de conocimiento y la respuesta del paciente a la educación.
- Evaluar los resultados de las intervenciones.
- Identificar las prioridades a las que el personal entrante debe atender.

- Informes y llamadas telefónicas. Es importante ser lo más cortés posible en el momento de realizar llamadas telefónicas. La cortesía transmite una sensación de interés y profesionalidad y facilita la cooperación de todos los miembros del equipo sanitario. Las personas implicadas en un informe telefónico o en la recepción de órdenes por teléfono, deben asegurarse de que la información dada y recibida es clara, exacta y concisa. Los hechos fundamentales de la información transmitida por teléfono serán repetidos al comunicante para confirmar su exactitud.

La información obtenida de un informe telefónico o de órdenes dadas por teléfono, debe ser documentada en el registro del paciente. Hay que incluir la hora, quien hizo la llamada, a quien iba dirigida la llamada y la información dada y recibida. En algunos estados americanos, los estudiantes de enfermería pueden recibir órdenes verificadas y firmadas conjuntamente por una enfermera diplomada.

Cuando se traslada un paciente a otra unidad, el profesional que recibe el paciente debe conocer la información más actual sobre el paciente, así como su evolución. Un informe de traslado exacto permite la continuidad de la atención, pudiendo darse dichos informes por teléfono o en persona.

Un incidente es cualquier acontecimiento que no está de acuerdo con el funcionamiento habitual de una unidad de asistencia sanitaria o con el cuidado habitual de un paciente (p. e.: pinchazos con agujas, caídas de pacientes, errores en la medicación, visitantes que se ponen enfermos).

Cuando sucede algo que podría provocar o haber provocado una lesión, la enfermera debe redactar un informe de incidentes. Cuando el incidente afecta a un paciente, el profesional de enfermería documenta en la historia clínica una descripción objetiva de lo que realmente observó, así como la asistencia de seguimiento prestada (debe incluir: fecha y hora, como encontró el profesional de enfermería al paciente, información de testigos,

valoración de las lesiones del paciente, acciones tomadas y anotaciones de seguimiento).

2.4.1 Documentación e importancia de los registros sanitarios.

Se utilizan distintos tipos de registros para comunicar información acerca del estado de salud y de los cuidados del enfermo. Se define la documentación como todo aquello escrito e impreso que se considera como un registro de una prueba para personas autorizadas. Una buena documentación refleja calidad de asistencia y muestra la responsabilidad de cada miembro de la asistencia sanitaria. Aunque cada centro emplea un formato diferente, todos los registros contienen básicamente los tipos de información que se indican a continuación, según planta Fanafee: (1.981)

1. Datos demográficos.
2. Consentimiento informado para tratamientos y procedimientos.
3. Historias de ingreso de enfermería.
4. Diagnósticos o problemas de enfermería.
5. Plan de cuidados de enfermería.
6. Registro de actuaciones y evaluación de los cuidados de enfermería.
7. Exploración física e historia médica.
8. Diagnóstico médico.
9. Ordenes de tratamiento.
10. Notas de evolución.
11. Informes de estudios diagnósticos.
12. Informes de procedimientos quirúrgicos.
13. Plan de alta y resumen.

La finalidad de los registros es ser una fuente de datos valiosa utilizada por todos los miembros del equipo de atención sanitaria. Siendo sus

objetivos la comunicación del proceso de enfermería, la documentación legal, la financiación económica, la educación, la investigación, la revisión y el control.. El registro sirve de vehículo a través del cual los miembros del equipo sanitario comunican sus aportaciones a la asistencia del paciente. En el informe deben explicarse las medidas necesarias para que los cuidados prestados tengan continuidad y solidez. La información del registro complementa las observaciones y evaluación del profesional de enfermería.

El registro proporciona datos que la enfermera utiliza para identificar y apoyar los diagnósticos de enfermería y para planificar las actuaciones de asistencia. Incluye también las respuestas del paciente a las actuaciones, permitiendo alteraciones en el plan de cuidados, según las indicaciones de éstas respuestas. El registro proporciona una imagen global del estado de salud del paciente. Cada observación forma parte de gran ayuda al explicar y confirmar interpretaciones y facilita los cuidados de enfermería de forma continua más adecuada.

2.4.2 Contenido del registro documentación legal, documenta el nivel de la asistencia prestada a un paciente. Habitualmente el registro es propiedad de la institución. Una forma eficaz de conocer la naturaleza de una enfermedad y la respuesta a ella es leer la historia clínica. Aunque no existen dos enfermos con registros idénticos, es posible identificar patrones de información comunes en pacientes con problemas similares. Con esta información se tiene mayor capacidad para prever el tipo de asistencia que un paciente exige.

A partir de los registros de los pacientes se pueden extraer datos estadísticos relacionados con la frecuencia de los trastornos clínicos, las complicaciones, la utilización de formas específicas de tratamiento médico y de enfermería, los fallecimientos y las recuperaciones de la enfermedad. Los registros son un valioso recurso para la descripción de las características de

población de pacientes adscritos a un centro de salud determinado. La revisión periódica de los registros del paciente es una base para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria prestada en una institución.

2.4.3 Métodos de documentación: Historia de Enfermería.

El sistema de documentación seleccionado por un servicio de enfermería, debe reflejar la misión y visión del departamento y la forma en que se presta los cuidados de enfermería a los pacientes.

Para Beltrán (1998), la asistencia profesional queda reflejada en la creación de esquemas profesionales, que demuestra lo que ha hecho el profesional de enfermería y que ha comunicado de forma eficaz el estado del paciente y sus progresos. Dado que el proceso de enfermería determina un enfoque de una buena documentación reflejando los pasos del proceso de enfermería desde la valoración hasta la evaluación. Es todo un reto crear un sistema de mantenimiento de registros que asegure una comunicación óptima y además simplifique el proceso de creación de esquemas.

2.4.4 Tipos de Registros

Registros de referencia. La forma tradicional de las historias clínica es el "registro de referencia" en el cual la historia del paciente se organiza de modo que cada disciplina (enfermería, medicina, asistente social) cuenta con una sección separada en la que se efectúa el registro de los datos. El sistema de registro presenta la ventaja que las personas que proporcionan el cuidado pueden localizar fácilmente la sección del registro en la que deben efectuar las anotaciones. Todas las entradas han de efectuarse por orden cronológico, generalmente con la hora más reciente lo más cerca posible del encabezamiento de la sección correspondiente de la historia. Uno de los

inconvenientes de los registros de referencia son los datos fragmentados. La información está bien organizada, pero no aparece ordenada de acuerdo con los problemas del paciente. Los detalles acerca de un problema concreto aparecen dispersos a lo largo del registro.

Registros de enfermería orientados al problema (REOP). Es un método estructurado de documentación que resalta los problemas del paciente. El método se basa en el proceso de enfermería y facilita la comunicación de las necesidades del paciente. Los datos se organizan por problemas en lugar de hacerlo por fuente de información. Cada miembro del equipo de asistencia sanitaria contribuye a una sola lista de problemas identificados del paciente. En su formato clásico, el REOP está formado por una base de datos, una lista de problemas numerados y notas sobre el progreso. Las ventajas del método de registro REOP incluye lo siguiente:

1. Subraya las percepciones del paciente de sus problemas.
2. Exige la evaluación continua y la revisión del plan de cuidados.
3. Proporciona mayor continuidad de la asistencia entre los miembros del equipo de asistencia sanitaria.
4. Favorece una comunicación eficaz entre los miembros del equipo de asistencia sanitaria.
5. Aumenta la eficacia en la obtención de datos.
6. Proporciona información en orden cronológico. Refuerza la utilización del proceso de enfermería.

Con el formato REOP, la lista de problemas está archivada en un lugar fácilmente accesible y se consulta con frecuencia. A medida que se van identificando, se añaden nuevos problemas. Una vez resuelto un problema, se registra la fecha de resolución y se traza una línea sobre el problema, anotando el número en la hoja del problema. El número para un problema resuelto no se utilizará de nuevo. Este sistema hace que se mantenga una

lista de problemas sencilla, pero significativa. Una vez desarrollada una lista de problemas, las sucesivas anotaciones en el registro (como en el caso de las notas de progreso) se codifican mediante un número de problema.

Creación de esquemas por excepción. En estos esquemas se da por supuesto que todos los patrones se cumplen con una respuesta normal o esperada, a menos que se documente otra cosa. Con patrones como hallazgos de valoración normales previamente definidos integrados en los formularios de documentación, únicamente se necesitará documentar los hallazgos o respuestas anómalos. La enfermera escribirá una nota a mano sólo cuando la calificación estandarizada del formulario no se cumpla. De otro modo únicamente será necesaria la firma. Cuando el profesional de enfermería ve notas a mano escritas en la gráfica, sabe que se ha observado algo fuera de lo normal. Esto hace que resulte más fácil seguir los cambios en la Situación de un paciente, a medida que se va desarrollando.

Documentación computarizada: Existen criterios para sistemas de información computarizados que indican las necesidades de sistemas que apoyen el proceso de enfermería integrando elementos de registro automático del paciente, que permitan el transporte electrónico de datos a otros sistemas de ordenador y que permitan la fácil recuperación de datos.

La informatización de la documentación lleva asociados ciertos riesgos legales. Las palabras clave utilizadas para limitar el acceso a los usuarios autorizados, no deben ser compartidas por ningún otro cuidador. Los datos salvados como parte del registro no deben ser borrados. Sin embargo todas las anotaciones incorrectas no almacenadas pueden ser corregidas. En el caso de que se almacene información incorrecta de forma accidental, las correcciones introducidas indican el error, incluyendo la fecha y la hora de la corrección y la persona que hizo el cambio.

El profesional de enfermería debe poseer conocimientos básicos de informática, ya que actualmente la mayor parte de los hospitales tienen algún tipo de sistema automático con un gran sistema de ordenador centralizado. Un sistema centralizado consistente en un ordenador localizado centralmente con una gran capacidad de memoria para alimentar a diversos programas en todo el hospital. Cada división de enfermería tiene una pantalla de ordenador con un teclado unido al ordenador principal. Pudiendo la información ser introducida o recuperada utilizando el teclado o presionando con un lápiz sensible a la luz, directamente sobre la pantalla. Algunos hospitales tienen ordenadores a la cabecera de la cama.

Se pueden introducir hallazgos de valoración o documentar actuaciones que son rápidamente transmitidas para su almacenamiento. La documentación es oportuna, y se cometen menos errores porque el profesional de enfermería no tiene que abandonar la cabecera de la cama para registrar la información.

Los sistemas de ordenador bien diseñados reducen los errores de registro, ahorran tiempo y hacen que la información esté fácilmente disponible para la enfermera. Esto descarga al profesional de enfermería, permitiéndole centrarse más directamente sobre la prestación de los cuidados de enfermería profesional, son según Brito (s/f):

Formularios de conservación de registros habituales: El profesional de enfermería utiliza diversos formularios para hacer la documentación más fácil, rápida y amplia. Debe evitarse la duplicación en el registro.

Formularios de historia de enfermería de ingreso. Proporcionan los datos básicos para posteriores comparaciones con los cambios experimentados por el estado del paciente. El formulario permite al

profesional de enfermería de ingresos realizar una valoración completa para identificar diagnósticos de enfermería importantes. Cada institución diseña formularios para historia de enfermería basados en sus patrones de práctica y en su filosofía de los cuidados de enfermería.

Hojas de curso clínico. Permiten realizar de forma repetida la documentación de ciertas observaciones rutinarias o de determinaciones específicas.

Kardex y resumen de asistencia del paciente. Tradicionalmente, la información de enfermería necesaria para el cuidado diario de un paciente, se encuentra fácilmente disponible en un Kardex de enfermería. Se trata de una ficha para archivar que se dobla y habitualmente se guarda en el control de enfermería, conteniendo información relacionada con el plan de cuidados continuado, actual del paciente.

La información actualizada del Kardex elimina la necesidad de que el profesional de enfermería consulte continuamente la gráfica del paciente. Muchos hospitales disponen de este tipo de información computarizado, a modo de resumen de la asistencia del paciente, realizándose una copia impresa de cada paciente en cada turno. Los datos son actualizados automáticamente a medida que se introducen órdenes y se toman decisiones de enfermería.

La información que suele ofrecer el Kardex o resumen de asistencia del paciente es:

1. Datos demográficos básicos (nombre, edad, sexo).
2. Diagnóstico médico principal.
3. Órdenes médicas en curso, que deben ser ejecutadas por el profesional de enfermería (dieta, actividad, constantes vitales, medicaciones, pruebas diagnósticas).
4. Órdenes de enfermería o medidas de enfermería (ingesta o secreción, posición, medidas de comodidad, educación).

5. Antecedentes de alergia y precauciones de seguridad utilizadas en los cuidados del paciente.

Planificación de los cuidados de enfermería. Los profesionales de enfermería son responsables de la planificación de los cuidados de enfermería estandarizados para cada paciente. La planificación de la asistencia debe comunicar las necesidades del paciente y no la información estándar de rutina. Cuando todos los profesionales de enfermería que han trabajado con el paciente colaboran para desarrollar un plan de cuidados, consiguen una mejora en la continuidad de la asistencia.

Hoy en día existen programas informáticos de enfermería que desarrollan planes de cuidados a partir de un menú que ofrece múltiples opciones. Estos planes pueden ser individualizados añadiendo datos escritos a máquina. La informatización de la documentación puede disminuir el tiempo que exige el proceso de documentación entre un 40% y un 50%, permitiendo al profesional de enfermería pasar más tiempo a la cabecera del paciente.

Planes de cuidados estandarizados. En muchas instituciones con idea de facilitar el proceso de documentación se han elaborado planes estándar de cuidados, ya impresos y basados en el concepto que la institución tiene de los patrones de práctica de la enfermería; estableciéndose en ellos las directrices a seguir para atender a enfermos con problemas de salud similares. Permitiendo agregar objetivos específicos o resultados deseables en la asistencia, así como las fechas en las que cabe esperar dichos resultados.

Existe cierta controversia con respecto a la utilización o no-utilización de los planes estandarizados de cuidados, siendo el principal inconveniente el que puedan actuar en detrimento de la identificación por parte del

profesional de enfermería, de las actuaciones individuales para los pacientes. Un segundo inconveniente es la necesidad de poner al día formalmente los planes de manera rutinaria, con objeto de garantizar su carácter actualizado y correcto.

La enfermera siempre se hace responsable del planteamiento personalizado de dichos cuidados. Los planes estandarizados no están pensados para sustituir el razonamiento profesional y la toma de decisiones del profesional de enfermería.

Vías críticas. Con los avances y la llegada de la asistencia dirigida se han desarrollado herramientas de documentación que integran los patrones de asistencia de varias disciplinas. Estas herramientas o vías críticas permiten que el personal de todas las disciplinas desarrolle planes de cuidados integrados para una duración de la estancia proyectada de pacientes con un tipo de caso determinado.

El profesional de enfermería y otros miembros del equipo utilizan la vía para controlar el progreso del paciente y como herramienta de documentación. La creación de gráficas por excepción es con frecuencia el método utilizado con las vías. El personal sólo documenta las actuaciones previstas que no se presta tal como estaba proyectado.

“Formularios para resumen del alta”. Se insiste mucho en la preparación del paciente para el alta oportuna de una institución de asistencia sanitaria. De forma ideal, la planificación del alta comienza desde el ingreso y, en algunos casos, incluso antes del ingreso (cirugía programada, partos). El profesional de enfermería continúa la planificación del alta a medida que la situación del paciente va cambiando. Tanto los pacientes como sus familias deben participar en el proceso de planificación del alta.

2.4.5 Conceptos Clave en el Llenado de Historia Clínica del Paciente Ideados por Beltrán (1998):

1. Un registro de asistencia sanitaria de un paciente es una documentación escrita de la asistencia prestada.
2. Para el mantenimiento de unos registros exactos requerimos una interpretación objetiva de los datos, con determinaciones precisas, ortografía correcta, y un uso adecuado de las abreviaturas.
3. La historia clínica es un documento legal y exige información que describa con exactitud la asistencia prestada a un paciente.
4. La firma de un profesional de enfermería en una anotación del registro le confiere responsabilidad por el contenido de dicha anotación.
5. Cualquier cambio en la situación del paciente requiere la documentación oportuna, con el fin de mantener un registro exacto.
6. Un registro organizado presenta la información de manera lógica, por orden de producción de los acontecimientos.
7. Toda la información relacionada con la organización de la asistencia sanitaria de un paciente obtenida a través de la exploración, observación, conversación y tratamiento se considera confidencial.
8. El principal objetivo del informe de cambio de turno es mantener la continuidad de la asistencia.
9. La historia clínica es un registro, y las que están orientadas hacia el problema del paciente, están organizadas según los problemas de asistencia sanitaria del paciente.
10. Cuando una información relacionada con la asistencia del paciente se comunica a través del teléfono, la información debe confirmarse.
11. Las hojas de curso clínico eliminan la necesidad de escribir notas narrativas para observaciones o determinaciones repetidas.

2.5 Valoración de Enfermería

La obtención de datos durante una entrevista entre la enfermera y el paciente constituye una valoración de enfermería y a lo que con anterioridad se denomina historia de Enfermería. Camel, (1982).

La enfermera obtiene información acerca del paciente, de su salud, respuestas a enfermedades, factores socioculturales, carencias y prácticas de la salud, patrones de conductas y actividades diarias. Una valoración de enfermería difiere de la historia clínica médica en que se enfoca al significado de la enfermedad, la hospitalización del paciente y a la familia como base para planear.

Los objetivos de esta valoración son identificar los patrones de salud y de enfermedad del paciente, la presencia de factores de riesgo en problemas de salud física y del comportamiento, cualquier desviación de la normal y los recursos de adaptación disponibles del paciente. Existen modelos y esquemas de enfermería que guían la obtención de datos con herramientas de valoración estructuradas.

Un ejemplo es el esquema de cómo son los patrones funcionales de salud.

1. Patrón percepción de la salud- manejo de la salud. Describe el patrón que percibe el paciente acerca de la salud, bienestar y como se maneja.
2. Patrón nutricional- metabólica. Describe los patrones de consumo de alimentos y bebidas relacionados con las necesidades y los patrones indicadores del suministro local de nutrientes.

3. Patrón de eliminación. Describe los patrones de la función excretora (intestino, vejiga y piel).
4. Patrón de actividad- ejercicio. Describe los patrones de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreación.
5. Patrón cognoscitivo - perceptual. Describe el patrón sensorial-perceptual y cognoscitivo.
6. Patrón de sueño- descanso. Describe los patrones del sueño, el descanso y el relajamiento.
7. Patrón de percepción de sí mismo- concepto de sí mismo. Describe el patrón del concepto de sí mismo y las percepciones de sí mismo.
8. Patrón de desempeño de vínculos. Describe el patrón de desempeño de compromisos y vínculos.
9. Patrón de sexualidad- reproductividad. Describe los patrones del paciente de satisfacción e insatisfacción con respecto a la sexualidad; describe los patrones reproductivos.
10. Patrón de conducta- estrés- tolerancia. Describe los patrones generales de conducta y eficacia del patrón en términos de tolerancia al estrés.
11. Patrón de valores – creencias. Describe los patrones de los valores, creencias (abarca las espirituales), o metas que dirigen las opciones o alteraciones.

Las formas de valoración de Enfermería ayudan a la enfermera a conseguir datos acerca del comportamiento funcional y disfunciones. Por lo tanto, al utilizar un esquema para analizar datos, las enfermeras son capaces de distinguir la presencia de nuevas alteraciones.

2.5.1 Propósito de la Valoración

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería y abarca el conseguir y verificar datos. Con el fin de identificar las alteraciones del paciente.

El propósito de valorar es establecer una base de datos acerca de la salud del paciente con la inclusión de problemas actuales y potenciales. Las enfermeras son fundamentalmente responsables del diagnóstico y de los cuidados de la salud del paciente en las áreas de salud y de vivencia diaria.

El término datos abarca toda la información relevante acerca del paciente. Consiste en información, hechos, incluyendo la fortaleza y necesidades del paciente.

Base de datos (o los datos de línea básica) consiste en la información disponible acerca de un paciente; abarca el Historial Médico y el examen físico, la valoración por la enfermera, el material con que contribuya todo el personal de salud.

La obtención de datos es el proceso de conseguir información alrededor del estado de salud del paciente. Esta actividad debe ser sistemática y continua. El hacerlo sistemático puede impedir en gran manera la omisión de datos significativos, y el hacerlo en forma continua mantiene el flujo de datos, lo que refleja los cambios en la salud del paciente.

Valorar involucra la participación activa del paciente y de la enfermera. El paciente puede ser uno o más individuos, una familia o hasta una comunidad. Tanto la enfermera como el paciente entran en una interpelación

con información específica y experiencias previas que influyen sus percepciones e interpretaciones.

2.5.2 Otros Registros y Reportes

Otros registros y reportes también pueden proporcionar informaciones pertinentes de la salud. Los datos de laboratorio confirman o colocan en conflicto los hallazgos de la enfermera durante su valoración. Cuando los datos del laboratorio se oponen, la enfermera debe conseguir más datos para verificar sus hallazgos; las enfermeras realizan pruebas específicas, por ejemplo, análisis de orina y pruebas sanguíneas de rutina.

Para la enfermera que conduce una valoración también pueden ser de ayuda otros registros y reportes como el reporte de una Institución social sobre las condiciones de vida del paciente o un reporte sobre el comportamiento del paciente en su casa.

Métodos para la obtención de datos

Los principales son: la observación, las entrevistas, consultar y examinar, son las principales actividades de las enfermeras durante las fases de valoración para obtener el Historial de enfermería. El interrogar durante la fase de valoración es el principal Método que se utiliza en el examen de salud físico.

2.6 Programa Educativo

Es imperativo comenzar esta investigación definiendo términos que en primera instancia pudieran parecer muy sencillos, pero que al mismo tiempo constituyen la base para dar inicio al estudio continuo de enfermería. El aprendizaje es la "acción y efecto de aprender algún arte u oficio, tiempo que en ello se emplea. Primeros ensayos de una cosa."

El aprendizaje es un término que va mucho más allá, mucho más amplio, se considera como una característica esencial del ser humano. El hombre tiene la habilidad de aprender en todas las situaciones de su vida (en el hogar, la universidad, el ambiente de trabajo; es decir en todas las situaciones donde se encuentre por lo tanto queda claro que el proceso de aprendizaje no está restringido a una situación o ambiente particular.

Tradicionalmente las definiciones de educación afirman que es el aprendizaje organizado y estructurado dentro de una situación escolar institucionalizada. Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1978) señala que:

“La educación es el proceso o conjunto de actos, por los que un grupo social o institución se constituye en un ambiente suscitador de experiencias (contenidos diversos: conocimientos, hábitos, apreciaciones.) en los sujetos que, al liberar así tendencias activas o potenciales, las transforman en disposiciones de conducta y se convierten en miembros, según el modelo de valores, de esa sociedad o institución”. Pág. 96

La misma organización en fecha más reciente la define de la siguiente forma, OPS (1990)

“El concepto educación siempre supone un cambio, una transformación de lo que es (A) hacia lo que debe ser (B). No se trata solamente de alcanzar (B); más bien se trata que, en realidad, el proceso direcciona la acción.

“Las dos definiciones descritas, permiten asumir a la educación” como un proceso organizado que se da en un ambiente determinado y donde ocurre una transformación desde A hacia B.

Castrejón, J. y Ángeles, O. (1974), p. 23 señalan que: “El ser humano se distingue de los otros seres vivos por el hecho de que debe recibir de su medio las técnicas para vivir y sobrevivir, que ni el instinto ni la naturaleza le otorgan, y por ello está obligado a aprender constantemente”.

Según esta afirmación puede decirse que el hombre es por naturaleza educable. Podría generarse entonces una nueva definición desde el punto de vista de la teoría de sistemas, aplicando los fundamentos de Sistemas de Juranovic, (1988). Esta definición propuesta considera a la educación como un proceso en el cual un individuo o grupo de individuos, quienes representan los insumos o entradas (inputs) se transforman, a través de adquisición de conocimientos y experiencias en nuevos recursos de valor superior, convirtiéndose en el producto intermedio o final, llamado universalmente (outputs), proceso que tiene la característica particular de ocurrir de manera natural.

De acuerdo al contexto donde se aplique y el fin que persiga este proceso educativo puede adoptar diferentes matices o denominarse de distintas formas:

Así, se entenderá por Formación; al proceso educativo que requiere subrayar el aspecto axiológico: desarrollo de un hombre en la sociedad conforme a valores espirituales. Por Instrucción se entenderá; el proceso educativo que persigue transformar al individuo y convertirlo en un recurso de valor superior a través del caudal de conocimientos adquiridos. Si los contenidos o experiencias consisten en características profesionales o técnicas, se puede hablar de Capacitación, más aún si esta se vincula de manera directa con el trabajo que el sujeto cumple.

El Entrenamiento; es el proceso educativo, sistemático y organizado, mediante el cual las personas aprenden conocimientos actitudes y habilidades, en función de objetivos definidos; Implica transmisión de conocimientos específicos relativos al trabajo. Chiavenato, (2000) p. 557 afirma que: "Es el acto de aumentar el conocimiento y la pericia de un empleado para el desarrollo de determinado cargo o trabajo".

Debido a la similitud en la definición operativa de estos conceptos, Capacitación y Entrenamiento, en este trabajo se emplean como sinónimos.

2.7 Educación Continua o Permanente

Siguiendo en el recorrido del análisis del término Educación, - unitario pero múltiple-, si lo que se destaca en el proceso educativo es el carácter actualizador, el hecho de que el proceso no culmine, sino que sea necesario experimentarlo continuamente, hacerlo duradero, se habla entonces de "educación permanente".

En tal sentido, Amán (1999) manifiesta que:

El concepto de educación continua, tal como está siendo usado en este trabajo, explica la relación entre aprendizaje y educación y hace que ésta última responda a la necesidad de un proceso permanente de asimilación de nuevos conocimientos y experiencias, a fin de brindar una continua apertura hacia nuevas situaciones e incrementar la habilidad de la personas para guiar su destino profesional en sus propias manos.

Es válido recalcar que la noción de continuidad del proceso educativo no es nueva. Hace varios años Castrejón y Ángeles (1974), escribieron:

"La educación en su conjunto debe consistir en un proceso de adaptación de individuo al mundo en que vive. Pero como el mundo está en evolución constante, y dado que el individuo es uno de los agentes potenciales de la evolución, ese proceso debe ser continuo, porque la adaptación no es un resultado que se obtiene de una vez por todas".

En la actualidad, se puede inferir que es el Conjunto de alternativas educativas centrado en el desarrollo de grupos; de profesionales sea a través de cursos y actividades de carácter complementario y sistematizado o publicación y diseminación de temas específicos de un determinado campo de conocimiento".

Puede apreciarse como desde mediados del siglo pasado, sin dejar de reconocer aún mayor antigüedad, hasta hoy la educación continua o permanente del hombre es una de las preocupaciones más importante en el mundo, una de las tareas de más alta responsabilidad para la mayor parte de las sociedades.

Para Garzón (1994):

El concepto de educación permanente rebasa hoy con amplitud las acepciones que hasta hace poco se le atribuían. Tradicionalmente se había empleado para aludir a la práctica de la educación de adultos; pero si bien ese pudo ser su punto de partida se ha venido ampliando, tocando diversos ámbitos de la persona, tales como: aspectos intelectuales, afectivos, estéticos, sociales y políticos de manera de abarcar una visión completa de la acción educativa. (p. 132).

Una de las acepciones que más comúnmente ha estado ligada con este término es que está destinada a ayudar a los miembros de varias profesiones a conocer los nuevos campos de investigación en un área específica, y que generalmente es impartida por casas de estudio o universidades. Está organizada por el estado en los establecimientos de enseñanza pública y en los centros especiales; que debe, ante todo asegurar la promoción profesional y social de los trabajadores y permitir la adaptación de los adultos a las necesidades de cambio de su profesión.

Actualmente, a causa de la complejidad que día a día adquiere la sociedad, está aumentando rápidamente la necesidad de alternar el aprendizaje permanente (informal) con oportunidades educativas intencionales más organizadas. Es precisamente esto lo que da lugar a la definición a la que se quiere llegar en este trabajo, el de la "educación continua o permanente". Referente a la importancia y vigencia de dicha definición, cabe la reflexión hecha por la OPS (1978), la cual dice:

“El sistema convencional de educación demuestra una creciente inhabilidad para satisfacer las aspiraciones de los estudiantes y fracasa en prepararlos para el nivel creativo que desean desempeñar en la sociedad. En un mundo cada vez más tecnológico y burocrático, un cambio hacia una estrategia más integral como podría ser la educación continua, beneficiaría no sólo al individuo sino también a la sociedad”. (p. 17).

Esta comprende una variedad muy amplia de programas, medios, audiencias y proveedores. Los rasgos que caracterizan este tipo de educación son:

- Implica la separación entre profesor/instructor y estudiante/alumno, aplicado a esta investigación médico especialista, médico generalista en espacio y tiempo permitiendo el control voluntario del aprendizaje por la enfermera. Las cuales pueden tener acceso a cursos en cualquier momento, de acuerdo con su horario de trabajo y desde cualquier parte del mundo.
- Comunicación intermitente pero continua entre aprendiz y profesor. (enfermera especialista / enfermera general).

Bien es sabido, que una gran parte de las enfermeras egresados de todos las universidades han aprendido algunos conocimientos, pero una buena parte de estos profesionales quedan incapacitados para la adquisición natural de otros, como vía natural para el mejoramiento profesional; las actitudes ante las responsabilidades sociales se forjan tardíamente en algunos profesionales en el duro combate de la vida laboral. Así aquellos que reciben al término de su carrera completa un título profesional, descubren que las ciencias o las artes de que se ocupan evolucionan rápidamente exigiéndoles nuevos esfuerzos de capacitación. Para afianzar estas afirmaciones, Apps (1.978) opina:

Cualquier profesional perteneciente o integrante a cualquier área del conocimiento necesita ayuda para mantenerse al ritmo de los cambios que se producen en su profesión. A menos que éstos participen en experiencias de educación continua, será inevitable que retrocedan...la educación permanente ayuda a impedir que los profesionales retrocedan. (p. 91).

2.8 Diseño de la evaluación de programas de Formación

Se considera importante ofrecer una guía de los ámbitos que conforman una evaluación de programas educativos, para que se puedan tener en cuenta al proyectar el diseño de un programa de evaluación. Los principales son los siguientes, según Verderese (1995):

- Plazo o alcance: corto plazo (sesiones de formación y programa o modalidad como un todo); largo plazo (efectos sobre la práctica educativa y efectos sobre el aprendizaje del alumnado).
- Técnicas de recogida de información: formales e informales.
- Comunicación de los resultados de la evaluación: oral y escrita.
- Fases o tipos: inicial, formativa, sumativa y demorada.
- Aspectos a evaluar: consecución de los objetivos informales (emergentes), formales (definidos); procesos y dinámicas; materiales de trabajo empleados; contenidos curriculares del programa formativo, entre otros.
- Acción de los agentes de evaluación: interna (participantes); externa (agentes externos) y mixta.

2.9 Técnicas de Inducción y/o entrenamiento.

Por medio de este servicio se logra determinar el perfil ocupacional del aspirante, es decir conocer sus habilidades para desarrollarse en una actividad productiva calificada y/o no calificada. Así también se proporciona orientación vocacional para aquellas personas que no han logrado definir sus intereses ocupacionales.

Expone Zoffoli (2.002), que este servicio amplía las oportunidades para aquellos aspirantes que tengan intereses y habilidades en áreas profesionales que no se ofrecen internamente, ya que efectúa el respectivo análisis ocupacional y determinación del perfil de exigencias, elabora programas individualizados para capacitación en centros regulares, y ofrece asesorías a instructores de centros regulares, seguimiento de capacitación desinstitucionalizada. Organización, orientación y referencia a servicios complementarios de clientes (cultura, deportes, académica) según intereses y aptitud. Abarca el refuerzo en las áreas de autoestima y motivación al logro, entre otros.

2.10 Disciplina Laboral

Con este programa, se garantiza la formación de hábitos y conductas adecuadas para el desempeño eficiente y eficaz de un oficio, por medio de la realización de actividades productivas sencillas como: pegar, cortar, contar, etiquetar, sellar, embalar, entre otras. Se logra así la incorporación de conceptos básicos del campo laboral, horario de trabajo, puntualidad, retardos, permisos, reposos, relación laboral, salario, producción, calidad, supervisor, compañero de trabajo, higiene y seguridad industrial, entre otros, e igualmente se pretende incorporar

conceptos elementales según el oficio, conceptos afines al oficio en el país, control de calidad, micro empresas, entre otros.

2.10.1 Entrenamiento y Capacitación Laboral

Por medio del diseño de plan de atención individualizado acorde con el pronóstico de integración productiva del cliente, familia y comunidad, se ofrece capacitación y entrenamiento en oficios calificados y no calificados. Se proporciona evaluación y seguimiento continuo para garantizar el logro de los objetivos planteados para cada cliente.

2.10.11 Joyce Travelbee Modelo de relación persona a persona en la promoción de la salud.

Representa la relación persona a persona es decir la interacción entre el enfermero/a y el/la paciente, bien sea por encuentro original, indicando la posibilidad y necesidad de desarrollar el encuentro como una relación terapéutica y a medida que el proceso de interacción progresa hacia un acercamiento es indicativo que se ha alcanzado la capacidad para una relación terapéutica.

El encuentro original se caracteriza por las primeras impresiones obtenidas por el enfermero/a sobre la persona enferma y por la persona enferma sobre el enfermero/a es decir que se perciben mutuamente dentro de sus papeles estereotipados; donde surge la fase de revelación de las identidades se caracteriza por la percepción, como individuos únicos. A partir de ella surgen los primeros lazos de la relación.

2.10.11.3 Principales Conceptos y Definiciones

Los siguientes factores son los cognitivo - perceptuales y se definen como mecanismos motivacionales primarios de las actividades relacionadas con la promoción de la salud.

1. Importancia de la Salud: Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.
2. Control de la Salud Percibida: La percepción que tiene el individuo sobre su propia capacidad para modificar su salud puede motivar su deseo de salud.
3. Auto eficacia Percibida: La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible pueda influir en la realización de dicha conducta.
4. Definición de Salud: La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.
5. Estado de Salud Percibido: el encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.
6. Beneficios Percibidos de la Conducta: Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando se consideran que los beneficios de dicha conducta son altos.

2.10.11.4 Supuestos Principales

La salud se considera como un estado altamente positivo. Se considera que el individuo sigue una trayectoria dirigida hacia la salud. La definición de salud para sí mismo, tiene gran importancia, más que un enunciado denotativo general sobre la salud. Las principales visiones de la Enfermería, la psicología, la sociología sobre la salud. La persona es el individuo y el centro del modelo. Cada persona está definida como única por su propio patrón cognitivo - perceptual y sus factores variables. Representado las interrelaciones entre los factores cognitivo - perceptuales y los factores modificantes que influyen en la aparición de conductas promotoras de la salud, desarrollando estos conocimientos a partir de hallazgos de investigación.

El modelo de promoción de la salud, ha sido formulado mediante inducción, empleando las investigaciones existentes para formar un patrón de conocimientos.

2.10.11.5 Aceptación por la Comunidad de Enfermería

El concepto de promoción de la salud es muy popular dentro de la práctica. El bienestar como especialidad de la Enfermería ha tenido su auge durante la última década. La responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la piedra angular de cualquier plan de reforma de los cuidados sanitarios que se lleve a cabo. El coste humano, financiero y ambiental que la sociedad paga por los individuos que no colaboran en la prevención y promoción sanitaria es muy alto. El entendimiento del modo en que puede motivarse a los consumidores para que mantengan su salud personal tiene

una relevancia social cada vez más importante para los encargados de planificar la administración de cuidados sanitarios y para quienes proporcionan dichos cuidados. Como son las enfermeras día a día.

2.10.11.6 Formación

El empleo del modelo de promoción de la salud, ha sido introducido en la formación de Enfermería. La promoción de la salud. Constituye un nuevo énfasis que queda actualmente por detrás de los cuidados dirigidos a la enfermedad, debido a que la formación clínica se enfoca mayormente a los equipos de cuidados de fase de ayuda.

El modelo de promoción de la salud. Constituye principalmente un cuestionario para la investigación. Se han publicado docenas de informes en los que se emplea el modelo y el perfil de estilo de vida promotor de la salud. El modelo tiene implicaciones para su aplicación debido al énfasis que pone en la importancia de la valoración individual de los factores que se cree que influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo de promoción de la salud, es fácil de entender. Su lenguaje es claro y accesible a los Enfermeros/a. Las relaciones entre los diferentes factores de cada grupo están bien establecidas, pero requieren una mayor identificación. Los grupos de factores quedan representados claramente como influencias directas o indirectas mediante un sencillo programa que muestra su asociación. Los factores se consideran independientes, pero los grupos tienen un efecto interactivo que da como resultado la acción.

El modelo tiene un espectro de nivel medio. Es fácilmente generalizable a las poblaciones adultas. Las investigaciones de las que se

deriva el modelo se basan en muestras de hombres y mujeres, jóvenes, ancianos, sanos y enfermos actualmente

El modelo ha sido apoyado por las comprobaciones realizadas para explicar la promoción de la salud. El perfil de estilo de vida promotor de la salud, ha surgido como un instrumento para valorar las conductas promotoras de la salud.

El modelo puede influir, potencialmente la interacción entre la Enfermera (o) y el consumidor. Respondiendo al entorno político social y personal de su tiempo para clarificar el papel de la Enfermería de proporcionar servicios de promoción de la salud a las personas de todas las edades.

La autora este trabajo toma esta Teoría conjuntamente con el Modelo de Promoción de la Salud, por cuanto guarda relación directa con los cambios de conducta que debe adquirir el Profesional de Enfermería en el cuidado de la persona con afecciones renales donde el acercamiento se caracteriza por acciones de enfermería que alivian el sufrimiento de la persona. El enfermero/a y la persona se relaciona como un ser humano con otro ser humano la persona humana muestra fe y confianza en el enfermero/a el cual es capaz de conseguir el acercamiento porque posee los conocimientos necesarios y las actitudes requeridas para ayudar a las personas enfermas y porque es capaz de percibir, apreciar, y responde a la individualidad de cada ser humano enfermo. Además es promotor de salud en aquellos patrones que no están interferidos conllevando a dejarlo plasmado en un registro como es la historia clínica de enfermería que sirve como vaso comunicante para la continuidad de trabajo en los otros turnos que labora en la Unidad de Nefrología del Hospital Universitario de Caracas, de allí la importancia en el llenado, uso y alcance de la elaboración de la historia clínica de enfermería, cuyos datos contribuirán a mejorar la

planificación del cuidado del enfermo renal y a promover los estándares de la salud.

2.11 Bases Legales

Al iniciar la fundamentación legal se consideran como elementos principales los consagrados actualmente en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que en sus artículos:

Artículo 83:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. (Constitución, de la República Bolivariana de Venezuela, 1999).

Artículo 84.

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud de carácter intersensorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, equidad, integridad social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios de salud son prioridad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 85:

El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de

financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las

Universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Código Internacional De Ética

Sancionado en México en 1973. Conceptos Éticos Aplicados a la Enfermería. Son cuatro los aspectos que reviste la responsabilidad de la enfermera: Velar por la salud (crear condiciones sanitarias favorables), prevenir o evitar las enfermedades, restituir la salud y aliviar el sufrimiento.

La necesidad en materia de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o condición social.

Los Derechos Fundamentales del Paciente

En 1973, la Asociación de Hospitales Americanos publicó una declaración, esto es, "Los Derechos Fundamentales del Paciente", con la esperanza de que la observancia de dichos derechos, contribuiría a una atención más eficaz de los pacientes. En forma condensada, la declaración afirma que el 'paciente tiene los derechos de:

1. Una atención considerada y respetuosa;

2. Información al día, completa, de su médico acerca del diagnóstico ,el tratamiento y el propósito en términos que pueda comprender, así como el nombre del médico que se ocupa de su caso;
3. La información del médico que le permita dar un asentimiento informado antes de iniciarse cualquier procedimiento o tratamiento, así como el nombre de la persona que lo habrá de administrar;
4. Rechazar el tratamiento en la medida en que la ley lo permite y saber las 'consecuencias médicas de semejante actitud;
5. Que mantenga el carácter confidencial de su programa de atención médica, incluidos los procedimientos discretos de examen y tratamiento, carácter confidencial en la discusión

Declaración de Derechos de la Enfermería

La declaración de la Asociación de Hospitales Americanos no hace una referencia específica a la enfermera. Tampoco intervinieron enfermeras en su elaboración. Sin embargo, mucho antes de que la Asociación publicara su declaración, la Liga Nacional para la Enfermería de Norteamérica formuló y publicó en 1959 una "Declaración de Derechos del Paciente", que culminó en una declaración intitulada: "Qué es lo que la gente puede esperar del servicio moderno de enfermería". La declaración de la Liga reconoce que la enfermería constituye una parte integrante de toda la atención de la salud e implica que los derechos comportan responsabilidades y que la buena enfermería requiere la cooperación entre el consumidor de atención de la salud y la persona que la proporciona.

La declaración comprende tres supuestos básicos, a saber:

1. La atención de enfermería comprende el fomento de la salud, el cuidado y la prevención de enfermedades o incapacidad la

rehabilitación, e implica tanto la enseñanza, el asesoramiento y el apoyo emocional como la atención de la enfermedad,

2. La atención de enfermería constituye una parte integrante de la atención total de la salud y se prepara y administra en combinación con servicios médicos y educativos.
3. El personal de enfermería respeta la individualidad, la dignidad y los derechos de todas las personas, independientemente de su raza, color, creencia, origen nacional o su posición social o económica.

RECOMENDACIONES

Los profesionales de enfermería deben mantener un registro continuo de los cuidados brindados al paciente y de cómo ha sido el comportamiento del mismo ante la enfermedad.

Implementar la Historia Clínica de Enfermería permite tener en el Servicio de Nefrología y Transplante Renal un aporte de información valiosa que puede ser utilizada por todos los miembros del equipo de salud.

Los profesionales de enfermería deben tener una planificación de educación continua en servicio a través de un programa educativo.

La educación en el servicio debe ser organizado el cual se debe de dar en el Servicio de Nefrología y Transplante Renal para que se produzca una transformación y por ende un cambio por ser el hombre por naturaleza educable.

El uso de La Historia Clínica de Enfermería le facilita al profesional de enfermería determinar la calidad y la cantidad de los cuidados dispensados a las personas enfermas.

La Historia Clínica de Enfermería como registro legal capacita al profesional de enfermería para establecer una relación de persona a persona consiguiendo el propósito de enfermería en el proceso de comunicación

CONCLUSIONES

Los cuidados que brindan los profesionales de enfermería en cualquier marco dependerán del plan de cuidados y de que exista un informe correcto, completo con el respectivo registro de datos precisos. Con informes y documentación eficaz, se logra un elevado nivel de comunicación, que ayuda a que los miembros del equipo de salud compartan opinión, diferentes criterios acerca de las necesidades del paciente y de cómo satisfacerlos.

Los profesionales de enfermería proporcionan cuidados y son quienes mantienen mayor contacto con los enfermos, por consiguiente es de vital importancia la utilización de los principios científicos en los registros como lo es la Historia Clínica De Enfermería haciendo la prestación del servicio en forma segura y eficaz, además de ser un documento legal por medio del cual se registra el cuidado, la asistencia, las pruebas diagnósticas, la elección de tratamiento y la respuesta del paciente frente a la enfermedad instaurada

La Historia Clínica, permite mantener disponible y de manera continua el cuidado y la asistencia brindada en otras oportunidades al paciente cuando éste vuelve nuevamente al hospital.

Los profesionales de Enfermería cuando más conocen sobre los cuidados de un paciente, tienen la mejor capacidad para prestar asistencia de alta calidad a través del registro, como lo es La Historia Clínica, la cual permite dar asistencia de forma continua dentro de turno en turno y de día en día.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altrudi, R. (2002). **Educación Asistencial a Distancia**. Colombia: Editorial Prentice Hill.
- Amán C.A. (1999). **La Educación Recurrente. Una estrategia para el aprendizaje permanente tendencias y problemas**. Editorial Kapeluz. Buenos Aires. Nuevos rumbos en Pedagogía.
- Apps, J. (1978) **Problemas de la Educación Permanente**. Buenos Aires. (Argentina). Editorial Paidós.
- Armas de Bujanda, A. (2000) **Hospitales**. Caracas Postgrado Gerencia Servicios de Salud. UCAB.
- Balderas P., (1976) **Administración de los servicios de Enfermería**, UMSNH, México.
- Barret, (1973) **La Enfermera Jefe** Nva. Ed. Interamericana, 2a. ed., México.
- Beltrán J. ,J. (1998) **Indicadores de Gestión. Herramientas para lograr la Competitividad**. Bogotá. 3R Editores.
- Bernal, C. (2000) **Metodología de la Investigación para Administración y Economía**. Colombia. Prentice Hill.
- Brito, P. (s/f). **Educación a distancia: Conceptos, Métodos y Tecnologías**. Ponencia presentada en el III Seminario Nacional sobre Certificación, Recertificación y Educación Médica Continua, Lima, Perú.
- Castrejon J. Angeles , O (1.974) **El aprendizaje** nueva ed. Interamericana 2da ed. México.
- Camel, F. (1.982) **Estadísticas de Salud Pública y Planificación de la Salud. Mérida**, (Venezuela). Talleres Gráficos Universitarios.
- Código Internacional de Etica (1.973) **Conceptos éticos aplicados a la Enfermería** Nueva Ed. Interamericana. 3era. Ed. México
- Canales de, F. H., Alvarado de , E.L. y Pineda E.B. (1993) **Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud**. Organización Panamericana de Salud. Oficina

Regional de la Organización Mundial de la Salud. Imprenta Universitaria de la Universidad Central de Venezuela. 16- 27 de Junio de 1993.

Chiavenato, I (2.000) **Gestión del talento Humano**. Buenos Aires (argentina). Editorial Mc Graw Hill

Fenafee, A.C. (1981). **Perfil de la Enfermería en México** (trabajo presentado en la segunda reunión de la FENAFEE, A.C. en Villahermosa.

Garzon A., , (1994). **Organización y Desarrollo de un Programa de Adiestramiento en Servicio para Ayudantes de Enfermería** (material complementario del programa de educación en servicio), IPN, México.

Gaceta Oficial N° 453 **Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela** (19-12 2.000)

Hernández Sampieri, Fernández Collado, C. y Baptista L. (1.998). **Metodología de la Investigación**. Colombia. Editorial Mc Graw Hill.

Juranovic, M. R. (1988). **Fundamentos de Sistemas y Sistemas de Información Gerencial**. (Décima edición). Caracas-Venezuela. Ediciones.

Kron, T. (1993) **Manual de Enfermería**, Nueva Editorial Interamericana. Nueva Editorial Interamericana. México.

Landauer, (1992). **Aspectos del Cuidado Integral de Enfermería**, México.

Marriner, F: (1998). **Teorías de Enfermería**. Colombia: Editorial Mc Graw Hill. 3ra. Edición.

Organización Panamericana de la Salud (1978). **División de Recursos Humanos e investigación. Educación Continua. Guía para la organización de programas de educación continua para el personal de salud**. Serie de Recursos Humanos N° 29.

Organización Panamericana de la Salud (1996). **Balance y Futuro. Conferencia Interamericana de Educación a Distancia del Personal de Salud**: División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Programa de desarrollo de Recursos Humanos.

Organización Panamericana de la Salud, División de desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Grupo de Trabajo sobre Evaluación de la Capacitación

en Salud.. **El desafío educativo de las reformas sectoriales: Cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud.** Buenos aires. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos.

Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. (1990). **Educación Permanente del Personal de Salud en la Región de la América. Serie de desarrollo de Recursos Humanos. N° 86.**

Verderese, María de Lourdes (1995). Las Nuevas dimensiones de la Función de la Enfermera en la Prestación de Atención Primaria de la salud.

Zoffoli, E. (2002). **Evaluación de la atención de enfermería.** México: Editorial prentice Hill.

ANEXOS

DIAGRAMA DE GANTT

Actividad	Semanas							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Organizar el material de apoyo para completar construcción del Marco Teórico.	X							
2 Elaboración de instrumento para recolección de la información.		X						
3 Detección de fallas en el uso de la historia clínica.			X					
4 Diseño del plan de acción para la elaboración del programa educativo.				X				
5 Determinar los objetivos (generales y específicos) del programa educativo, así como la misión, visión y políticas del mismo.					X			
6 Realizar reuniones con personas expertas en la realización de programas educativos.						X		
7 Diseño y Aplicación del Programa Educativo.							X	
8 Medir los resultados obtenidos en la aplicación del programa educativo y la elaboración del informe final.								X



PACIENTE

apellidos _____ nombre _____ edad _____

fecha nacimiento _____ nº seguridad social/tarjeta sanitaria _____

ENFERMERA/O

apellidos, nombre _____

servicio _____ fecha _____

nº historia clínica _____

ubicación h. general h. provincial h. materno infantil h. los morales consulta externa
planta _____ cama _____ consulta ext nº _____

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

motivo de ingreso _____

diagnóstico médico _____

procedencia urgencias programado traslado otros _____

NECESIDAD DE OXIGENACION

sistema respiratorio

sin alteración observada tos seca
 disnea de esfuerzo tos productiva
 disnea de reposo

sistema circulatorio

sin alteración observada edemas
 palpitaciones dolor precordial
 entumecimiento marcapasos
 extremidades frías

observaciones _____

NECESIDAD DE NUTRICIÓN

sin alteración observada

dificultad

para la masticación prótesis

para la deglución

intolerancia a la ingesta sonda

náuseas

observaciones _____

vómitos

alteración del peso por exceso por defecto

necesita ayuda

dieta especial

n. enteral

n. parenteral

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

urinaria

sin alteración observada
 incontinencia siempre ocasional
 retención
 disuria
 coluria
 hematuria
 sonda vesical tipo _____ nº _____
fecha _____

intestinal

sin alteración observada
 frecuencia
 estreñimiento
 diarrea
 incontinencia siempre ocasional
 acolia
 rectorragia
 melena
 ostomía se autocura necesita ayuda

observaciones _____

NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN

actividad/movilidad

completamente independiente
 requiere el uso de un equipo o dispositivo
 requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza letárgico
 requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo o equipo inconsciente/comatoso
 dependiente

estado de consciencia

consciente
 desorientado temporal espacial

observaciones _____

NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

patrón de sueño _____ sueño discontinuo insomnio necesita ayuda/medicación

observaciones _____

NECESIDAD DE VESTIRSE/DESVESTIRSE

autonomía ayuda parcial ayuda total

observaciones _____

REGISTRO DE ENFERMERÍA



