

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

VALOR DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DE
LOS SERVICIOS DE GUARDIA



Enf. DE LERA JAVIER Mat.: 534
Enf. FLORES ADRIAN Mat.: 1058
Enf. JURADO NORA Mat.: 940

A handwritten signature in blue ink, located to the right of the list of names.

JULIO 2003

*Aprobado
Lery Bravo + +*

TRABAJO FINAL PARA OPTAR EL GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo y del Ministerio de Desarrollo Social y Salud y la misma no podrá ser publicada en todo o en parte o resumirse, sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y/o Autor/es del Trabajo.

Investigación Aprobada :

Integrantes del Tribunal Examinador :

Fecha : -----

PROLOGO

La documentación de las actividades enfermeras engloba en esencia la capacidad de responder a múltiples usos. Cumplirá su finalidad en la medida que reflejen la realidad fiel y objetivamente, y ante todo promueva la acción continua.

Para ello es fundamental que la información fluya apropiadamente entre los distintos componentes del sistema institucional, especialmente entre los eslabones que con sus cuidados profesionales directos bregan por la salud del paciente: el personal de enfermería.

Empezando por los servicios de guardia, dónde enfermería verifica la primera atención/observación al cliente, razón suficiente para elaborar desde ese momento registros de enfermería que atestigüen lo que verdaderamente se ha hecho, y de este modo actúen como instrumentos de comunicación eficientes entre los enfermeros de los distintos servicios por los que pasa el paciente desde su ingreso a la institución.

La experiencia práctica como enfermeros de hospitales públicos no revela que esta rutina común –documentación- no es practicada por los enfermeros de los servicios de guardia en forma o instrumentos administrativos adecuados.

Desconoce el personal de enfermería de estos servicios el valor y utilidad del registro de sus propias acciones para el paciente, para si mismos, para otros miembros del equipo..?

La búsqueda de respuestas a estos planteos y similares representan el objetivo de este proyecto.

Los autores desean reconocer públicamente su agradecimiento a las personas que de una u otra manera con su colaboración hicieron factible la materialización de este proyecto:

FERIOZZI, Sandro
GOMEZ, Emma
HERRERA, Nidia
MOREIRA, Daniel
PERALTA, Isabel
TURNBULL, Cristina

INDICE

INDICE TEMATICO

PROLOGO.....	IV
INTRODUCCION.....	1
PROBLEMA.....	2
FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA.....	3
PROPOSITOS.....	4
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEORICO.....	6-18
DISEÑO METODOLOGICO.....	19-21
PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.....	22-23
SUGERENCIAS LIBRES.....	57
CONCLUSIONES.....	58-59
RECOMENDACIONES.....	60-61
ANEXOS.....	62-78
BIBLIOGRAFIA.....	79-80

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

DE ENTRADA SIMPLE:

1)-RESPUESTA AL CUESTIONARIO.....	24-25
2)-AÑOS DE DESEMPEÑO COMO ENFERMERO DE LOS SERVICIOS DE GUARDIA (E.S.G.).....	26-27
3)-FORMACION ACADEMICA DE LOS E.S.G.....	28
4)-HORARIOS HABITUALES DE TRABAJO DE LOS E.S.G.....	29
5)-INSTRUMENTO ADMINISTRATIVO EMPLEADO EN LOS SERVICIO DE GUARDIA (S.G.) PARA REGISTRAR LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EFECTUADAS AL PACIENTE QUE ES DERIVADO A INTERNACION.....	30
6)-CONFORMIDAD POR LOS INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS EMPLEADOS ACTUALMENTE EN LOS S.G. PARA REGISTRAR LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EFECTUADAS AL PACIENTE QUE ES DERIVADO A INTERNACION.....	31-32
7)-RAZON FUNDAMENTAL POR LA QUE NO SE HA CREADO UN FORMATO APROPIADO DE REGISTRO ENFERMERO EN LOS S.G.....	33
8)-NECESIDAD DE DISPONER DE UN ESPACIO PROPIO EN LA HISTORIA CLINICA (H.C.) DE GUARDIA DONDE REGISTRAR LAS ACTIVIDADES ENFERMERAS REALIZADAS AL PACIENTE QUE ES INTERNADO.....	34
9)-MOTIVOS DE LA NECESIDAD DE DISPONER DE UN ESPACIO PROPIO EN LA HISTORIA CLINICA (H.C.) DE GUARDIA DONDE REGISTRAR LAS ACTIVIDADES ENFERMERAS REALIZADAS AL PACIENTE QUE ES INTERNADO.....	35

10)-MOTIVOS POR EL CUAL LOS E.S.G. NO CREEN
NECESITAR UN ESPACIO PROPIO EN LA H.C. DE GUARDIA
DONDE REGISTRAR LAS ACTIVIDADES ENFERMERAS.....36

11)-VALOR DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA PARA LOS
E.S.G.....37

12)-CONFORMIDAD POR LA UTILIZACION DE FORMATOS
ESTANDARIZADOS DE REGISTROS ENFERMEROS EN LOS
S.G.....38

13)-INTERES EN CONOCER LAS CONCLUSIONES FINALES
DEL PROYECTO DE INVESTIGACION.....39

14)-BENEFICIARIOS MAS IMPORTANTES DE LOS
REGISTROS DE ENFERMERIA EN LOS S.G.....40-41

DE ENTRADA DOBLE:

1)-RESPUESTA AL CUESTIONARIO CON HOSPITAL DE
ORIGEN.....42-43

2)-PROPOSITO FUNDAMENTAL DE LOS REGISTROS DE
ENFERMERIA SEGÚN PRIORIDAD.....44-45

3)-DATOS FUNDAMENTALES QUE DEBEN CONTENER LOS
REGISTROS DE ENFERMERIA DE LOS S.G. SEGÚN
IMPORTANCIA.....46-48

4)-TURNOS HABITUALES COMO E.S.G. CON CONFORMIDAD
POR LA UTILIZACION DE REGISTROS ENFERMEROS
ESTANDARIZADOS EN LOS S.G.....49-50

5)-AÑOS DE ANTIGÜEDAD COMO ENFERMEROS DE LOS
S.G. CON VALOR QUE REPRESENTAN LOS REGISTROS DE
ENFERMERIA.....51-53

6)-FORMACION DE LOS E.S.G CON INTERES POR CONOCER
LAS CONCLUSIONES DEL PROYECTO DE
INVESTIGACION.....54-56

INTRODUCCION

La ausencia de documentación enfermera en las historias clínicas de los servicios de internación, sobre las actividades efectuadas al paciente en urgencias, nos motivó a investigar el valor asignado por los enfermeros de los servicios de guardia a sus propios registros.

Con el fin de alcanzar una valoración integral, se abordó la situación a través de un estudio cuanti-cualitativo, tomando como referencia los servicios de guardia de cuatro instituciones públicas de nuestra provincia: Central, Luis Lagomaggiore, Néstor Lencinas y Diego Paroissien.

Bibliografía consultada en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas (F.C.M) de la Universidad Nacional de Cuyo (U.N.C.) sumada a las apreciaciones profesionales propias y de nuestros pares, nos permitieron conformar el marco teórico que fundamentó la necesidad de implementar formas de registros de enfermería adecuados a sus propósitos primarios.

Se planteó una hipótesis inicial que los autores de este trabajo consideraron causa importante del origen de esta problemática, y fue la encuesta, el método de elección para corroborarla.

Los resultados y análisis de los datos desprendidos de la misma, se pueden apreciar a través de las tablas y los gráficos representativos, seguido de las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

En el apartado ANEXO, se ofrecen con detalle extensivo los procedimientos (autorización, presupuesto, tiempo) e instrumentos empleados para la recolección de datos.

PROBLEMA

En el transcurso de la práctica de la licenciatura de enfermería en los hospitales LUIS LAGOMAGGIORE, CENTRAL y DIEGO PARÓISSIEN se observó en las historias clínicas de los pacientes internados e ingresados por la guardia, la ausencia de información independiente relativa a las intervenciones de enfermería en estos servicios. Paradójicamente la información registrada corresponde exclusivamente a la actividad médica.

¿Por qué no existe en internación, documentación de las actividades de enfermería efectuadas al paciente en los servicios de guardia?

FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

La información sobre las actividades de enfermería que reciben los servicios de internación de los pacientes derivados desde la guardia es, en general, prácticamente escasa o inexistente.

Aún siendo que la mayoría de las veces, son los enfermeros los agentes del equipo de salud con los cuales el cliente tiene el primer contacto en el establecimiento.

Actividades como preparar y colocar medicación prescripta, realizar una curación plana, controlar los parámetros vitales, participar activamente en resucitación cardiopulmonar (R.C.P.), efectuar un electrocardiograma (E.C.G.), etc. forman parte de la rutina enfermera en estos servicios. Sin embargo estas acciones y en especial las observaciones inherentes a ellas (reacciones adversas y efectos positivos de la medicación, características de la herida, estado general, respuesta a las maniobras de urgencia, detección de anomalías, etc.) no son documentadas de manera apropiada por el personal de enfermería. Muchas veces, solo datos fragmentados de su perspectiva profesional es lo que suele atestiguar su accionar.

Registrados en formas administrativas, adaptadas tal vez, a las necesidades organizativas del servicio (cuaderno de novedades/prestaciones) pero no del paciente, por que esa información detallada y generada del esfuerzo propio, en general, no acompaña al paciente derivado a los servicios de internación y mucho menos en informes de enfermería independientes del hacer médico.

Y merecen registrarse, por que la atención en salud debe ser continua, metódica y coordinada; ya que determinan, en parte, los pasos subsiguientes a implementarse (cuidados enfermeros de otro sector, acciones de otros profesionales) para restablecer o conservar la salud del cliente.

PROPOSITO

Concientizar al personal de enfermería de los servicios de guardia de los hospitales públicos sobre la importancia y necesidad de contar con un espacio propio en la historia clínica donde poder registrar las actividades profesionales efectuadas al paciente que es internado.

OBJETIVO GENERAL

Determinar a través de un estudio descriptivo-analítico, el valor que le dan los enfermeros de los servicios de urgencia a los informes de enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ***Definir dónde se registran actualmente las prestaciones de enfermería en los servicios de guardia***
- ***Definir el propósito fundamental de los registros de enfermería de los servicios de urgencia***
- ***Enumerar los elementos necesarios que deben poseer los registros de enfermería de la guardia***

MARCO TEORICO

QUE SON LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

Los registros son anotaciones que sirven para informar, es decir, enterar, dar noticia de algún suceso o situación a terceros. Para nosotros como enfermeros es un instrumento de suma importancia porque representan una ***“anotación por escrito que indica el trabajo concluido y los trabajos de enfermería resueltos”***(1) y también ***“refleja la evolución del paciente, planteamiento del cuidado y la continuidad de la atención de enfermería”***(2).

En general los pacientes que ingresan por guardia y luego pasan a internación presentan problemas de salud que no pueden resolverse tan rápidamente como uno desearía, suelen ser complejos y necesitan de una mayor atención, sistemática y progresiva. En este sentido, es en estos servicios dónde reciben la primera asistencia de enfermería que posteriormente se prolonga en los pabellones de internados.

Los servicios de urgencia configuran la mayoría de las veces el punto de encuentro del usuario con la institución, transformándose esta situación en la primera oportunidad que tiene el personal de enfermería *—además de actuar—* de recabar datos preliminares (observaciones de enfermería sobre el estado del paciente como también actividades propias y las que se desprenden de las prescripciones médicas) que sean significativos para su futuro tratamiento y redunden en su provecho; en definitiva el primer beneficiario de la información registrada.

Es necesario que reúna en su esencia datos básicos tanto del paciente como el responsable de su atención y reflejen verdaderamente lo que se ha hecho y observado, ya que canalizan una síntesis de la atención proporcionada al paciente y su respuesta a los cuidados suministrados.

1)- T. KRON, “LIDERAZGO Y ADMINISTRACION DE ENFERMERIA”, 5º Edición en español, 1985 – editorial INTERAMERICANA - Miembro del grupo consultor de la OZARK FOOTHILLS HOME HEALTH POPLAR BLUTT, MISSOURI.

2)- NORMA 56, “PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA”, NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE ENFERMERIA EN ESTABLECIMIENTO DE ATENCION MEDICA – RESOLUCION MINISTERIAL N° 194/

PROPOSITOS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

La naturaleza fundamental de los registros de enfermería es transmitir información, sin embargo late en ellos la posibilidad de convertirse en instrumentos de crecimiento (exploración) y desarrollo (expansión) de la Praxis enfermera.

A continuación se amplían los aspectos más significativos de los registros de enfermería en general:

PROPORCIONAR MEDIOS DE COMUNICACION

La capacidad de emitir, recibir e interpretar un mensaje se denomina comunicación, arte que los enfermeros debemos cultivar y manejar a la perfección en todas sus expresiones (verbal y escrito). Para lograr un entendimiento claro, no sólo ante la comunidad sino también entre sus pares y el contexto interdisciplinario en que se desenvuelve.

A través de los informes escritos todos los profesionales (enfermeros, sicólogos, médicos, asistente sociales, etc.) que asisten al paciente, pueden comunicar lo que hacen y a su vez reciben, desde perspectivas diferentes, los beneficios de la información proporcionada por los demás sobre necesidades emergentes del paciente, y las sugerencias correspondientes para resolverlos. Al respecto el Código de Etica de la federación Panamericana de profesionales de enfermería refiere: ***“la atención multidisciplinaria que se presta en los servicios de salud, exige que los datos relacionados con la salud del paciente y la familia se registren en documentos (fichas, formularios, etc.) para la consulta de los miembros del equipo de salud”***(3).

Así, la información – conjunto de conocimientos o noticias que existen o se pueden obtener acerca de una situación determinada- sea en forma de: evolución diaria, interconsulta de especialidades, tratamientos diagnósticos, resultados clínicos. , Etc. se transforma en una fuente de datos disponible para la consulta inmediata y al alcance de todos. Pues no solo es fundamental disponer de buena información, esta debe fluir con dinamismo y sin dificultad entre los integrantes del equipo interdisciplinario.

Y por extensión, se potencia la enseñanza, ya que cada disciplina identifica y observa lo realizado por los demás profesionales del equipo que de alguna manera se relacionan con el cliente.

PROPORCIONAR DIFERENTES TIPOS DE INFORMACIÓN

La recogida de información debe ser ágil pero continua mientras persista la relación del personal de enfermería con el paciente (aunque sea un lenguaje paraverbal del paciente: movimientos, posturas, expresiones

(3)- CODIGO DE ETICA: *En relación al trabajo de equipo (2.2)- 1984. (OBRA CITADA)*

faciales, o todo lo que pudiera ser de relevancia para una actuación oportuna en el momento y una planificación acertada de las actividades enfermeras en encuentro breve, como es el caso de los pacientes atendidos en los servicios de guardia). Además de ejecutar ordenes médicas y propias, La enfermera también debe preguntar, escuchar; y asimismo, estar pendiente de sala mediante el enfoque de resolución de problemas, "el proceso de atención enfermero" (P.A.E.).

los datos pueden obtenerse de la fuente primaria que es el cliente y complementarse con datos de fuentes secundarias cuando este no puede participar (inconciente) o se precisa información adicional, por ejemplo la persona que lo acompaña al servicio de urgencias.

La información obtenida contendrá:

INFORMACION SUBJETIVA: Observaciones y comentarios del paciente (lo que dice) Ej.: El paciente refiere.... **"me duele mucho el corte"**.

INFORMACION OBJETIVA: Observaciones sensoriales de la enfermera sobre el aspecto, conducta, signos del cliente, (es decir lo que la persona ve, oye, siente y capta de algún modo).Ej.: **"la enfermera observa una herida profunda de bordes regulares y limpios en el miembro superior derecho, a la altura del antebrazo"**.

VALORACION: Interpretación y evaluación de la información formulando el diagnóstico presuntivo (o sea cual es el problema actual).Ej.: **"Dolor punzante en miembro superior derecho relacionado con herida cortante"**.

PLAN: Las decisiones a ejecutar (es decir lo que debe hacerse).Ej. **"limpieza de la herida con agua oxigenada y curación plana con Pervinox"**.

PROPORCIONAR UNA GUIA PARA LA SUPERVISION

"...La existencia del registro de la información y las normas, son la base para poder realizar auditorías, y esta la que nos permitirá ir hacia el mejoramiento de la atención del paciente"(4).

Un medio de supervisar la actividad de enfermería en retrospectiva es a través de las auditorías periódicas. Las auditorías de enfermería son una forma de control que se basa en la revisión crítica de registros de la actividad asistencial y los protocolos y procedimientos por los que se ordena la misma, lo que permite efectuar una evaluación del trabajo realizado tal como quedo descrito en los registros.

4)- BIGNAMI ALBA BEATRIZ (graduada de la escuela de enfermería de la secretaría de estado de salud Publica, Cap. Fed.) y OTROS, "PRACTICA DE LA ADMINISTRACION", pag. 46.

Existen organizaciones profesionales de enfermería como la Asociación de Enfermeras Americanas (A.N.A.) que han desarrollada pautas para la administración de los cuidados enfermeros, con la finalidad de garantizar una atención de calidad. La redacción de protocolos se basa en ellos.

Los informes escritos también proporcionan una guía para valorar el desempeño profesional de enfermería. por que la redacción de las notas, además de demostrar lo que se ha hecho y valorar la capacidad de observación, evidencian los conocimientos y cualidades de quienes los escriben, preparación, creatividad e intereses

PROPORCIONAR UNA BASE PARA LA INVESTIGACION ULTERIOR

“Cada enfermero debe promover la investigación en su trabajo, participar en ella y utilizar los resultados”(5).

La documentación proporciona la base para la investigación de enfermería, por que dicha información puede emplearse como fuente de identificación de cuestiones de estudio específicas de la práctica de enfermería, que sobre todo tiendan a mejorar métodos y técnicas que eleven la calidad de asistencia; por ejemplo: ayudando a definir las intervenciones que las enfermeras pueden utilizar en las situaciones de urgencia para mejorar las respuestas/colaboración de los clientes.

La proximidad que los enfermeros alcanzan con estos, facilita o contribuye al acopio de datos significativos que pueden ser útiles para futuros proyectos de enfermería u otras disciplinas relacionadas con el ámbito sanitario.

Sin embargo debemos reconocer que si bien los resultados de la investigación en enfermería contribuyen al crecimiento de bases teóricas y conceptuales propias, no ayudarán a acelerar el ritmo de movimiento de enfermería hacia su condición profesional definitiva, en tanto dichos conocimientos no se apliquen y canalicen hacia la práctica y los contextos del ejercicio (docencia, gestión de servicios).

FORMAS DE REGISTROS DE ENFERMERIA

Existen diferentes formas de registrar las actividades enfermeras, entre ellas el modus operandi tradicional de transmitir información formal, es a través de la palabra escrita.

De esta forma se puede dejar constancia fiel de las acciones efectuadas, y también comunicar lo que vemos, escuchamos, y pensamos.

Los informes bien preparados y organizados son importantes a la hora de corroborar datos, evaluar desempeños y definir los cuidados iniciales suministrados.

5)- Código de etica de la federación panamericana (7.2) (OBRA CITADA)

Además de práctica la información ha de ser sencilla y comprensible **“...en este caso la legibilidad de la escritura es de gran importancia, pero las palabras anotadas lo son aún más...”**(6) por que encierran la facultad de testificar la certeza de lo afirmado.

Se puede emplear un expediente estandarizado para registrar los datos, o directamente transcribiendo en forma ordenada y legible en una hoja en blanco. Aunque esta última forma permite pormenorizar la información, también es cierto que demanda mas tiempo, exige de la enfermera creatividad, poder de síntesis y claridad de redacción.

Los primeros conllevan las siguientes ventajas:

- **LA INFORMACION A RECOGER SE ORGANIZA EN ITEM O SECTORES BIEN ESTABLECIDOS (COLUMNAS, CASILLEROS)** lo cual:
- **FACILITA EL LLENADO Y ECONOMIZA TIEMPO** posibilitando una:
- **LECTURA RAPIDA** y
- **REGISTRO CONCISO DE DATOS ESPECIFICOS (Nombres, tensión arterial)** y por último se evitan omisiones por descuido pues se:
- **TOCAN LOS TEMAS BASICOS** necesarios para obtener un registro completo y veraz.

“...Se entiende que en las planillas..... a utilizar, debe buscarse como en todo procedimiento la mayor simplicidad posible, que sea fácilmente entendible, en primer lugar por quien la debe llenar ya que si no evitaría su uso...”(7). Es decir que la información a recoger además de ser completa para que el personal precedente pueda trabajar con ella en forma segura, debe poder hacerse en forma practica y sencilla. En ANEXO II, se puede apreciar con detalle suficiente un ejemplo de formato estandarizado, diseñado por el enfermero profesional Daniel Moreira para los servicios de urgencia del Hospital Diego Paroissien; sin embargo, por razones estructurales y presupuestarias, su utilización sistemática aún no entra en vigencia.

Si no se cuenta con este tipo planillas, es menester redactar a mano las intervenciones profesionales de enfermería, cumpliendo los siguientes requisitos(8):

- **UTILIZAR FRASES CONCISAS**
- **DOCUMENTAR LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA DESPUÉS DE IDENTIFICAR UN SUCESO QUE EXIGA INTERVENCIÓN**
- **FIRMAR LAS ANOTACIONES PROPIAS**
- **NO SALTAR LAS LINEAS NI DEJAR ESPACIOS EN BLANCO**

6)- T. KRON, pag. 18 y 60. (OBRA CITADA)

7) Bignami Alba, pag. 45 – (OBRA CITADA)

8)- “DOCUMENTACION INTELIGENTE”, NURSING 96, pag. 20-25.

- SER CATEGORICO, EVITANDO TERMINOS VAGOS
- DESCRIBIR CON PRECISION LOS SINTOMAS COMUNICADOS (Utilizar palabras propias del paciente, señaladas entre comillas cuando prestan resultados útiles)
- NO ESCRIBIR CON LAPIZ, UTILIZAR BOLIGRAFO O PLUMA
- ESCRIBIR DE FORMA NITIDA Y LEGIBLE
- NO BORRAR NI TACHAR ERRORES
- NO EMPLEAR SIMBOLOS, TERMINOS MEDICOS O ABSTRACTOS NO ESTANDARIZADOS A MENOS QUE ESTE SEGURO DE SU SIGNIFICADO
- NO CUMPLIMENTE LOS REGISTROS DE OTROS COMPAÑEROS
- DOCUMENTE LOS RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA DEMOSTRAR LA EFICACIA DEL CUIDADO
- DOCUMENTAR EL RECHAZO DEL TRATAMIENTO POR PARTE DE UN PACIENTE Y LAS INSTRUCCIONES QUE LE HA IMPARTIDO SOBRE LAS NECESIDADES DEL MISMO Y POSIBLES CONSECUENCIAS DE SU ACTITUD

No importa la forma que se emplee, lo importante es hacerlo y reconocer que el registro de enfermería es una hoja de trabajo.

Tanto la Ley provincial de la profesión enfermera (6836) que faculta a los enfermeros profesionales a ***"Participar en el diseño, elaboración, organización y control de los sistemas de informes o registros pertinentes a enfermería"***(9) como la ley federal de ejercicio de enfermería (24.004) que autoriza a los mismos a ***"organizar y controlar el sistema de informes o registros pertinentes de enfermería"***(10) deben ser suficiente estímulo para que los enfermeros creen formas de registros adecuadas a las necesidades de cada servicio.

Marriner-Tomey refiere que ***"...un estudio piloto del instrumento podría aclarar los rubros que podrían conservarse o expresarse de otro modo..."***(11), empresa muy útil y práctica a la hora de crear nuevos registros de enfermería.

CONTENIDO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

En general los enfermeros, nos quejamos de que escribir lo que realizamos es solo una pérdida de tiempo, pensamos que no se le presta la atención suficiente y el valor correspondiente, por lo tanto es de poco beneficio para el paciente.

9)- Ley de ejercicio de la profesión de enfermería de la provincia de Mendoza, N° 6836, CAPITULO III, obligaciones y prohibiciones, artic. 9, inciso I.

10)- ley 24.004, reglamento de la, Artic. 3.5 – (decreto 2497)– PODER EJECUTIVO NACIONAL, 1993

11)- Ann Marriner – Tomey, R.N., Dean and Profesor, Indiana State, UNIVERSITY SCHOOL OF NURSING

Tal vez debamos ser más claros y exactos en los informes. Pero también debe entenderse que ahorra esfuerzo a sus compañeras al dejar claro lo que se ha hecho, y evita su duplicación (interrogatorios y exploraciones repetitivas) garantizando con mayor seguridad la asistencia proporcionada. Cuando el enfermero se da cuenta de **“...la importancia de documentar su trabajo, así como el lugar que ocupa dicha documentación en la demostración de sus capacidades ..”**(12) encontrara tiempo suficiente para hacerlo; ya que la gente siempre tiene tiempo para hacer lo que quiere y cree importante.

La enfermera es responsable de la información que debe registrar. Si los problemas que el paciente presenta son fáciles de resolver u abordar, las anotaciones pueden ser sencillas. Otros tienen varios problemas que resultan complejos y multicausales por tanto necesitan recibir mayor atención y asistencia, pero ante todo esta información debe tratar de ser, objetiva y precisa, eliminando todo lo considerado superfluo.

El contenido de los registros de enfermería debe incluir:

1)- Medidas ordenadas por el médico y que ha realizado el personal de enfermería

Ej. Hidratación parenteral (H.P.) Dextrosa al 5% a 8 gotas por minuto y Aminofilina 200mg endovenosa (E.V.) única dosis (indicación médica)

(03:50Hs.) Se realiza H.P. en pliegue de miembro superior derecho (M.S.D.) y se coloca Aminofilina 200mg en suero contracorriente (ejecución de enfermería)

2)- Medidas de enfermería no ordenadas por el médico, pero que la enfermera realiza (en forma independiente) para satisfacer necesidades específicas del paciente.

Ej.: Se explica al paciente lo que se va a realizar (H.P.- INYECTABLE) y lo que sentirá (dolor/molestia/quemazón) durante el procedimiento

Se sugiere conservar el M.S.D. en extensión el mayor tiempo posible (para que pase el suero)

Se aconseja dar parte al personal que lo atiende si siente dolor, irritación en el sitio de punción, sensación de malestar/mejoría general

3)- Observaciones de la conducta del paciente y otras que se consideran de relevancia

Ej. Se observa actitud de calma, el paciente coopera con la enfermera

4)- Respuestas específicas del paciente a la terapéutica y los cuidados dispensados.

Ej.: Respiración regular, frecuencia respiratoria 22 por minuto

No se auscultan ruidos agregados

Buena entrada de aire en ambos campos pulmonares

Paciente tranquilo

12)- Susan E. Gordon, "RESPONSABILIDAD ANTE EL PÚBLICO, LA PROFESIÓN EL PATRON Y EL YO" Cap. II.

También deben figurar datos demográficos del cliente que posibiliten una correcta y rápida identificación del mismo, como nombres completos, documento nacional de identidad, domicilio, etc. Además, si en **“...los registros que se realizan en el momento de la atención al paciente se incluye la identificación de cobertura además de los datos personales, la información puede tornarse útil a múltiples fines administrativos, como la elaboración de informes de gestión, estadísticas de actividad, estimación del monto a cobrar por facturación, registro de consumos de materiales y medicamentos, etc.”**(13) Por último y no menos importante deben figurar los datos del personal de enfermería que lo atiende en ese momento, consignando número de matrícula, Firma, aclaración.

LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEBEN FORMAR PARTE DE LA H.C.

La historia clínica (H.C.) es el documento fundamental del sistema de registros y reúne en esencia valiosísima información en forma resumida desde el momento de ingreso del paciente a la institución hasta su alta. Para que se torne un instrumento útil del equipo de salud como soporte de la integración de actividades y la continuidad de la asistencia, **“..la recogida de información sobre el estado de salud del cliente-paciente debe ser sistemática y continua...”** (14).

Al igual que los profesionales de otras disciplinas plasman allí sus observaciones, **“...la documentación de las actividades profesionales de enfermería debe formar parte de los expedientes...”**(15). Por que es justamente la H.C. el documento que consultan los integrantes del equipo de salud a la hora de interiorizarse sobre el estado del paciente, siendo por tanto una oportunidad inigualable de comunicar a los otros (profesionales) lo que hemos observado y actuado en consecuencia.

13)- HOSPITAL PUBLICO DE AUTOGESTION, "MARCO CONCEPTUAL, ESTRATEGIAS E INSTRUMENTOS OPERATIVOS", Octubre 1996 - pag. 141 – M.N. – REPUBLICA ARGENTINA

14)- "ESTANDARES PARA LA PRACTICA DE ENFERMERIA" de la ASOCIACION AMERICANA DE ENFERMERAS (A.N.A.), KANSAS CITY, Mo, 1973, AMERICAN NURSES ASSOCIATION.

15)- T. KRON, pag. 257 (OBRA CITADA)

QUIENES DEBEN HACERLO

Cualquier integrante del equipo de salud que es responsable de algún cuidado al paciente, debe registrar su evolución según su óptica profesional, así como sus sugerencias y decisiones.

De esta manera se complementa y enriquece la información disponible para el resto del equipo, y se coordinan los esfuerzos colectivos.

Esta responsabilidad implica, por extensión, a los agentes de enfermería encuadrados en el presente marco oficial **(16)**.

El marco conceptual de la escuela de enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo (U.N.C.) los define (a los agentes de enfermería) como **"...el equipo dentro del cual se establece la división de trabajo en función de la complejidad de tareas..."(17)**.

Al respecto la ley de ejercicio de enfermería de la provincia reconoce dos niveles de formación **"...auxiliares de enfermería y profesionales de enfermería..." (18)** que actúan en los tres niveles de prevención según preparación en incumbencias correspondientes. Y reglamenta para ellos **"...realizar el registro de la evolución del paciente y de prestaciones de enfermería al individuo y familia, consignando en forma legible, fecha, firma, aclaración y número de matrícula..."(19)**. Es una forma eficaz de fijar y delimitar responsabilidades.

16)- Ley de ejercicio de la profesión de enfermería de la provincia de Mendoza, N° 6836, sancionada en Diciembre del 2000 y reglamentada en Marzo del 2001.

17)- MARCO CONCEPTUAL DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA de la provincia de Mendoza, F.C.M. – U.N.C. – M.S.

18)- Ley 6836, CAPITULO I, DEL AMBITO DE APLICACIÓN, artic. I. (OBRA CITADA)

19)- Ley 6836, CAPITULO III, obligaciones y prohibiciones, artic. 9, inciso I. (OBRA CITADA)

HIPOTESIS

La inexistencia de información, en los servicios de internación, referente a las actividades de enfermería efectuadas al paciente en los servicios de guardia y que luego queda internado se debe al desconocimiento del valor que los enfermeros del urgencias tienen sobre los registros de enfermería.

TIPO DE HIPOTESIS

Se parte de la observación de un hecho específico (escasa información) para dar una explicación tentativa de su origen (hipótesis inductiva) y del supuesto que la modificación de la variable independiente (desconocimiento del valor.....) influye directamente en la variable dependiente (inexistencia de información.....).

Es decir, si corregimos la primera aportando luz – a los E.S.G.- sobre la verdadera magnitud y significancia de los registros de enfermería, tanto para *el paciente como para los miembros del equipo de salud, produciría un cambio decisivo en la segunda*. Los E.S.G. buscarían el modo de documentar lo que hacen y de este modo garantizar la continuidad de la atención.

Es por lo tanto una hipótesis de **relación de producción** (PINEDA-CANALE, 1994)

ELEMENTOS ESCTRUCTURALES DE LA HIPOTESIS

UNIDAD DE ANALISIS: Enfermeros de los servicios de guardia.

VARIABLE DEPENDIENTE: Escasa información, en los servicios de internación, referente a las actividades de enfermería efectuadas al paciente en los servicios de guardia.

VARIABLE INDEPENDIENTE: desconocimiento del valor que los enfermeros del urgencias tienen sobre los registros de enfermería.

OPERACIONALIZACION

VARIABLE DEPENDIENTE: Esta variable no se operacionalizó, pues sabemos que en los servicios de guardia de los hospitales incluidos en la muestra (Central, L. Lagomaggiore, N. Lencinas y D. Paroissien) no existe en la H.C. un lugar o espacio donde la enfermera pueda plasmar lo que hace sobre el paciente que mas tarde es internado, y de este modo actue como un verdadero vínculo de comunicación entre los servicios. En ANEXO II

ofrecemos los modelos de H.C. utilizados actualmente en los servicios de urgencias de los hospitales mencionados.

VARIABLE INDEPENDIENTE: La operacionalización de esta variable se puede apreciar con detalle a continuación:

Variable	Operacionalización	Medida
Estructura organizativa	Organograma de urgencias	Número de personal, distribución de funciones
Procedimientos	Protocolos de actuación	Existencia de protocolos, actualización
Recursos	Equipamiento	Presencia de equipos, estado de conservación

VARIABLE	DEFINICION COCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
		<p>Registros de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Motivos de la necesidad de disponer un espacio propio de enfermería en la H.C. de los servicios de guardia * Motivos de no necesitar un espacio propio de enfermería en la H.C. De los S.G. * Conformidad por la utilización de formatos estandarizados de enfermería en los S.G. * Razón por la que no se a creado un formato apropiado de registro enfermero en los S.G. * Interés por conocer las conclusiones finales del proyecto de investigación
			<ul style="list-style-type: none"> * Instrumentos utilizados actualmente en los servicios de guardia para registrar las prestaciones de enfermería realizadas al paciente que es internado * Contenido fundamental de los registros de enfermería de los servicios de guardia

VARIABLE	DEFINICION COCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
		Registros de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> * Motivos de la necesidad de disponer un espacio propio de enfermería en la H.C. de los servicios de guardia * Motivos de no necesitar un espacio propio de enfermería en la H.C. De los S.G. * Conformidad por la utilización de formatos estandarizados de enfermería en los S.G. * Razón por la que no se a creado un formato apropiado de registro enfermero en los S.G. * Interés por conocer las conclusiones finales del proyecto de investigación * Instrumentos utilizados actualmente en los servicios de guardia para registrar las prestaciones de enfermería realizadas al paciente que es internado * Contenido fundamental de los registros de enfermería de los servicios de guardia

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

Para lograr un panorama más rico y desarrollado de la temática en cuestión – registros de enfermería de la guardia – y los factores relacionados; recurrimos al empleo de diferentes tipos de investigación, es decir, una triangulación de métodos y de información, incrementando así la posibilidad de adquirir un panorama global y veraz de la situación que nos convoca. De los enfoques utilizados – **cuantitativo/cualitativo** – rescatamos los medios e instrumentos considerados mas representativos y útiles a nuestros fines.

Según el análisis de los aspectos clave que abordamos en este proyecto, este es básicamente **descriptivo**. Pues se trató de explorar, descubrir y mostrar una situación actual que aparentemente afecta a los servicios de guardia de la mayoría de los hospitales de la provincia. Y **analítico**, por que tratamos de dilucidar las causas que la sustentan. Pero a la vez ayudar a la población objeto de estudio a identificar la necesidad de implementar instrumentos administrativos adecuados que permitan un reconocimiento tangible del protagonismo enfermero en los servicios de urgencia.

La ejecución práctica se llevó a cabo en forma simultánea en los centros de elección en un período breve pero suficiente de una semana. En tal sentido el proyecto comparte las características de un estudio **prospectivo – longitudinal**.

AREA DE ESTUDIO

Se seleccionaron como área de estudio, los servicios de guardia de cuatro hospitales de la provincia de Mendoza. Hospital Central y hospital Luis Lagomaggiore ubicados en capital representan dos grandes centros de complejidad en la atención del adulto para toda la región cuyana. Pues además de Mendoza, su radio de acción cubre la demanda asistencial de las provincias vecinas de San Luis y San Juan.

El hospital Néstor Lencinas ubicado en el Dto. de Godoy Cruz, dedicado al tratamiento de pacientes que padecen enfermedades infectocontagiosas tradicionales (Tuberculosis) y otras relativamente nuevas y de carácter insidioso, como el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

A diferencia de los anteriores, las características del hospital Diego Paroissien del departamento de Maipú –ubicación y complejidad media- lo facultan como referente regional de la zona este de la provincia.

Los servicios de guardia de estos cuatro nosocomios albergan a la población que apuntamos en cantidad suficiente.

DEFINICION DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

AUTORIZACION: Para llevar a cabo este proyecto se requirió el consentimiento y aprobación previa por parte de los departamentos de enfermería de los hospitales seleccionados. La forma utilizada para lograrlo se puede ver en ANEXO IV. Además de la colaboración de los enfermeros de los servicios de guardia, y en especial la autorización y cooperación de quienes actuaron como clave de enlace entre los investigadores y la población sujeto. Los jefes de unidad: encargados de distribuir los cuestionarios en todos los turnos, asegurarse que el personal a su cargo recibió una copia del mismo, reconoció el tiempo límite para su llenado y el lugar dónde depositarlos una vez contestados.

La misma se negoció a través de una entrevista entre el grupo de trabajo y las autoridades mencionadas, fue oportunidad para proporcionar la información relativa al proyecto de investigación, explicando los objetivos, su importancia para el crecimiento de enfermería, métodos a emplear, etc.

TIEMPO: Se propuso el diagrama de GANT para ilustrar el tiempo total que demandó el proyecto y ubicar su avance desde la formulación hasta su culminación con la presentación final. Ver ANEXO V.

RECURSOS ECONOMICOS: (Aproximados)

El presupuesto estimativo del proyecto de investigación; se determinó en base a las actividades planificadas anteriormente y la demanda de recursos mínimos, considerados indispensables para su concreción.

Los recursos físicos están relacionados con la confección de los cuestionarios requeridos en cantidad suficiente para cubrir la totalidad de los enfermeros de los servicios de guardia que componen la muestra, los medios pensados para su recolección en los servicios de guardia (Urnas), y también la presentación y transcripción por triplicado del proyecto terminado (incluyendo tablas y gráficos a color).

Por último los viáticos necesarios para contactar los puntos clave del proyecto, los cuatro hospitales ya mencionados.

Los recursos humanos están relacionados con las actividades del grupo de trabajo (tres integrantes). Responsables de negociar las autorizaciones correspondientes para efectivizar el proyecto en los hospitales, entregar y recoger los resultados de la encuesta, chequear las H.C. de los servicios de guardia, etc.

El costo se estimó en función de las horas de trabajo del equipo necesarias para el análisis y tabulación de los datos recogidos, además de la elaboración de la conclusiones finales; (aproximadamente una semana de trabajo). Para mas detalle ver ANEXO VI.

UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO: Personal de enfermería de los servicios de guardia de todos los hospitales de la provincia componen nuestro universo, pues por extensión comparten las características generales y comunes aludidas anteriormente.

MUESTRA: Para que esta sea representativa se estimó necesario cubrir un número importante de encuestados, por lo que recurrimos a todos los enfermeros disponibles en los tres turnos de los servicios de guardia de los hospitales mencionados, incluyendo a los jefes de unidad.

SELECCIÓN DE UNIDAD DE MUESTREO: Como sabemos que los enfermeros de las guardias conforman el grupo en que nos interesa profundizar intereses, criterios y opiniones, podemos decir que el muestreo es **no probabilístico intencionado**.

UNIDAD DE MUESTREO: Enfermero del servicio de guardia y jefe de unidad de la misma.

METODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- **OBSERVACION:** De los modelos de historias clínicas existentes en los servicios de guardia de los hospitales seleccionados, constatando las partes que lo componen, ausencia/existencia de hojas o espacios donde los enfermeros puedan asentar sus observaciones y los procedimientos efectuados al paciente. Asimismo conocer otros medios de transmisión de información utilizados por los enfermeros para fines similares.
- **FORMULARIOS:** (El contenido del mismo se elaboró en función de la variable independiente) Confeccionados por una variedad de modelos de preguntas algunas dicotómicas y cerradas, otras de múltiple opción y unas pocas de respuesta breves y abiertas. Utilizamos esta estrategia de acción de modo de captar el interés de lectura del formulario por la mayoría de los enfermeros y estimular la respuesta. Su confección es muy simple, no requiriendo mayor explicación para su autollenado. Reservamos un apartado en blanco al final del mismo de manera que los interesados pudieran volcar allí sugerencias y observaciones de los temas tratados. El depósito de los mismos se efectuó en una urna de color azul debidamente identificada, dispuesta en el Office/Estar de enfermería de los servicios de guardia. En ANEXO III se puede apreciar el modelo codificado del cuestionario empleado en este proyecto.

PLAN DE TABULACION Y ANALISIS

Previo a la formulación del plan de tabulación, se confeccionó un sistema de codificación aplicable a la información recogida que nos permitiera organizar y procesar los datos en forma sistemática y clara.

- *Todas las preguntas del cuestionario se numeraron consecutivamente (de 1 a 13)*
- *Cada alternativa de respuesta del cuestionario (opcional/dicotómica/abierta) se la identificó con una letra del abecedario latino en mayúscula, entre paréntesis y de color rojo (desde A hasta Ñ)*
- *Las preguntas no contestadas (N.C.) también se incluyeron en el análisis de datos*
- *Las respuestas a preguntas abiertas (ó sugerencias libres) se analizaron por separado agregando la interpretación resultante a continuación de tablas y gráficos del indicador correspondiente*
- *Se construyó una matriz de datos con los indicadores y posibles respuestas, donde se volcó la información mediante un código de colores representativos (Ver detalle en ANEXO VII)*

Los indicadores que se presentan en tablas de entrada simple son:

1. *Respuesta al cuestionario*
2. *Años de desempeño como enfermero en los S.G.*
3. *Formación académica de los E.S.G.*
4. *Turnos habituales de desempeño como E.S.G.*
5. *Instrumentos administrativos empleados en los S.G. para registrar las actividades de enfermería efectuadas al pte. derivado a internación*
6. *Conformidad con los instrumentos administrativos empleados en los S.G. para registrar las actividades de enfermería efectuadas al paciente derivado a internación*
7. *Razón fundamental por la que no se ha creado un formato apropiado de registro de enfermería en los S.G.*
8. *Necesidad de disponer un espacio propio en la H.C. de guardia donde registrar las actividades enfermeras*
9. *Motivos de la necesidad de disponer un espacio propio en la H.C. de guardia donde registrar las actividades enfermeras*
10. *Motivos de no necesitar un espacio propio en la H.C. de guardia donde registrar las actividades enfermeras*
11. *Valor de los registros de enfermería para los E.S.G.*
12. *Conformidad con la utilización de formatos estandarizados de enfermería en los S.G.*
13. *Interés en conocer las conclusiones finales del proyecto de investigación*
14. *Beneficiarios más importantes de los registros de enfermería de los S.G.*

Y de entrada doble:

1. Respuesta al cuestionario con hospitales de origen de los E.S.G.
2. Propósito fundamental de los registros de enfermería según prioridad
3. Datos fundamentales que deben contener los registros de enfermería de los S.G. según importancia
4. Turnos habituales de desempeño como E.S.G. con conformidad por la utilización de formatos estandarizados de enfermería en los S.G.
5. Años de desempeño como enfermero en los S.G. con valor de los registros de enfermería para los E.S.G.
6. Formación académica de los E.S.G con interés en conocer las conclusiones finales del proyecto de investigación

PLAN DE ANALISIS

Para la medición de los indicadores se emplearon las siguientes formas estadísticas:

NOMINAL: Frecuencia relativa (**Fr. Rel.**)
Frecuencia absoluta (**Fr. Abs.**)

ORDINAL: Mediana (**Md.**)

INTERVALO y PROPORCION: Promedio (**X**)
Promedio para datos agrupados (**X**)
Tasa y Razón (**X**)

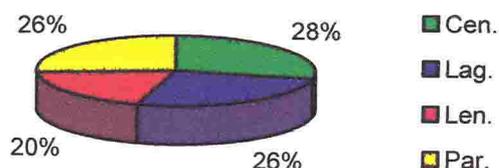
TABLAS Y GRAFICOS DE ENTRADA SIMPLE

1)- RESPUESTA AL CUESTIONARIO

Los resultados ofrecidos en las páginas subsiguientes se determinaron en base al total de enfermeros de los servicios de guardia (E.S.G.) de los hospitales (Htls.): Central (Cen.), Luis lagomaggiore (Lag.), Néstor Lencinas(Len.) y Diego Paroissien (Par.) que fueron incluidos en la muestra y respondieron el cuestionario entregado oportunamente con la finalidad de encontrar respuestas a los interrogantes planteados.

E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par. por inclusión en la muestra, Maipú 2002

Cod.	Hospitales	Fr. Abs.	Fr. Rel.
A	Cen.	13	28.26%
B	Lag.	12	26.08%
C	Len.	9	19.56%
D	Par.	12	26.08%
	S	46	100%



FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los diagramas de los servicios de guardia de los hospitales Cen., Lag., Len. y Par., Maipú 2002

PROMEDIO (X)

$$x = \frac{46}{4} \quad x = 11,5$$

COMENTARIO: Los servicios de guardia (S.G.) de los Htls. Incluidos en la muestra son de diferente complejidad al igual que las características de la población que demanda sus servicios, sin embargo el número de enfermeros que componen los planteles respectivos es similar en cada uno de ellos, con un promedio de 11,5 (enfermeros).

ACLARACION

De la población total de enfermeros de los servicios de guardia (E.S.G.) de los hospitales Central (Cen.), Luis Lagomaggiore (Lag.), Néstor Lencinas (Len.) y Diego Paroissien (Par.) que fueron incluidos en la muestra, 46 (enfermeros), solamente respondieron 26 (enfermeros).

En la elaboración de tablas, gráficos y comentarios correspondientes, el valor 26 representa el resultado de la sumatoria total, es decir ciento por cien, ($26=100\%$).

Sin embargo es necesario aclarar que al analizar los datos obtenidos de la encuesta (respuestas al cuestionario) la sumatoria final adquirió el carácter de relativa, es decir, no siempre el valor 26 representó el resultado de la misma.

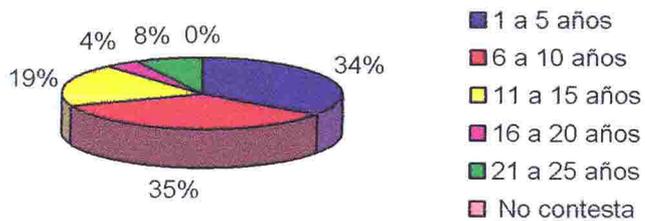
Esto se explica, por que al responder el cuestionario, los enfermeros optaron por mas de una opción como respuesta a una misma pregunta. Elección que decidimos respetar, pues es un reflejo auténtico de lo que piensan los enfermeros sobre el particular. Lo cual naturalmente alteró la sumatoria final, dando en general, una falsa impresión de un incremento del número de enfermeros que respondieron el cuestionario.

Respetando lo anterior, para el análisis de cada cuestionamiento específico, la sumatoria resultante representó ciento por cien.

2)- AÑOS DE DESEMPEÑO COMO ENFERMERO EN LOS SERVICIOS DE GUARDIA

E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par. por años de antigüedad en los servicios de urgencias

Cod.	Años de desempeño	Punto medio	Fr. Abs.	Fx
A	1 a 5 años	3	9	27
B	6 a 10 años	8	9	72
C	11 a 15 años	13	5	65
D	16 a 20 años	18	1	18
E	21 a 25 años	23	2	46
F	No contesta	0	0	0
	S	65	26	228



FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par. Maipú 2002

MEDIA ARITMETICA (x)

$$x = \frac{S Fx}{N}$$

$$x = \frac{228}{26}$$

$$x = 8,76 \text{ años}$$

MEDIANA (Md)

$$Md = \frac{N + 1}{2} \quad Md = \frac{26 + 1}{2} \quad Md = 13,5 \quad Md = 8 \text{ años}$$

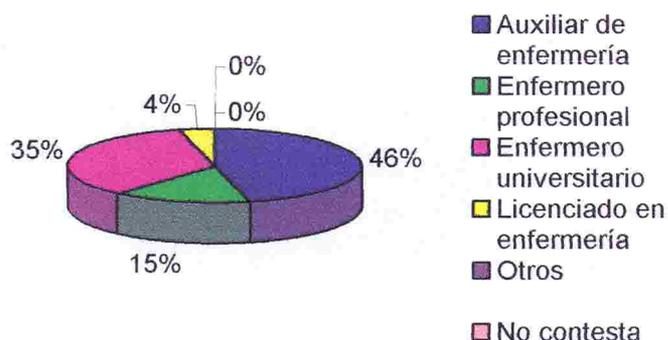
L 1 1 1 1 1 1 3 4 5 7 7 8 8 8 10 10 10 10 15 15 15 15 20 21 25 L
I 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 S

COMENTARIO: El promedio de años de antigüedad de los E.S.G. que respondieron el cuestionario es de 8 años (entre 8 y 9 años). La antigüedad de la mayoría (18 enfermeros) oscila de 1 a 10 años en los servicios de urgencias.

3)- FORMACION ACADEMICA DE LOS E.S.G.

E.S.G. de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par. por formación académica

Cod.	Formación	Fr. Abs.	Fr. Rel.
A	Auxiliar de enfermería	12	46.15%
B	Enfermero profesional	4	15.38%
C	Enfermero universitario	9	34.61%
D	Licenciado en enfermería	1	3.84%
E	Otros	0	0%
F	No contesta	0	0%
	S	26	100%



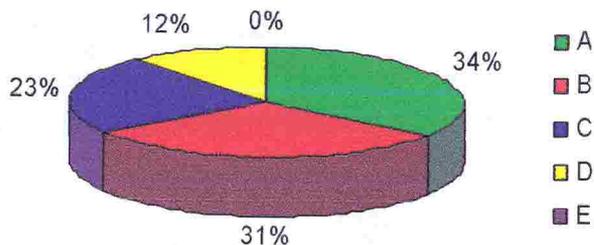
FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G. de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par., Maipú 2002

COMENTARIO: El porcentaje total de enfermeros con formación académica superior (54%) - profesionales, universitarios y licenciados - que respondieron la encuesta es similar al total de auxiliares de enfermería que también lo hicieron (46%).

4)- HORARIOS HABITUALES DE TRABAJO DE LOS E.S.G.

E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par. por turno de 8 o mas horas de trabajo, Maipú 2002

Cod.	Turnos	Fr. Abs.	Fr. Rel.
A	Mañana (8hs.)	9	34.63%
B	Tarde (8hs.)	8	30.76%
C	Noche (8hs.)	6	23.07%
D	Mas de 8hs.	3	11.54%
E	No contesta	0	0%
	S	26	100%



FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par., Maipú 2002

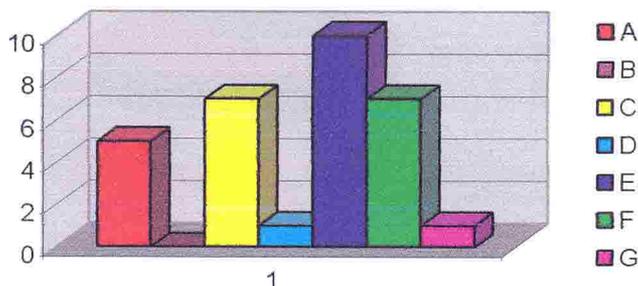
COMENTARIO: La mayoría de los E.S.G. que respondieron el cuestionario (34%) pertenecen al turno de mañana, donde existe la mayor concentración de personal de enfermería, necesidad entendible por las serie de actividades - no exclusivas de enfermería - que se desarrollan solamente en ese turno.

El menor índice de respuesta se obtuvo de los enfermeros que habitualmente desempeñan sus funciones en turnos de mas de 8hs. (24Hs. - guardias del Htal. L. Lagomaggiore) con el 12% del total.

5)- INSTRUMENTO ADMINISTRATIVO EMPLEADO EN LOS S.G. PAR REGISTRAR LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EFECTUADAS AL PACIENTE QUE ES DERIVADO A INTERNACION

E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par. por instrumetno administrativ empleado en los servicios de guardia para registrar las actividades de e Maipú 2002

Cod.	Instrumento administrativo	Fr. Abs.	Fr. Rel.
A	Cuaderno de novedades	5	16.12%
B	Libro de guardia	0	0%
C	Hoja de enfermería	7	22.58%
D	En la H.C.	1	3.22%
E	Cuaderno de prestaciones	10	32.25%
F	No se registran	7	22.58%
G	No contesta	1	3.22%
	S	31	100%



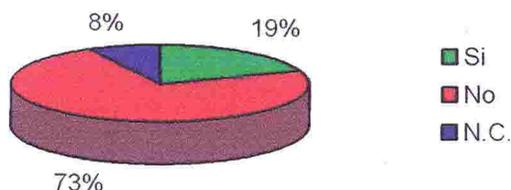
FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par., Maipú 2002

COMENTARIO: El instrumetno administrativo empleado mas comunmente en los servicios de guardia para registrar las actividades de enfermería es **"el cuaderno de prestaciones"** (32%). El segundo lugar es ocupado en igual proporción (23%) la **"hoja de enfermería"** y el reconocimiento de **"no se registran"**, en ningún lado! Los menos utilizados son **"el libro de guardia"** (9%) y la **"historia clínica"** (3,22%) porcentaje correspondiente a la respuesta de un solo enfermero.

6)- CONFORMIDAD POR LOS INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS EMPLEADOS ACTUALMENTE EN LOS S.G. PARA REGISTRAR LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EFECTUADAS AL PACIENTE QUE ES DERIVADO A INTERNACION

E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par. por conformidad con los instrumentos utilizados actualmente en los S.G. para registrar las actividades de enfermería efectuadas al paciente que es derivado a internación, Maipú 2002

Cod.	Conformidad	Fr. Abs.	Fr. Rel.
A	Si	5	19.25%
B	No	19	73.07%
C	N.C.	2	7.69%
	S	26	100%



FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par., Maipú 2002

COMENTARIO: Casi tres cuartas partes de los E.S.G. (73%) están en desacuerdo con las formas utilizadas en sus servicios para documentar las actividades de enfermería relacionadas con los pacientes que pasan a internación, lo cual representa una cifra significativa a tener en cuenta.

CONFORMIDAD CON LOS INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS EMPLEADOS ACTUALMENTE EN LOS S.G. PARA REGISTRAR LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EFECTUADAS AL PACIENTE QUE ES INTERNADO

FUNDAMENTACION:

10 enfermeros fundamentaron su decisión (38% del total –26-), de estos:

70% (7 enfermeros) utilizan el cuaderno de prestaciones y de novedades, están conformes por que:

“Es una forma práctica y sencilla de documentar las actividades de enfermería mas esenciales, además es un medio económico de hacerlo y permite certificar ante terceros lo realizado”

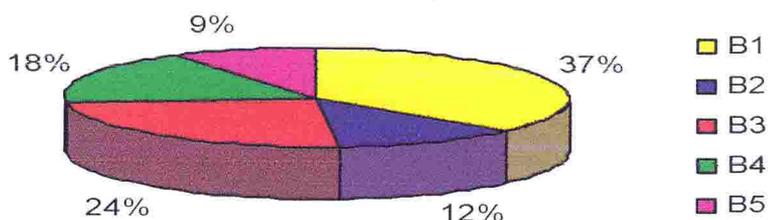
30% (3 enfermeros) respondió que no esta conforme, por que:

“En general las hojas no estan foliadas y no así no sirve para fines estadísticos, lo cual impide que el esfuerzo enfermero trascienda y se reconozca”

7)- RAZON FUNDAMENTAL POR LA QUE NO SE HA CREADO UN FORMATO APROPIADO DE REGISTRO ENFERMERO EN LOS S.G.

E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par. por razón fundamental por la que no se a creado un formato apropiado de registro enfermero en los S.G., Maipú 2002

Cod.	Razón fundamental	Fr. Abs.	Fr. Rel.
B1	Desinterés de las autoridades de enfermería	12	36.36%
B2	Utilidad cuestionada de los mismos	4	12.12%
B3	Desconocimiento de sus ventajas por parte de los enfermeros	8	24.24%
B4	Escasez de presupuesto de la institución para implementarlos	6	18.18%
B5	No se justifica su uso en los servicios de urgencia	3	9.09%
	S	33	100%



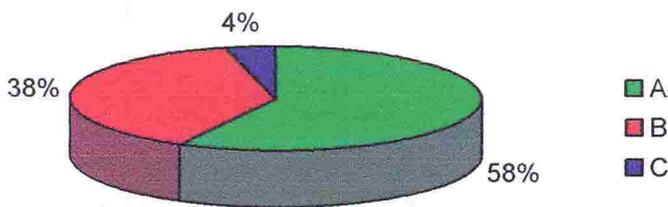
FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par. Maipú 2002

COMENTARIO: Al preguntar a los E.S.G. cual piensan que es el motivo principal por el cual no se a creado hasta ahora un formato de registro para los servicios de urgencias, la mayoría (36%) respondió "**desinterés de las autoridades de enfermería**", seguido en 2º lugar por "**desconocimiento de sus ventajas**" (24%). Ambas partes conciden en que el origen del problema son los propios enfermeros.

8)- NECESIDAD DE DISPONER UN ESPACIO PROPIO EN LA H.C. DE GUARDIA DONDE REGISTRAR LAS ACTIVIDADES ENFERMERAS REALIZADAS AL PACIENTE QUE ES INTERNADO

E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par. por necesidad de disponer un espacio propio en la H.C. de guardia donde registrar las actividades de enfermería efectuadas al paciente que es internado, Maipú 2002

Cod.	Necesidad	Fr. Abs.	Fr. Rel.
A	Si	15	57.69%
B	No	10	38.46%
C	N.C.	1	4%
	S	26	100%



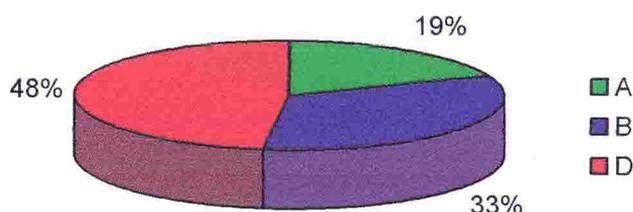
FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par, Maipú 2002

COMENTARIO: Mas de la mitad (58%) de los E.S.G. creen que tener un espacio propio de enfermería que forme parte de la H.C., es necesario para dejar constancia fehaciente de las actividades profesionales, Aunque no esta aclarado el motivo de la constancia, en general, los enfermeros si reconcen la importancia de documentar fielmente su accionar desprendido de la interacción enfermero/paciente.

9)- MOTIVOS DE LA NECESIDAD DE DISPONER UN ESPACIO PROPIO EN LA H.C. DE GUARDIA DONDE REGISTRAR LAS ACTIVIDADES ENFERMERAS EFECTUADAS AL PACIENTE QUE ES INERNADO

E.S.G. de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par. por motivo de la necesidad de disponer un espacio propio en la H.C. De guardia donde registrar las actividades enfermeras efectuadas al paciente que es internado; Maipú 2002

Cod.	Motivos	Fr. Abs.	Fr. Rel.
A	Para fines administrativos y estadísticos	5	18.51%
B	Por que comprueba mi desempeño profesional	9	33.33%
D	Me permite corroborar las actividades y observaciones enfermeras efectuadas al pte.	13	48.14%
	S	27	100%



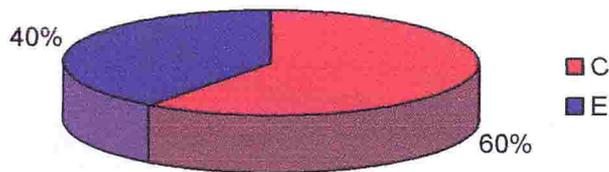
FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G. de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par., Maipú 2002

COMENTARIO: El 48% de los E.S.G. reconoce que el principal motivo por el cual creen necesario disponer un espacio de enfermería en la H.C. de guardia es para "corroborar las actividades y observaciones de enfermería en relación con el pte." que es atendido en ese momento.

10)- MOTIVOS POR EL CUAL LOS E.S.G. NO CREEN NECESITAR UN ESPACIO PROPIO EN LA H.C. DE GUARDIA DONDE REGISTRAR LAS ACTIVIDADES ENFERMERAS

E.S.G de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par. por motivos por los que no creen necesario disponer un espacio propio en la H.C. de guardia donde registrar las actividades de enfermería

Cod.	Motivo	Fr. Abs.	Fr. Rel.
C	No por que consume tiempo precioso de trabajo y supone una carga extra para la enfermera	6	60.00%
E	No le veo utilidad práctica	4	40.00%
	S	10	100%



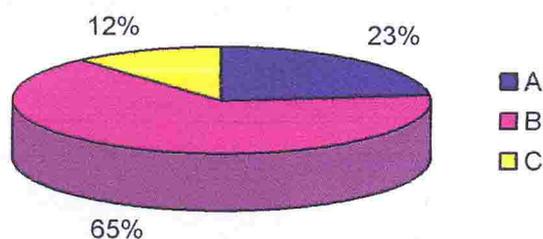
FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par., Maipú 2002

COMENTARIO: El principal motivo elegido para argumentar no necesitar un espacio propio de enfermería en la H.C., fue que el tenerlo exigiría de la enfermera de guardia "**trabajo y tiempo extra para su llenado**", (60%). Por que aparte de dedicarse a atender al paciente, tendría que emplear parte de su tiempo en la redacción de los informes correspondientes.

11)- VALOR DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA PARA LOS E.S.G.

E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par. por valor de los registros de enfermería, Maipú 2002

Cod.	Valor	Fr. Abs.	Fr. Rel.
A	A veces creo que a los registros de enfermería no se les da el valor e importancia que merecen por tanto no vale la pena escribirlos con demasiado detalle	6	23.08%
B	Pienso que los registros enfermeros tienen valor en si mismos, por eso debo ser lo mas exacto posible en su redacción	17	65.38%
C	N.C.	3	11.54%
	S	26	100%



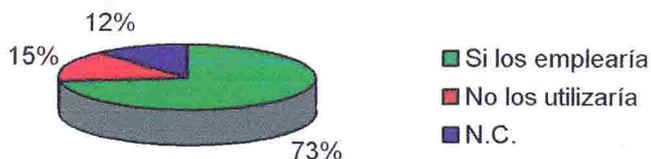
FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios de los E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par., Maipú 2002

COMENTARIO: En comparación con el total de enfermeros que reconocen el valor intrínseco de documentar sus actividades profesionales, existe un alto porcentaje (23%) que piensa, en realidad, que a los registros de enfermería se los menoscaba y no se los valora en su justa medida, lo cual es un aliciente negativo para los enfermeros que tienen la posibilidad de documentar lo que hacen de manera apropiada.

12)- CONFORMIDAD POR LA UTILIZACION DE FORMATOS ESTANDARIZADOS DE REGISTROS ENFERMEROS EN LOS S.G.

E.S.G. de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par. por conformidad con la utilización de formatos estadarizados de registros enfermeros en los S.G.

Cod.	Conformidad	Fr. Abs.	Fr. Rel.
A	Si los emplearía, por que su fácil llenado ahorra Tiempo precioso a la enfermera de la guardia, tocandose además todos los aspectos básicos de la atención al pte.	19	73.08%
B	No los utilizaría por que no me permite ser creativo en la redacción y explayarme con detalle suficiente, además es una forma impersonal de tratar los aspectos del pte.	4	15.39%
C	N.C.	3	11.53%
	S	26	100%



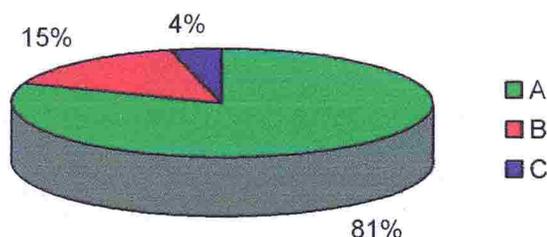
FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionrios contestados por los E.S.G de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par, Maipú 2002

COMENTARIO: La mayoría de los E.S.G. (73%) se dan cuenta que el empleo de registros de enfermería estandarizados, pensados para la guardia, facilitarían en mucho la tarea misma de documentación y por ende las actividades que tienen que ver con la atención del paciente.

13)- INTERES EN CONOCER LAS CONCLUSIONES FINALES DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

E.S.G. de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par. por interés en conocer las conclusiones finales del proyecto de investigación, Maipú 2002

Cod.	Interés	Fr. Abs.	Fr. Rel.
A	Deseo recibir una copia de las conclusiones finales de este proyecto	21	80.76%
B	No deseo recibir una copia de las conclusiones finales de este proyecto	4	15.38%
C	N.C.	1	3.84%
	S	26	100%



FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G. de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par., Maipú 2002

RAZON (R)

$$R = \frac{A}{B}$$

$$R = \frac{21}{4}$$

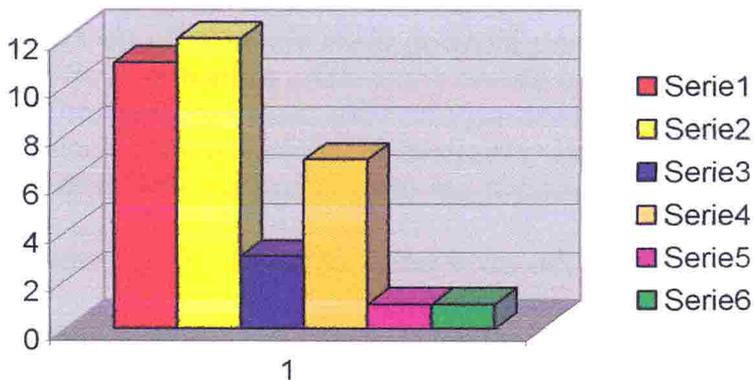
$$R = 5,25 (5)$$

COMENTARIO: Aquí se puede apreciar claramente el interés generalizado de los E.S.G. por los registros de enfermería. Ya que cada 5 enfermeros deseos de interiorizarse de las conclusiones finales de este proyecto, solamente 1 de ellos no lo está.

14)- BENEFICIARIOS MAS IMPORTANTES DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DE LOS S.G.

E.S.G de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par. por beneficiarios mas import: de los registros de enfermería de los S.G., Maipú 2002

Cod.	Beneficiarios	Fr. Abs.	Fr. Rel.
A	La enf. De guardia	11	31.42%
B	El pte. internado	12	34.28%
C	El médico de sala	3	8.58%
D	La enf. De internación	7	20%
E	Otros miembros del equipo	1	2.85%
F	N.C.	1	2.85%
	S	35	100%



FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios de los E.S.G. de los Htls. Cen., Lag., Len. y Par., Maipú 2002

COMENTARIO: Es el paciente atendido en urgencias y que luego que el beneficiario mas importante de la documentación enfermera de los S.G. con el 34% a favor, y en segundo lugar con muy poco margen de diferencia anterior (31%) le sigue "la enfermera de guardia".

BENEFICIARIOS MAS IMPORTANTES DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS DE GUARDIA

FUNDAMENTACION:

17 enfermeros fundamentaron su decisión (65% del total -26-), de estos:

47% (8 enfermeros) optaron por **“la enfermera de guardia”**

“Ya que los registros reflejan la constancia inequívoca de que las prestaciones enfermeras se han llevado a cabo; además justifica el tiempo empleado y el material utilizado. Pero primordialmente representan una herramienta de defensa (respaldo legal) para la enfermera de la guardia, ante una posible demanda judicial en su contra”

41% (7 enfermeros) optaron por **“el paciente internado”**

“Los registros de enfermería de la guardia permiten mantener la continuidad de la atención enfermera desde el ingreso del paciente a la institución, pudiendo evaluar -por comparación- su progreso y evolución desde ese momento. El bienestar del paciente es la finalidad principal de documentar por escrito las prestaciones enfermeras”

6% (1 enfermero) optó por **“otros miembros del equipo”**

“Los registros de enfermería de la guardia aumentarían la burocracia del sistema, favoreciendo puestos administrativos en detrimento de cargos de enfermería”

6% (1 enfermero) optó por **“la enfermera de internación”**

“La documentación de enfermería de los servicios de guardia le brindan a la enfermera de sala una base sólida y confiable de lo que realmente se ha efectuado al paciente mientras estuvo en el servicio de urgencias, lo que evita duplicación de esfuerzos”

TABLAS Y GRAFICOS DE ENTRADA DOBLE

1)- RESPUESTA AL CUESTIONARIO CON HOSPITAL DE ORIGEN

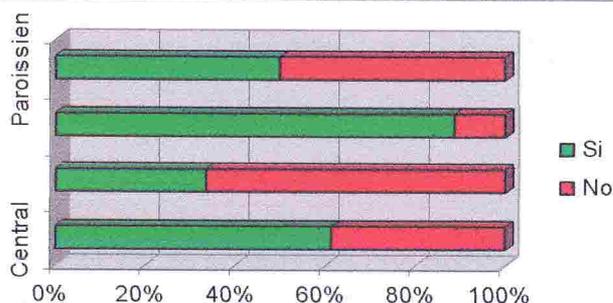
E.S.G. de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par. por hospital de origen según respuesta al cuestionario, Maipú 2002

Hospital	Respuesta		S
	Si	No	
Central	8	5	13
Lagomaggiore	4	8	12
Lencinas	8	1	9
Paroissien	6	6	12
S	26	20	46

FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G. de los Htts. Cen., Lag., Len. y par, Maipú 2002

ANALISIS HORIZONTAL

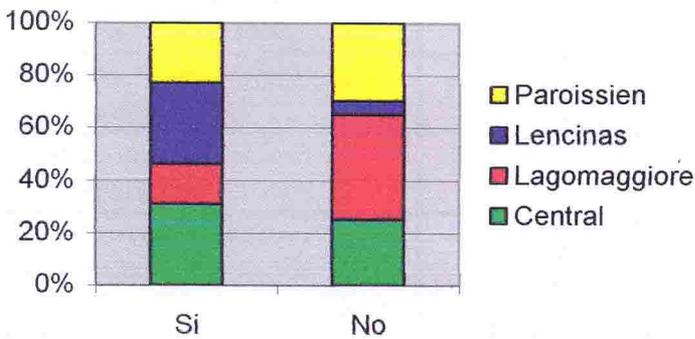
Hospital	Respuesta		S
	Si	No	
Central	61.53%	38.46%	100%
Lagomaggiore	33.33%	66.66%	100%
Lencinas	88.88%	11.11%	100%
Paroissien	50%	50%	100%
S	56.52%	43.47%	100%



COMENTARIO: El mayor índice de respuesta se obtuvo del hospital N. Lencinas (89%), y el menor índice de respuesta del hospital L. Lagomaggiore con apenas un 33% del total de enfermeros que componen su plantel (12).

ANALISIS VERTICAL

Hospital	Respuesta		S
	Si	No	
Central	30.76%	25.00%	28%
Lagomaggiore	15.38%	40.00%	26%
Lencinas	30.76%	5.00%	20%
Paroissien	23%	30%	26%
S	100.00%	100.00%	100%



COMENTARIO: Del total de enfermeros que respondieron el cuestionario (26=100%) el 60% se divide en partes iguales entre los hospitales N. Lencinas y Central con 31% cada uno.

Del total de enfermeros que se abstuvieron de hacerlo el 40% corresponde al hospital L. Lagomaggiore.

2)- PROPOSITOS FUNDAMENTALES DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA SEGÚN PRIORIDAD

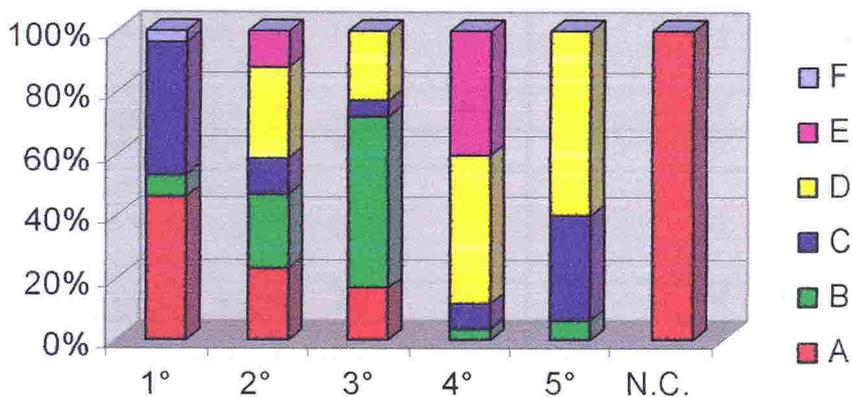
E.S.G. de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par. por propósitos fundamentales de los registros de enfermería de los S.G. según prioridad, Maipú 2002

Cod.	Propósito fundamental	Prioridad						S
		1°	2°	3°	4°	5°	N.C.	
A	Constancia de la evolución del Pte.	12	4	3	0	0	4	23
B	Comunicar nuestro actuar al equipo Inter.	2	4	10	1	1	0	18
C	Guía para la supervisión de enfermería	11	2	1	2	5	0	21
D	Certificar las prestaciones de enfermería	0	5	4	12	9	0	30
E	Como fuente de datos de investigación futura	0	2	0	10	0	0	12
F	N.C.	1	0	0	0	0	0	1
	S	26	17	18	25	15	4	105

FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G. de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par., Maipú 2002

ANALISIS VERTICAL

Cod.	prioridad						S
	1°	2°	3°	4°	5°	N.C.	
A	46.15%	23.52%	16.66%	0%	0%	100.00%	22%
B	7.69%	23.52%	55.55%	4.00%	6.66%	0.00%	17%
C	42.30%	11.76%	5.55%	8.00%	33.33%	0%	20%
D	0%	29.41%	22.22%	48%	60%	0%	29%
E	0%	12%	0%	40.00%	0%	0%	11%
F	4%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
S	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%



COMENTARIO: La primer prioridad corresponde a "contancia de la evolución del paciente" (46%), la segunda prioridad "certificar las prestaciones de enfermería" (29%) y la tercera "comunicar nuestro actuar al equipo interdisciplinario" con el 55%.

3)- DATOS FUNDAMENTALES QUE DEBEN CONTENER LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DE LOS S.G. SEGÚN IMPORTANCIA

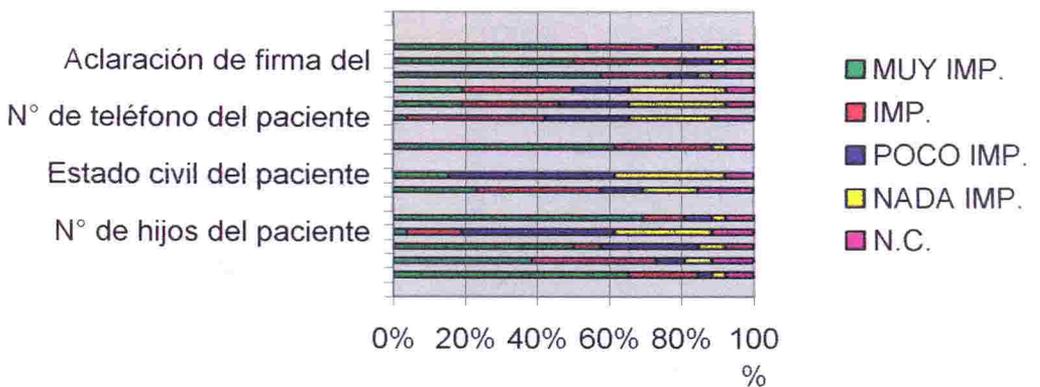
E.S.G. de los HtIs. Cen., Lag., Len. y Par. por datos fundamentales que deben contener los registros de enfermería de los S.G. según importancia Maipú 2002

CARACTERISTICAS	MUY IMP.	IMP.	POCO IMP	NADA IMP	N.C.	S
A. y N. del paciente	17	5	1	1	2	26
Edad del paciente	10	9	2	2	3	26
Acciones del médico	13	2	7	2	2	26
Nº de hijos del paciente	1	4	11	7	3	26
Acciones del enfermero ordenadas por el médico	18	3	2	1	2	26
Nº de matrícula del enfermero	6	9	3	4	4	26
Estado civil del paciente	4	0	12	8	2	26
Acciones de enfermería no ordenadas por el médico pero necesarias para el paciente	16	7	0	1	2	26
Nº de teléfono del paciente	1	10	6	6	3	26
Cobertura de obra social	5	7	5	7	2	26
Cobertura de A.R.T.	5	8	4	7	2	26
Firma del enfermero	15	5	2	1	3	26
Aclaración de firma del enf.	13	8	2	1	2	26
Hora y fecha de ingreso del paciente	14	5	3	2	2	26
Otros	0	0	0		0	0
S	138	82	60	50	34	364

FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G de los HtIs. Cen., Lag., Len. y Par., Maipú 2002

ANALISIS HORIZONTAL

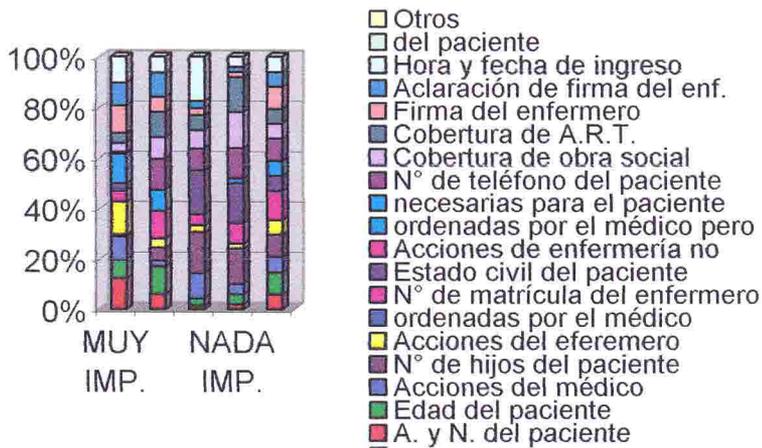
CARACTERISTICAS	MUY IMP.	IMP.	POCO IMP.	NADA IMP.	N.C.	S
A. y N. del paciente	65.38%	19.23%	3.84%	3.84%	7.69%	100%
Edad del paciente	38.46%	34.61%	7.69%	7.69%	11.53%	100%
Acciones del médico	50%	7.69%	26.92%	7.69%	7.69%	100%
N° de hijos del paciente	3.84%	15.38%	42.30%	26.92%	11.53%	100%
Acciones del enfermero ordenadas por el médico	69.23%	11.53%	7.69%	3.84%	7.69%	100%
N° de matrícula del enfermero	23.07%	34.61%	11.53%	15.38%	15.38%	100%
Estado civil del paciente	15.38%	0%	46.15%	30.76%	7.69%	100%
Acciones de enfermería no ordenadas por el médico pero necesarias para el paciente	61.53%	26.92%	0%	3.84%	7.69%	100%
N° de teléfono del paciente	3.84%	38.46%	23.07%	23.07%	11.53%	100%
Cobertura de obra social	19.23%	26.92%	19.23%	26.92%	7.69%	100%
Cobertura de A.R.T.	19.23%	30.76%	15.39%	26.92%	7.69%	100%
Firma del enfermero	57.69%	19.23%	7.69%	3.84%	11.53%	100%
Aclaración de firma del enf.	50%	30.76%	7.69%	3.84%	7.69%	100%
Hora y fecha de ingreso del paciente	53.84%	19.23%	11.53%	7.69%	7.69%	100%
Otros	0%	0%	0%	0%	0%	100%
S	37.91%	22.52%	16.48%	13.73%	9.34%	100%



COMENTARIO: Si analizamos los datos horizontalmente podemos ver que tanto la "firma del enfermero" (57%) como su "aclaración" (50%) se encuentran en el ítem MUY IMPORTANTE, sin embargo el dato complementario del trinomio inseparable: "N° de Mat.", no comparte según los E.S.G. la misma importancia, pues apenas con el 34% se lo catalogó como solamente IMPORTANTE.

ANALISIS VERTICAL

CARACTERISTICAS	MUY IMP.	IMP.	POCO IMP.	NADA IMP.	N.C.	S
A. y N. del paciente	12.31%	6.09%	1.66%	2.00%	5.88%	7%
Edad del paciente	7.24%	10.97%	3.33%	4.00%	8.82%	7%
Acciones del médico	9%	2.43%	11.66%	4.00%	5.88%	7%
N° de hijos del paciente	0.72%	4.87%	18.33%	14.00%	8.82%	7%
Acciones del enfermero ordenadas por el médico	13.04%	3.65%	3.33%	2.00%	5.88%	7%
N° de matrícula del enfermero	4.34%	10.97%	5.00%	8.00%	11.76%	7%
Estado civil del paciente	2.89%	0%	20.00%	16.00%	5.88%	7%
Acciones de enfermería no ordenadas por el médico pero necesarias para el paciente	11.59%	8.53%	0%	2.00%	5.88%	7%
N° de teléfono del paciente	0.72%	12.19%	10.00%	12.00%	8.82%	7%
Cobertura de obra social	3.62%	8.53%	8.33%	14.00%	5.88%	7%
Cobertura de A.R.T.	3.62%	9.75%	6.66%	14.00%	5.88%	7%
Firma del enfermero	10.86%	6.09%	3.33%	2.00%	8.82%	7%
Aclaración de firma del enf.	9%	9.75%	3.33%	2.00%	5.88%	7%
Hora y fecha de ingreso del paciente	10.14%	6.09%	20.00%	4.00%	5.88%	7%
Otros	0%	0%	0%	0%	0%	7%
S	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100%



COMENTARIO: Al preguntar a los E.S.G. cuales son los dato mas importantes (MUY IMP.) que deberían contener los registros de enfermería de la guardia, el 1° lugar (13%) es para **"acciones del enfermero ordenadas por el médico"** y recién en 3° lugar con 12% a las **"acciones independientes de enfermería"**, precedida por los **"datos básicos del pte."** (12,3%) en 2° puesto. Para el item importante (IMP.) el dato **"N° de teléfono del pte."** ocupa el 2° lugar (12,19%) y **"edad del pte."** junto con **"N° de Mat. De. Enfermero"** ocupan el 2° lugar.

4)- TURNOS HABITUALES COMO E.S.G. CON CONFORMIDAD POR LA UTILIZACIÓN DE REGISTROS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS EN S.G.

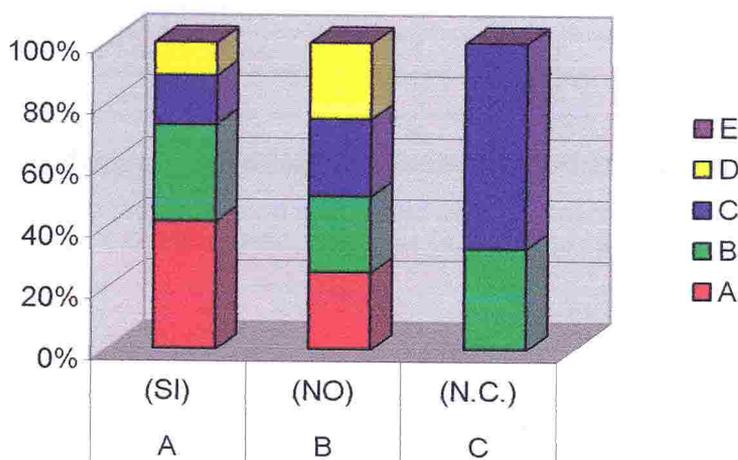
E.S.G. de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par. con conformidad por la utilización de registros enfermeros estandarizados en los S.G., Maipú 2002

Cod.	TURNOS	OPINION			S
		A (SI)	B (NO)	C (N.C.)	
A	MANANA	8	1	0	9
B	TARDE	6	1	1	8
C	NOCHE	3	1	2	6
D	8HS. O MAS	2	1	0	3
E	N.C.	0	0	0	0
	S	19	4	3	26

FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G. De los Htts. Cen., Lag., Len. y Par., Maipú 2002

ANALISIS VERTICAL

Cod.	TURNOS	OPINION			S
		A (SI)	B (NO)	C (N.C.)	
A	MAÑANA	42.11%	25.00%	0.00%	35%
B	TARDE	32.00%	25.00%	33%	31%
C	NOCHE	16%	25%	67%	23%
D	8HS. O MAS	11%	25%	0%	12%
E	N.C.	0%	0%	0%	0%
	S	100%	100%	100%	100%



COMENTARIO: Al relacionar los turnos habituales de trabajo de los E.S.G. con las ventajas de la utilización de formatos estandarizados, como forma cómoda pero sencilla de documentar las prestaciones profesionales de enfermería, descubrimos que la mayoría de los enfermeros que si los emplearían (42%) se desempeñan en el turno mañana - donde el ajetreo es mayor que en los otros turnos y se busca ante todo simplificación de las tareas - . El menor porcentaje (apenas 11%) que también los utilizaría laboran en turnos de mas de 8hs., seguramente por que disponen de mas tiempo para redactar sus informes.

5)- AÑOS DE ANTIGÜEDAD COMO ENFERMERO DE LOS S.G. CON VALOR QUE REPRESENTAN LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

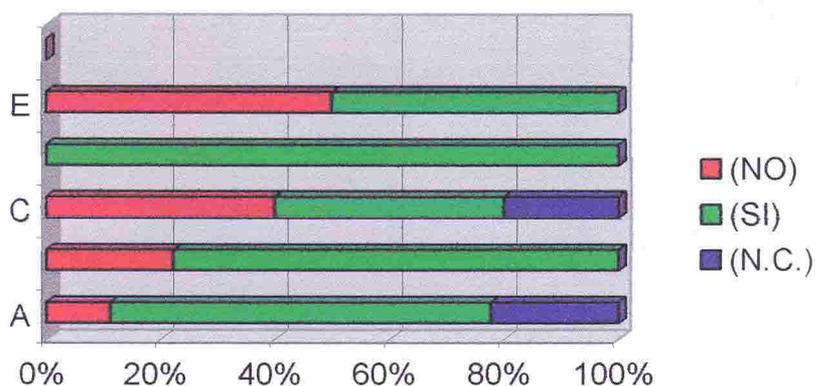
E.S.G. de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par. por años de antigüedad en los S.G. según valor de los registros de enfermería, Maipú 2002

Cod.	AÑOS DE SERVICIO	OPINION			S
		A (NO)	B (SI)	C	
A	1 a 5 años	1	6	2	9
B	6 a 10 años	2	7	0	9
C	11 a 15 años	2	2	1	5
D	16 a 20 años	0	1	0	1
E	21 a 25 años	1	1	0	2
F	N.C.	0	0	0	0
	S	6	17	3	26

FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G. de los Htts. Cen., Len., Lag. Y Par., Maipú 2002

ANALISIS HORIZONTAL

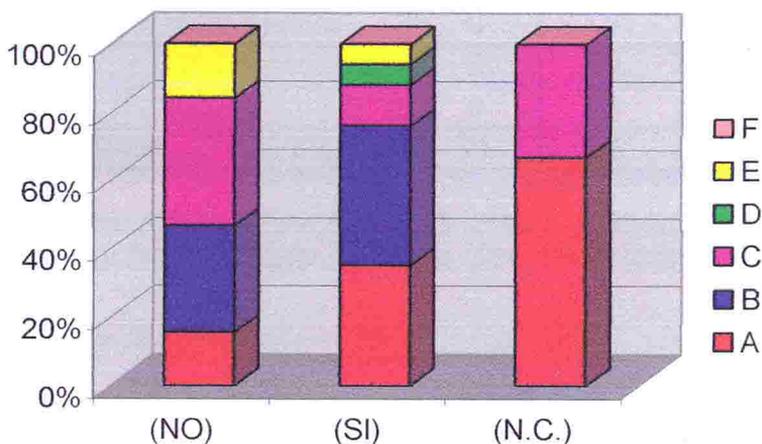
Cod.	AÑOS DE SERVICIO	OPINION			S
		A (NO)	B (SI)	C (N.C.)	
A	1 a 5 años	11.11%	66.67%	22.22%	100%
B	6 a 10 años	22.23%	77.77%	0%	100%
C	11 a 15 años	40%	40%	20%	100%
D	16 a 20 años	0%	100%	0%	100%
E	21 a 25 años	50%	50%	0%	100%
F	N.C.	0%	0%	0%	100%
	S	23.08%	65.39%	11.53%	100%



COMENTARIO: Si comparamos el valor positivo/negativo que respresentan los registros de enfermería, podemos apreciar que la mitad (40/50%)de los E.S.G. con antigüedad entre 11-15años y 21-25años optatron por los dos extremos.

ANALISIS VERTICAL

Cod.	AÑOS DE SERVICIO	OPINION			S
		A (NO)	B (SI)	C (N.C.)	
A	1 a 5 años	16.66%	35.29%	66.67%	35%
B	6 a 10 años	33.34%	41.17%	0%	35%
C	11 a 15 años	40%	12%	33%	19%
D	16 a 20 años	0%	6%	0%	4%
E	21 a 25 años	17%	6%	0%	8%
F	N.C.	0%	0%	0%	0%
	S	100.00%	100.00%	100.00%	100%



COMENTARIO: De la relación entre la antigüedad como E.S.G. y el valor que representan los registros enfermeros, la mayoría (40%) que creen que no se los valora debidamente tienen una antigüedad de 11 a 15 años de en los S.G.

Los mayores porcentajes (35 y 41%) que reconocen su valor intrínseco, son relativamente nuevos en el servicio, con menos de 10 años de antigüedad.

6)- FORMACION DE LOS E.S.G. CON INTERES POR CONOCER LAS CONCLUSIONES DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

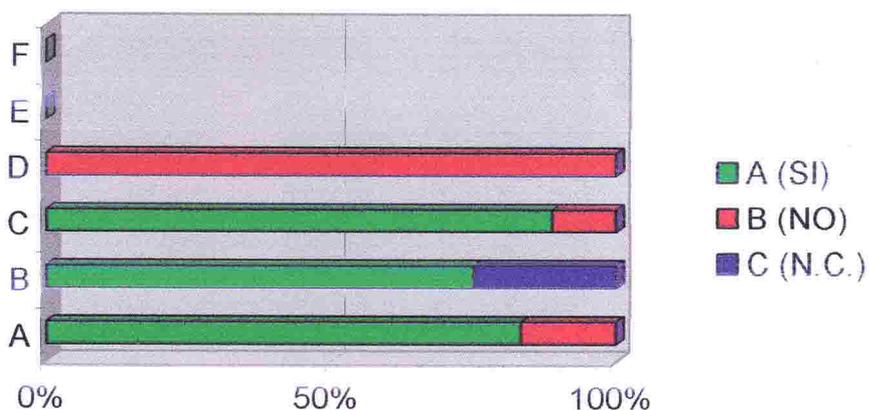
E.S.G de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par. por formación académica según interés en conocer las conclusiones del proyecto de investigación, Maipú 2002

Cod.	FORMACION ACADEMICA	OPINION			S
		A (SI)	B (NO)	C (N.C.)	
A	AUXILIAR DE ENF.	10	2	0	12
B	ENF. PROFESIONAL	3	0	1	4
C	ENF. UNIVERSITARIO	8	1	0	9
D	LICENCIADO EN ENF.	0	1	0	1
E	OTROS.	0	0	0	0
F	N.C.	0	0	0	0
	S	21	4	1	26

FUENTE: Elaboración propia en base a los datos de los cuestionarios contestados por los E.S.G de los Htts. Cen., Lag., Len. y Par., Maipú 2002

ANALISIS HORIZONTAL

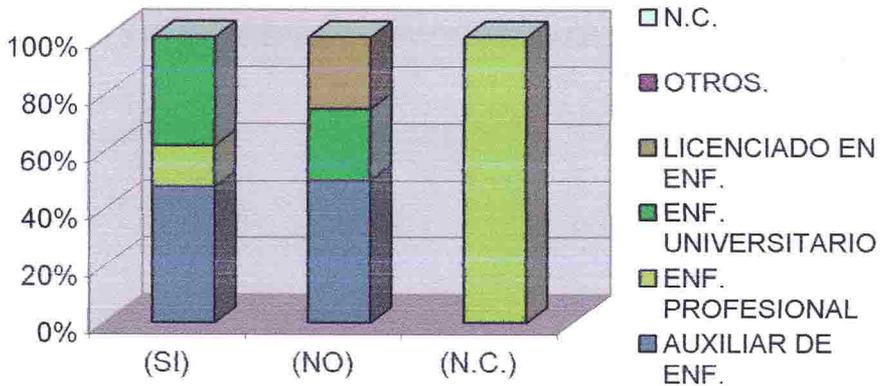
Cod.	FORMACION FORM. ACADEMICA	OPINION			S
		A (SI)	B (NO)	C (N.C.)	
A	AUXILIAR DE ENF.	83.33%	16.66%	0%	100%
B	ENF. PROFESIONAL	75%	0%	25%	100%
C	ENF. UNIVERSITARIO	88.88%	11.11%	0%	100%
D	LICENCIADO EN ENF.	0%	100%	0%	100%
E	OTROS.	0%	0%	0%	100%
F	N.C.	0%	0%	0%	100%
	S	80.76%	15.38%	3.84%	100%



COMENTARIO: Casi la totalidad de los enfermeros con formación superior (universitarios y profesionales) 89% y 75% respectivamente si desean recibir una copia de las conclusiones, a excepción (sorprendente!) del único lic. en enfermería que no lo desea.

ANALISIS VERTICAL

Cod.	FORMACION FORM. ACADEMICA	OPINION			S
		A (SI)	B (NO)	C (N.C.)	
A	AUXILIAR DE ENF.	47.61%	50.00%	0%	46%
B	ENF. PROFESIONAL	14%	0%	100%	15%
C	ENF. UNIVERSITARIO	38.09%	25.00%	0%	35%
D	LICENCIADO EN ENF.	0%	25%	0%	4%
E	OTROS.	0%	0%	0%	0%
F	N.C.	0%	0%	0%	0%
	S	100.00%	100.00%	100.00%	100%



COMENTARIO: El similar porcentaje de agentes de enfermería que desean recibir una copia con las conclusiones finales y no hacerlo (47% y 60%) comparten idéntica formación: auxiliares de enfermería. Comprensible al entender que componen la mayor población de la muestra

SUGERENCIAS LIBRES SOBRE LOS TEMAS EXPUESTOS EN EL CUESTIONARIO

9 enfermeros (34% del total –26-) plasmaron las siguientes inquietudes (relevantes):

- ◆ Los registros de enfermería suponen aumento de responsabilidad y tiempo de trabajo para los enfermeros de la guardia, ámbito en que la actividad suele ser frenética y no da lugar para detalles como documentar en forma completa todo lo que se a realizado al paciente.
- ◆ La utilización de formatos enfermeros estandarizados facilitaría grandemente la actividad misma de registro.
- ◆ Todo emprendimiento en pro del bienestar del paciente es válido y merece el esfuerzo ponerlo en práctica.
- ◆ El término cliente aumenta el distanciamiento entre el personal de enfermería y el individuo (lo cual no estimula la cooperación!)

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La escasa adhesión de respuesta a la encuesta, nos indujo a pensar en un primer momento, el poco interés que tienen los enfermeros de profundizar nuevos enfoques y resultados sobre temas relacionados con el ejercicio de la profesión; fruto del esfuerzo de sus pares en el campo de la investigación. Sin embargo, el significativo porcentaje de encuestados deseosos de conocer las conclusiones de este proyecto (relativo a la importancia de los registros enfermeros de los servicios de guardia) nos sorprendió, e impulso a aventurar, que en lugar de desinterés en saber, los enfermeros son reacios a opinar y participar de forma mas activa en asuntos de su competencia. Tal vez no somos concientes de lo valioso que implica, para el fomento de innovaciones en el contexto de enfermería, expresar sin temor lo que pensamos y necesitamos, y primordialmente los por que de ello.

La generalidad de los enfermeros de los servicios de guardia advierte el valor sustancial y vital de documentar las actividades profesionales en forma completa y veraz, especialmente aquellos cuya antigüedad no supera los 10 años de servicio.

Para ellos constatar la evolución del paciente es el propósito fundamental de los registros, en principio, el beneficiario mas importante; y la enfermera misma prestadora de servicios en segunda instancia.

Apenas poco mas de la mitad de los enfermeros de urgencias reconocen que parte de hacerlo adecuadamente, es contar con un espacio en la H.C. de guardia, de uso exclusivo para enfermería, donde plasmar las observaciones y actividades realizadas al paciente que mas tarde es internado. La otra mitad piensa que contar con él supone trabajo extra para la enfermera y una pérdida de tiempo.

Por lo tanto, podemos decir que en su mayoría, los enfermeros de urgencias estan en desacuerdo con los instrumentos utilizados actualmente en sus propios servicios para documentar esta clase de información; ya que el medio utilizado mas comunmente es el cuaderno de prestaciones. Una forma indirecta de monopolizar la información relacionada con la atención del paciente, pues el empleo de este tipo de instrumento de registro impide que la misma trascienda a los servicios de internación. Evidentemente se desconoce, lo importante que es para el resto de los integrantes del equipo recibir sus beneficios.

Entre las causas por las cuales los enfermeros de los servicios de guardia creen que no existen formatos de registros enfermeros mejor diseñados y adaptados a las necesidades particulares del servicio de urgencias, destacan en primer y segundo término, el desinterés de las autoridades de enfermería y el desconocimiento de sus ventajas.

Una de las opciones mejor acogida para agilizar la actividad de registro, fue precisamente el empleo de un modelo estandarizado y práctico, sinónimo de economía (en tiempo y esfuerzo). Debiendo figurar como información muy importante, según la opinión de los encuestados, las indicaciones médicas,

datos básicos del paciente (nombre y apellido) y acciones independientes de enfermería respectivamente.

Con respecto al prestador de servicios enfermeros, también son considerados la firma y su aclaración así como el número de matrícula datos de suma importancia. Pero en realidad rara vez se registran juntos, suele ser el primero (la firma) lo único que certifica la prestación de enfermería. Sin embargo es fundamental darse cuenta que los tres conforman una tríada inseparable que nunca debe faltar en un informe de enfermería, cualquiera sea su objetivo o destino, pues son ellos los que identifican a los enfermeros que son responsables de los cuidados que prestan.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Los autores, en busca de soluciones factibles y prácticas sugieren las siguientes propuestas de intervención:

1)- Entregar una copia de las conclusiones de este proyecto de investigación a los jefes de unidad de los servicios de guardia de los hospitales incluidos en la muestra, para que den a conocer al personal de enfermería a cargo su contenido y de esta forma:

- ❖ Promover la conformación de ateneos de enfermería ó grupos de discusión sobre las mismas y los temas relacionados, generando *inquietud y alternativas de respuesta como primer paso para el cambio.*
- ❖ Redefinir los propósitos, utilidad, ventajas de los registros de enfermería de los servicios de guardia, tanto para el paciente, para si mismos, enfermeros de otros servicios e integrantes del equipo interdisciplinario.
- ❖ Alentar la elaboración de formatos de enfermería estandarizados, ágiles y prácticos, aplicables y ajustados a las necesidades del servicio.
- ❖ Incentivar la participación y colaboración en la confección de formatos estandarizados del servicio de guardia, del personal de enfermería de los servicios de internación, para que expongan su perspectiva y aclaren la clase/tipo de información que necesitan sobre el paciente que queda internado en el piso.
- ❖ Buscar asesoría con otros enfermeros de la institución con experiencia sobre los temas tratados y en la creación e implementación de formatos *estandarizados de registros enfermeros.*

2)- Entregar una copia de las conclusiones a las autoridades de los departamentos de enfermería de los hospitales incluidos en la muestra, y de esta forma:

- ❖ Conozcan lo que piensan los E.S.G. – de la institución- respecto al modo como se trata actualmente la información que se desprende de la *interacción enfermera/paciente.*
- ❖ Fomente la participación activa de los E.S.G. en la construcción de formas de registros enfermeros apropiados a las necesidades del servicio, mediante el reconocimiento y devolución de las horas empleadas a tal fin. Participando de este beneficio a los enfermeros de los servicios de internación que deseen participar en el proyecto.
- ❖ Gestionar ante las autoridades correspondiente de la institución, la inclusión de un espacio propio de enfermería (ú hoja) en la historia clínica de los servicios de guardia.
- ❖ Normatice la utilización sistemática de estos espacios por los E.S.G.

- ❖ Favorezca la integración de un sistema de comunicación en red interservicio, que posibilite la retroalimentación de información relacionada con la relación enfermero/paciente.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I

Hospital Diego Paroissien

Malpa Marzoza

**NOVEDADES DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE GUARDIA**

NOMBRE Y APELLIDO:..... FECHA:.....

TRATAMIENTOS REALIZADOS

CONTROLES HORA OBSERVACIONES (Consignar características)

PUNCIÓN.....
DIURESIS.....
VÓMITO/ S.....
SONDAJE / S.....
OXIGENOTERAPIA.....
EST.COMPLEMENT.....

SIGNOS VITALES.....

MEDICACIÓN VIA HORA FIRMA ENFERMERO/A

.....
.....
.....

(REGISTRAR Y FIRMAR EN FORMA LEGIBLE)

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA:

INGRESO.....
.....
.....

CONSIGNAR: TRATAMIENTO, CUIDADOS REALIZADOS, SÍNTOMAS Y REACCIONES OBSERVADOS:

(FIRMA EMFERMERO ASISTENTE)

.....
.....
.....
.....

ANEXO II
HOSPITAL CENTRAL

FORMULARIO DE ADMISION

EL PACIENTE: H.C. No:

CON DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

DEBE SER INTERNADO EN EL SERVICIO DE: SALA: CAJ

AUTORIZADO POR: CONSULTORIO EXTERNO O EMERGENCIA

FECHA DE INGRESO: .../.../...

.....

.....

FECHA DE ALTA: .../.../...

SELLO DE ADMISION

FIRMA DEL MEDICO

ANEXO II
HOSPITAL CENTRAL

SERVICIO DE GUARDIA

HISTORIA CLINICA

FECHA: / /

SALA:

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

• MOTIVO DE LA CONSULTA:

• ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

• EXAMEN FISICO:

ESTADO GENERAL:

PULSO:

T/A:

TEMPERATURA:

CABEZA Y CUELLO:

APARATO RESPIRATORIO:

APARATO CARDIOVASCULAR:

ABDOMEN:

GENITO URINARIO:

• IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

• TRATAMIENTO:

ANEXO II
HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE

Hospital LUIS C. LAGOMAGGIORE
Servicio de Estadística
Admisión y Egresos

PEDIDO DE INTERNACIÓN



El Paciente:..... H.C.:.....

Con diagnóstico presuntivo :.....

Debe ser Internado según el Diagnóstico en el Servicio de:.....

Sala:..... Cama:.....

ANEXO II
HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE

Servicio de GUARDIA
HISTORIA CLÍNICA

Fecha: / /

Nombre y Apellido:

Lugar:

Motivo de la consulta:

Edad:

Constit:

H.C.I.:

Atendidos:

Antecedentes de la enfermedad actual:

Antecedentes personales patológicos:

EXAMEN FÍSICO

Estado General:

Cabeza y Cuello:

Aparato Respiratorio:

T.A.

Temperatura

Pulso

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TRATAMIENTO

Genial Urquaró

ANEXO II
HOSPITAL NESTOR LENCINAS

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL
Y SALUD
HOSPITAL JOSE N. LENCINAS

PEDIDO DE INTERNACION

El Paciente H. C. Nº

con diagnóstico presuntivo

debe ser internado en el Servicio Sala Cama

Autorizado por: Consultorio Externo Emergencia

.....
Fecha

.....
Firma del Médico

.....
Sello de Admisión

ANEXO II
HOSPITAL DIEGO PAROISSIEN

HOSPITAL DIEGO PAROISSIEN	EN	ahh-p14
PEDIDO DE INTERNACION		
El Paciente	-----	H/C Nº
con diagnóstico presuntivo	-----	
debe ser internado en el Servicio	-----	Sala
		Cama
Autorizado por el Servicio de Guardia.		
dia mes año		firma del Médico

HOSPITAL DIEGO PAROISSIEN
MAIPU
HISTORIA CLINICA DE GUARDIA

MAIPU - MENDOZA

FECHA: _____

SERVICIO: _____

A - DATOS PERSONALES:

Apellido y Nombres: _____ D.N.I.: _____
Nacionalidad: _____ Edad: _____ Fecha de Nac.: _____
Domicilio: _____
Ocupación: _____
Acompañante: (Nombre, Doc., y grado de parentesco) _____

B - MOTIVO DE CONSULTA:

C - ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

D - ESTADO ACTUAL: (General y por aparatos) PESO: _____ TALLA: _____

F - INDICACIONES MEDICAS:

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____
- 6- _____
- 7- _____
- 8- _____

G - OBSERVACIONES:

JEFE O MEDICO
DE GUARDIA

MEDICO
RESIDENTE
MEDICINA DE FAMILIA

E - FUNDAMENTO DE LA INTERNACION:

REGISTROS DE ENFERMERIA

ESTE CUESTIONARIO ES DE CARÁCTER ANÓNIMO, POR FAVOR O COLOQUE SU NOMBRE, SIMPLEMENTE RESPONDA CON LETRA IMPRENTA CUANDO SEA NECESARIO

FORMULARIO N°:

FECHA:/...../.....

HOSPITAL:.....

1)- ¿Hace cuantos años trabajo en el servicio de urgencias?

N° de años.....

2)- ¿En que turno se desempeña habitualmente?

(encierre con un círculo la respuesta escogida)

MAÑANA(A) TARDE (B) NOCHE(C) MAS DE 8Hs.(D) N.C.(E)

3)- Su formación como agente de enfermería es:

AUXILIAR DE ENFERMERIA:.....(A)

PROFESIONAL DE ENFERMERIA:.....(B)

ENFERMERO UNIVERSITARIO:.....(C)

LICENCIADO EN ENFERMERIA:.....(D)

OTRO:.....(E)

N.C.(F)

4)- ¿En dónde registra Ud. como enfermero del servicio de urgencias las prestaciones realizadas a los pacientes que son atendidos en la guardia y pasan a internación? (marque con una cruz la opción que responda a su realidad)

(.....)CUADERNO DE NOVEDADES(A)

(.....)LIBRO DE GUARDIA(B)

(.....)HOJA DE ENFERMERIA(C)

(.....)EN LA H.C.(D)

(.....)CUANDERNO DE PRESTACIONES(E)

(.....)NO SE REGISTRAN(F)

N.C.(G)

5)- ¿Esta de acuerdo en la forma que lo hace actualmente?

SI es SI (A) (fundamente brevemente su respuesta)(D).....

SI es NO ¿Cuál piensa Ud. que es la razón fundamental por la que no se ha creado un formato apropiado de registro de enfermería en los servicios de guardia? (marque con una cruz la opción elegida)

(.....)DESINTERES DE LAS AUTORIDADES DE ENFERMERIA(B1)

(.....)UTILIDAD CUESTIONADA DE LOS MISMOS(B2)

(.....)DESCONOCIMIENTO DE SUS VENTAJAS POR PARTE DE LOS ENFERMEROS(B3)

(.....)JESCACES DE PRESUPUESTO DE LA INTITUCION PARA IMPLEMENTARLOS(B4)

(.....)NO SE JUSTIFICA SU USO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS(B5)

N.C.(C)

6)- ¿Ud. piensa que es necesario para el enfermero de la guardia tener un espacio en la H.C. donde realizar anotaciones propias?

SI..... NO..... FUNDAMENTE SU RESPUESTA CON LAS SIGUIENTES OPCIONES (seleccione la opción que considere mas adecuada colocando una cruz al final de la oración)

PARA FINES ADMINISTRATIVOS Y ESTADISTICOS (.....)(A)

POR QUE COMPRUEBA MI DESEMPEÑO PROFESIONAL (.....)(B)

NO POR QUE CONSUME TIEMPO PRECIOSO DE TRABAJO Y SUPONE UNA CARGA EXTRA PARA LA ENFERMERA (.....)(C)

ME PERMITE CORROBORAR LAS ACTIVIDADES Y OBSERVACIONES DE ENFERMERIA EFECTUADAS AL PACIENTE (.....)(D)

NO LE VEO UTILIDAD PRACTICA (.....)(E)

N.C.(F)

7)- ¿Cuáles cree Ud. que son los datos fundamentales que deberían contener los registros de enfermería de los servicios de guardia? (priorice con los criterios desde muy importante a nada importante todas las características del cuadro)

CARACTERISTICAS	MUY IMP.	IMP.	POCO IMP.	NADA IMP.
(A)- A. y N. del paciente	()	()	()	()
(B)- Edad del paciente	()	()	()	()
(C)- Acciones del médico	()	()	()	()
(D)- N° de hijos del paciente.	()	()	()	()
(E)- Acciones del enfermero	()	()	()	()
Ordenadas por el médico				
(F)- N° de Mat. Del enf.	()	()	()	()
(G)- Estado civil del paciente.	()	()	()	()
(H)- Acciones de enfermería	()	()	()	()
No ordenadas por el				
Médico pero nec. P/ el pte.				
(I)- N° de teléfono del pte.	()	()	()	()
(J)- Cobertura de obra social.	()	()	()	()
(K)- Cobertura de A.R.T.	()	()	()	()
(L)- Firma del enfermero.	()	()	()	()
(LL)- Aclaración de firma.	()	()	()	()
(M)- Hora y fecha de ingreso	()	()	()	()
del paciente				
(N)- Otros	()	()	()	()
(Ñ)- N.C.	()	()	()	()

8)- ¿Cuál cree Ud. que es el propósito fundamental de los registros de enfermería de la guardia? (enumerar en forma prioritaria todas las opciones, etendiendo como el N° 1 la opción de mayor prioridad, y el N° 4 la de menor)

(.....)CONTANCIA DE LA EVOLUCION DEL PACIENTE(A)

(.....)COMUNICAR NUESTRO ACTUAR AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO(B)

(.....)GUIA PARA LA SUPERVISION DE ENFERMERIA(C)

(.....)CERTIFICAR LAS PRESTACIONES ENFERMERAS(D)

(.....)COMO FUENTE DE DATOS DE INVESTIGACION FUTURA(E)

N.C.(F)

9)- ¿Quién cree Ud. que se beneficiaría mas con los registros enfermeros de los servicios de guardia?

(.....)LA ENFERMERA DE LA GUARDIA(A)

(.....)EL PACIENTE INTERNADO(B)

(.....)EL MEDICO DE SALA(C)

(.....)LA ENFERMERA DE INTERNACION(D)

(.....)OTROS MIEMBROS DEL EQUIPO(E)

N.C.(F)

FUNDAMENTE BREVEMENTE SU RESPUESTA(G).....

10)- **¿Cuál de los enunciados responde mejor a su opinión referente a los registros de enfermería de la guardia?** (responda con una cruz la opción elegida)

(.....) *A veces creo que a los registros de enfermería no se les da el valor e importancia que merecen, por tanto no vale la pena escribirlos con demasiado detalle.* (A)

(.....) *Pienso que los registros enfermeros tienen valor en si mismos, por eso debo ser lo mas exacto posible en su redacción.* (B)

N.C.(C)

11)- **¿Si los registros de enfermería de los servicios de guardia fueran estandarizados, los utilizaría?** (escoja la opción que mejor cuadre con su decisión)

(.....) *Si los emplearía, porque su fácil llenado ahorra tiempo precioso a la enfermera de la guardia, tocandose además todos los aspectos básicos en la atención al cliente.* (A)

(.....) *No los utilizaría por que no me permite ser creativo en la redacción y explayarme con detalle suficiente, además es una forma impersonal de tratar los aspectos del cliente.* (B)

N.C.(C)

12)- **Deseo recibir una copia de las conclusiones finales de este proyecto**

SI.....(A) NO.....(B) N.C.(C)

13)- **SI DESEA APORTAR SUGERENCIAS O ACLARACION DE LOS TEMAS EXPUESTOS PUEDE HACERLO EN ESTE ESPACIO(A).....**

EN SU SERVICIO DE HA DISPUESTO DE UNA URNA FORRADA DE COLOR AZUL, DONDE UD. PUEDE DEPOSITAR EL FORMULARIO UNA VEZ CONTESTADO. LA INFORMACION RECOGIDA SE UTILIZARA PARA FINES DE INVESTIGACION DE LA PRACTICA ENFERMERA

GRACIAS POR SU COLABORACION

**DE LERA JAVIER – FLORES ADRIAN – JURADO NORA
ESTUDIANTES DE LA CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERIA
ESCUELA DE ENFERMERIA – F.C.B. – U.N.C. – M.S. – MZA.**

ANEXO IV

Maipú - Mendoza, 4 de Noviembre de 2002

Sra. CRISTINA TURNBULL
Dto. DE ENFERMERIA
Iral. DIEGO PAROISSIEN
S _____ / _____ D

De nuestra consideración:

Nos dirigimos a Ud. y por su intermedio a quien corresponda, a fin de solicitar autorización para llevar a cabo una encuesta - a través de un formulario estructurado- al personal de enfermería del servicio de guardia. Como parte de un proyecto de investigación de la carrera de licenciatura en enfermería, en el que se pretende determinar, por medio de un estudio cualitativo, el valor que los enfermeros de urgencias le asignan a la documentación de las prestaciones enfermeras efectuadas al paciente que es atendido en este servicio y queda internado.

Con tal motivo, se necesitará de la colaboración del jefe de unidad del servicio de guardia y los enfermeros a su cargo. Se entregarán formularios en cantidad suficiente para cubrir la población sujeta en su totalidad (3 turnos) y una urna forrada de azul donde colocarlos una vez contestados. Para lo cual se dará un plazo de 5 días, a partir del día 5 y hasta el día 9 inclusivo, del corriente mes.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable;

Atte.:


.....
DE LERA JAVIER


.....
FLÓRES ADRIAN


.....
JURADO MORA

ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA DE ENFERMERIA
ESCUELA DE ENFERMERIA - F.C.M. - U.N.C. - M.S.

GERENCIA ASISTENCIAL

Dra. Dora RAMOS

S. _____ / _____ D.

Pase a su conocimiento y posterior autorización a lo anteriormente solicitado con el VºBº de este Departamento.

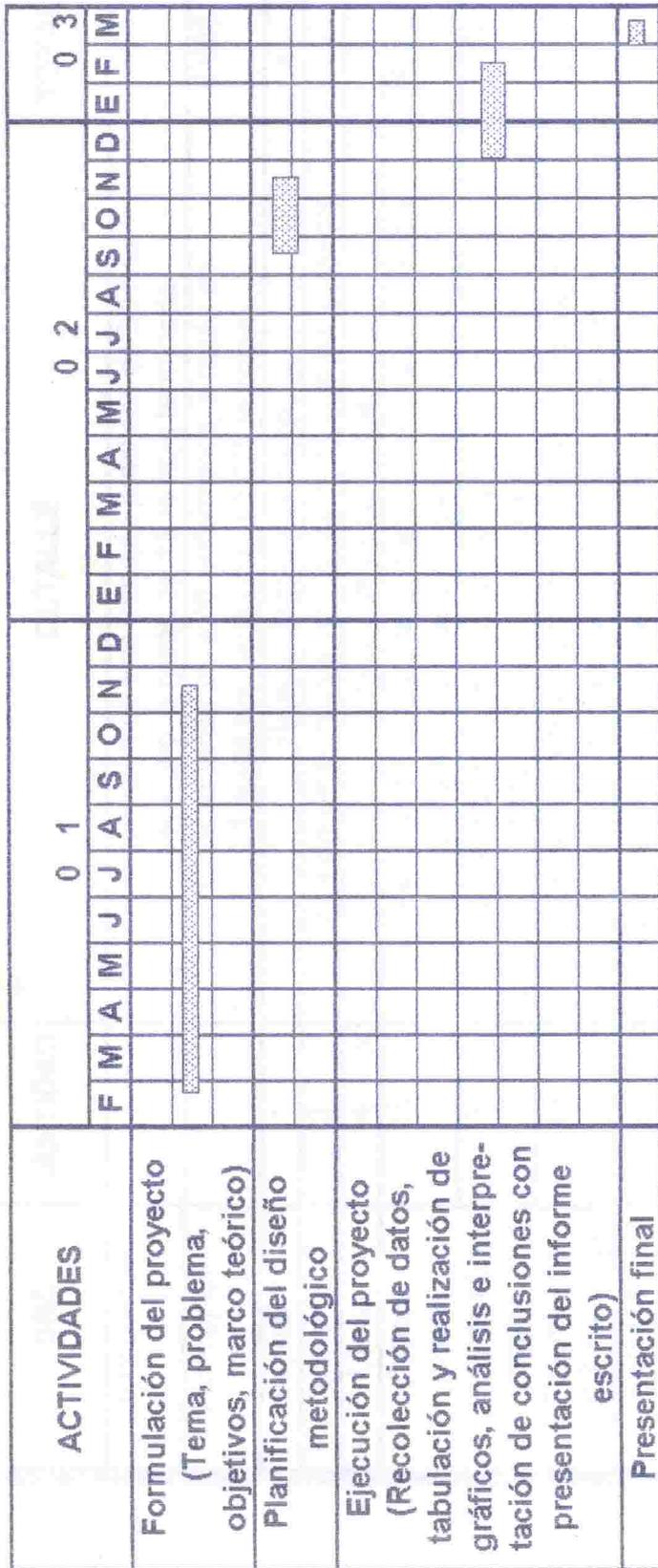
Saludo a usted muy atte.

Dpto. de ENFERMERIA
06 de Noviembre 2002-11-06


Cristina TURNBULL
Jefa Dpto. Enfermería
Hospital Diego Paroissien Maipú

VºBº 
Dra. Dora Ramos
Gerente Asistencial
Matr. 2010
Hospital Diego Paroissien

DIAGRAMA DE GANTT



ANEXO VI

PRESUPUESTO APROXIMADO

RUBRO	CANTIDAD	DETALLE	TOTAL
Computación	3	Transcripción de tres trabajos prácticos de 30 hojas cada uno, a razón de 1\$ la hoja terminada	90\$
Fotocopias	138	Cuestionarios para 46 enfermeros, a razón de 3 hojas por cada uno - (0,07\$ la copia)	9,66\$
Papelería	1	Resma de papel borrador	4\$
Librería	3	Carpetas de presentación, a razón de una por proyecto	6\$
Urnas	4	Forradas de papel afiche	3\$
Viaticos (desde ciudad de Mza. Pajajes: 0,75\$ mínimo 1,15\$ máximo)	18	Entrevistas del grupo de trabajo (3) con las autoridades de los 4 hospitales para pedir autorización	15,90\$
	8	Supervisión de la actividad en pleno desarrollo en cada hospital (1 persona por hospital)	6,8\$
	16	Entrega y retirada de urnas y cuestionarios a los servicios de guardia de cada hospital (1 persona por H.)	10,6\$
Recurso humano	3	Una semana de trabajo (5 días hábiles) para analizar, tabular y elaborar las conclusiones (2Hs. diarias por persona, a razón de 2\$ la hora)	60\$
TOTAL	194	S	205,96\$

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Aguilera Nuñez y otros. Dirección general de planificación sanitaria. Revista rol de enfermería, N°: 65-66, s.l., s.e., s.f.
2. Arndt, Clara, R.N.. magister en ciencias y otros. Administración en enfermería. teoría para la práctica con un enfoque de sistemas, 2da. Ed. en español, s.l., s.e., s.f.
3. Barquin. Administración en enfermería primaria. México D.F., Panamericana, 1995.
4. Bignami, Alba Beatriz y otros, Práctica de la administración. U.B.A., Bs. As. Argentina, s.e., s.f.
5. De La Revilla, Luis. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. El sistema de registro en la atención familiar. cap. 16, s.l., s.e., s.f. 1993
6. Du Gass, Beverly Witer. Tratado de enfermería práctica. 4ta. Ed., México D.F., nueva editorial Interamericana, s.f.
7. Federación panamericana de los profesionales de enfermería. Código de ética. s.l., s.e., 1984
8. Gordon, Susan. Responsabilidad ante el público, la profesión y el yo. Cap. II. s.l., s.e., s.f.
9. Hospital público de autogestión. Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos. M.S., s.e., octubre 1996
10. Kron, T. Liderazgo y administración en enfermería. 5ta. Ed. en español, s.l., Interamericana, 1985.
12. Long, Phipps, Cassmeyer, Enfermería médico quirúrgica. Un enfoque del proceso de enfermería. 3ra. Ed., España, Harcoud-Brace, 1998.
13. Ley de ejercicio de la profesión de enfermería de la provincia de Mendoza. N° 6836, Mendoza, Argentina, Diciembre 2002-10-26.
14. Ley 24.004. Ejercicio de la enfermería. Vigencia en ámbito de la capital federal. Sancionada en septiembre 1991 y promulgada en octubre 1991.

15. Marriner, Tomey, **Manual para la administración de enfermería**. 4ta. e.d., s.l., Interamericana Mc. Graw-Hill, 1993.
16. M.S. **Programa nacional de garantía de calidad de la atención médica**, Normas de organización y funcionamiento de servicios de enfermería en establecimientos de atención médica, Resolución ministerial n° 194/95.
17. Niederhauser, Dora, Lic. en enfermería. **Ética profesional y aspectos legales**. Esc. de enfermería, F.C.M., U.N.C., M.S., s.e., 1998.
18. Nursing 96. **Documentación inteligente**. Ed. en español, s.l., s.e., Abril 1996.
19. O.M.S., U.N.I.C.E.F. **Atención primaria de la salud**, Medida de mejoramiento: la información y las investigaciones (14). N° 1, Serie salud para todos, Ginebra, Nueva York, 1978.
20. Percorof, Adriana. Lic. en enfermería. **Principios de la comunicación**. Curso de organización y gestión de servicios en enfermería. Esc. de enfermería, F.C.M., U.B.A., 1997.
21. Polit, Hungler, **Investigación científica en ciencias de la salud**. 5ta. ed., México, Mc Graw-Hill Interamericana, 1997.
22. Pineda, E., B. y otros. **Metodología de la investigación**. 2da. Ed., Organización panamericana de la salud, O.M.S., s.f.
23. Villalba, Rosa y otros. **Perfil ideal, enfermera-licenciada en enfermería**. Cátedra de administración en enfermería, Córdoba, Esc. de enfermería, F.C.M., U.N.C., 1985.
24. Wiyer, P., (R.N.) y otros. **Proceso y diagnóstico de enfermería**. 2da. ed., Interamericana Mc Graw-Hill, s.f.

