



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

**ESCUELA DE LICENCIATURA DE
ENFERMERIA**

TESIS

**FACTORES QUE INFLUYEN PARA QUE NO SE
LLEVE ACABO EL LLENADO CORRECTO DE
LA HOJA DE ENFERMERÍA**

PRESENTA

P. L. E. LAURA MARTÍNEZ PAREDES

ASESORES

**L. A. E. MA. ELVIA PÉREZ CORONEL
Q.F.B JAZMIN VALENCIA GUZMAN**

COASESOR

L.E. AVELINA RAMIREZ IZQUIERDO

REVISOR

L.E.P RAMIRO MARCIAL MENDEZ

DIRECTIVOS

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

L.E.O MA MARTHA MARIN LAREDO
SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO

L.E.A MA ELVIA PEREZ CORONEL

PRESIDENTA

L.E. AVELINA RAMIREZ IZQUIERDO

PRIMERA VOCAL

L.E.P RAMIRO MARCIAL MENDEZ

SEGUNDA VOCAL

DEDICATORIAS:

Este es un apartado muy especial en el cual solo incluyo a mi familia:

A mi PAPA por ser mi ejemplo a seguir con su y trayectoria de lucha y superación que a tenido y que es una de mis fuentes de inspiración para mi superación.

A mi MAMA por su apoyo incondicional, ya que siempre que uno la necesita esta ahí presente, y aparte por estimularme a que estudiara hablándome con muchas verdades.

A mis hermanos **MANUEL** y **MARIO** que me han enseñado que hay que luchar por lo que deseamos y m que cuando lo desea y lo hace con esfuerzo las cosas se realizan..

A FERNANDO por dejarme ver que nunca es tarde para seguir estudiando.

A ISABEL que me apoya incondicionalmente y estimula a no quedarme estancada dentro de la profesión, y que me dice que es mejor trabajar por resultados y no por tiempo.

A CARLOS por apoyarme todo el tiempo, impulsarme a seguir, por su amor y por estar en mi vida.

Por todo esto y por su amor les dedico este paso más en mi carrera.

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar quiero dar gracias a Dios por darme salud para llegar a realizar mi carrera de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

Doy gracias muy especialmente a la **L.E.A. MA. ELVIA PÉREZ CORONEL** la cual me apoyo durante el año del Curso Complementario de Licenciatura en Enfermería, orientándonos y brindando todo lo que estaba en sus manos para que terminara con éxito la meta que me había propuesto.

También le doy las más sinceras gracias ya que me brindo su tiempo y apoyo en la asesoría esta tesis.

Quiero brindar mi agradecimiento a la Escuela de Licenciatura de enfermería por brindarme la oportunidad de pertenecer a ella y a todos los y las docentes que aportaron sus conocimientos para mi formación ya que me brindaron un cambio total de ver la enfermería.

Al Hospital de Mujer de esta ciudad por haber sido mi centro de practicas, en especial a su jefa de enfermeras a las supervisoras por su confianza y orientación durante las mismas.

CONTENIDO

PAG

INTRODUCCION

II. JUSTIFICACIÓN

III. OBJETIVO

General

Específico

V. MARCO TEÓRICO

Antecedentes del proceso enfermero

Valoración

Diagnostico

Plan de cuidados

Ejecución

Evaluación

Aspecto legal

Ética de la enfermera

METODOLOGIA

Planteamiento del problema

Hipótesis

Variables

Tipos de investigación

Universo de Estudio

PRESENTACION DE RESULTADOS

COMPROBACION DE LA HIPOTESIS

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

PROPUESTAS

GLOSARIO DE TÉRMINOS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

I. INTRODUCCIÓN

La importancia de un buen contenido en las notas de enfermería es de gran valor ya que las mayores críticas que se hacen a las anotaciones de enfermería en las hojas clínicas son las que casi no proporcionan gran información, fuera del cuidado rutinario por ejemplo se dio baño, se tomaron signos vitales, se ministraron medicamentos, entre otras.

Por otro lado observaciones físicas, emocionales, evolución, alteraciones suscitadas que se presentan en los pacientes, generalmente no son anotadas en la hoja de enfermería.

Por lo cual resultan poco útiles para los demás profesionales.

Las personas que se inician en la práctica de enfermería, probablemente registran solo hechos, actividades y observaciones demasiado obvias, se necesita adquirir experiencia práctica y cada vez mayor comprensión para producir registros de enfermería que describan objetiva y concisamente los problemas con los que tropieza y los progresos que se hacen en relación con ellos.

Dentro de las responsabilidades legales de enfermería existe la negligencia que es la omisión en la realización de algo que una persona responsable, guiada por los principios ordinarios que regulan los asuntos humanos, haría o dejaría de hacer en la practica, es de hecho cualquier error profesional o carencia irrazonable de experiencia profesional.

La HOJA DE ENFERMERÍA: es un instrumento legal, técnico y administrativo, que se utiliza en la practica profesional de la enfermera en el cual se registra la atención

otorgada al paciente, se trata de un documento único bien identificado en donde se incluye toda la atención concerniente a la salud, evolución y estado del paciente.

II. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación, se realiza sobre la base de la mala utilización de la hoja de enfermería, dado que en mi experiencia profesional he observado que no se le da la utilidad e importancia necesaria como instrumento legal, técnico y administrativo, que se utiliza en la practica profesional de la enfermera en la cual se registra la atención otorgada al paciente, y que de ella depende la información para continuar los tratamientos.

III. OBJETIVOS

a) General

Identificar los factores que determinan el llenado incorrecto de la hoja de enfermera en el hospital de la Mujer.

b) Objetivo Específico:

- Resaltar la importancia del llenado correcto de la hoja de enfermería en especial de los reportes.
- Proporcionar capacitación constante sobre el llenado correcto de la hoja de enfermería.
- Informar sobre los resultados obtenidos con este trabajo de tal manera que se estimule al personal de enfermería para realizar un adecuado llenado de las hojas de enfermería.

MARCO TEÓRICO

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, ATENCIÓN DE ENFERMERÍA,
EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA, DOCENTE DE ENFERMERÍA ENSEÑANZA /
EDUCACIÓN, APRENDIZAJE.**

La educación superior viene enfrentando hace algún tiempo una serie de desafíos difíciles de abordar, por cuanto factores de conocida naturaleza, externos al sistema, como los que se originan en su propio seno, afectan tanto sus resultados como sus procesos.

Quizás uno de los factores externos que aparece con mayor fuerza en esta década es la alta demanda por la calidad. El avance vertiginoso del conocimiento y del desarrollo tecnológico hace a los conductores del proceso estar al día en los conocimientos y ofrecer una formación que permita el desarrollo de aprendizaje adecuados a las exigencias y necesidades de los tiempos. La formación está fundamental y sistemáticamente organizada a través del proceso enseñanza-aprendizaje.

Cuando se habla de capacitación de profesores en general entendemos que se trata de un proceso en el cual un agente capacitador que domina su tema, transfiere sus conocimientos a un grupo de profesores que desconoce ese tema. En ese caso la meta del proceso es que los profesores aprendan ciertos contenidos para posteriormente aplicarlos en su práctica pedagógica.

Otro punto que debemos considerar es la existencia de distintos tipos de conocimientos:

- **El conocimiento común**, llamado también empírico, cotidiano u ordinario es toda cantidad de información que el hombre ha ido acumulando y reúne en su experiencia vital o de vida cotidiana.

- **El conocimiento científico**, es aquel obtenido mediante la aplicación del método científico, conformado por una serie de reglas desarrolladas y aplicadas por científicos que se consideran útiles para obtener la búsqueda científica. La interpretación de lo que constituye el método científico es discutido según el marco conceptual desde donde se le enfoque, relativo a la naturaleza de la realidad y del conocimiento.

En la práctica de la enfermería a diario nos encontramos con problemas que debemos resolver, ¿por qué no abordarlos de manera metódica, con fundamento científico? Un ejemplo concreto lo constituye el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Cada vez más la realidad de nuestra profesión nos desafía y debiéramos estar preparados para dar respuestas acertadas y coherentes a partir de un diagnóstico situacional, de esto depende en gran medida la adaptación de las respuestas a las necesidades concretas en materia de salud en nuestro país.

Sabemos que no es fácil aplicarlo y allí radica el motivo primordial de su rechazo, entonces ¿por qué no reflexionamos sobre la infraestructura necesaria para desarrollarlo?

Desde lo pedagógico, la aplicación del PAE introduce a los estudiantes en la aplicación de la metodología científica (asignatura elemental en nuestra formación), deteniéndose y pormenorizándose las etapas del proceso. Su implementación al nivel de servicio requiere la captación que subraya el abismo existente entre la docencia y servicio. ¿Por qué no hacer del PAE el puente entre el fantasma de la integración docencia-servicio, de lo cual hablamos, pero poco aplicamos? La búsqueda de estos medios será sistemática de aplicar al PAE. Actualmente existen textos que detallan el tema en cuestión y puntuales como los de Rosalinda Alfaro, Leslie Atkinson, Patricia Lyer y Linda Carpenito, entre otros.

Consideramos oportuno que nuestras profesionales adquieran y transmitan conocimientos, que se aproximen a las teorías que sean aplicables a las características de nuestro país, que resulten útiles en la actualidad cotidiana en la atención al paciente,

permitiendo el quehacer y la verdadera realidad que demanda de las necesidades, problemas, patrones funcionales que pueden identificar las enfermeras para llegar a los diagnósticos de enfermería; detectándolos en los pacientes día a día de forma oportuna.

A nuestro juicio, la falta de motivación en los servicios y la adquisición de conocimientos por los estudiantes constituyen la responsabilidad que asumimos todos los educadores frente a estas problemáticas, pues tenemos que estar provistos de la actualidad de los conocimientos científico-técnicos acerca de las teorías existentes en enfermería. Se debe estimular la actualización, mediante la bibliografía más novedosa, de la enseñanza en los estudiantes, lo cual brindará la adecuada motivación para su auto preparación en sus actividades docentes y técnicas participativas; y les permitirá identificar en la presentación de sus casos si, realmente los alumnos previo a las consultas necesarias con el profesor pudieron adquirir dichos conocimientos, si aprendió lo aplicable de estas teorías o no, qué estudió y no la mera presentación de la situación en cuestión.

ANTECEDENTES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

En Cuba, desde la década del 60, se viene trabajando en la búsqueda de nuevos métodos de trabajo con vistas a elevar la calidad de la atención de enfermería. En esta etapa se implementó el plan de cuidados de enfermería o plan de atención mediante el Kardex para el cumplimiento de indicaciones médicas y órdenes de enfermería.

En el año 1974 se recibió la asesoría de profesionales de enfermería canadienses y se sugirió como estrategia de enseñanza el Método Solución de Problemas. Después quedó establecida la utilización del Proceso de Enfermería a partir de 1976 en la formación de licenciadas en Enfermería.

Con este objetivo se becaron 2 Licenciadas de Enfermería cubanas (*Silvia Gómez Castro y María Fenton Táit*), en la Universidad de Manitoba, Canadá, en la búsqueda de las experiencias prácticas del PAE. Posteriormente la primera tarea fue exponer por las

becarias la metodología utilizada en los servicios en la aplicación del PAE y la forma simplificada mediante el uso de la historia clínica del paciente.

A partir de la Comisión conformada se tomó el acuerdo de aplicar el método del PAE acorde con las normas establecidas en el país, sobre el uso de la historia clínica. Así se definió el PAE como método de trabajo en el modo de actuación científica de la enfermera, la metodología para la recolección de datos a partir de la historia clínica, e identificó la enfermera los problemas o necesidades afectadas en el paciente basada en los patrones funcionales de salud.

Durante este período de trabajo se puso en fase de experimentación en el hospital pediátrico "William Soler" y en el hospital clinicoquirúrgico "Hnos. Ameijeiras", para lo cual se seleccionó el personal y los servicios a los que se les realizó el adiestramiento sobre la metodología de trabajo, para la aplicación en la práctica del PAE. Esta experimentación mostró que los resultados son factibles de aplicar en las condiciones actuales utilizando la historia clínica como modelaje vigente (hoja de evolución).⁴

Es oportuno considerar cómo surgió en Cuba el PAE y por las etapas que transitó con su correspondiente experimentación, de hecho nos permite ahora reflexionar cómo las teorías estudiadas pueden ser aplicadas en el PAE en la enseñanza superior.

La importancia de un buen contenido en las notas de enfermería es de gran valor ya que las mayores críticas que se hacen a las anotaciones de enfermería en las hojas clínicas son las que casi no proporcionan gran información, fuera del cuidado rutinario por ejemplo se dio baño, se tomaron signos vitales, se ministraron medicamentos, entre otras.

Por otro lado observaciones físicas, emocionales, evolución, alteraciones suscitadas que se presentan en los pacientes, generalmente no son anotadas en los registros de enfermería.

Por lo cual son poco útiles para los demás.

Las personas que se inician en la práctica de enfermería, probablemente registran solo hechos, actividades y observaciones demasiado obvias, se necesita adquirir experiencia práctica y cada vez mayor comprensión para producir registros de enfermería que describan objetiva y concisamente los problemas con los que tropieza y los progresos que se hacen en relación con ellos.

Dentro de las responsabilidades legales de enfermería existe la negligencia que es la omisión en la realización de algo que una persona responsable, guiada por los principios ordinarios que regulan los asuntos humanos, haría o dejaría de hacer la mala practica, es de hecho cualquier error profesional o carencia irrazonable de experiencia profesional.

La investigación es un tramite legal que trata de esclarecer la forma y las circunstancias de los hechos y esta dirigido por un juez, la política en distintos centros determina quien es responsable.

Las actas del buen samaritano dentro de las actividades de la práctica de la salud son leyes pasadas para proteger a ciertos profesionales como médicos y a veces a las enfermeras, están protegidos por la legislación contra denuncias de negligencias.

RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA:

- Cumplir órdenes del medico: La enfermera debe conocer la información básica sobre los procedimientos y medicaciones ordenadas por los médicos.
- Conocer su trabajo.
- Seguir normas y procedimientos del centro de trabajo esto varia dependiendo de cada institución.

- Identificar siempre a los pacientes, específicamente antes de iniciar cualquier procedimiento.
- Asegurarse de que los medicamentos se administren en forma correcta.
- Realizar las técnicas correctamente.
- Documentar rápidamente y exactamente todas las valoraciones y cuidados aplicados.
- Informar inmediatamente los incidentes relacionados con el paciente.

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa.
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

VALORACIÓN

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se tras Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional produzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el

aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/ familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones.
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas.
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos)
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

- Datos históricos: Antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

- La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son: la entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiendo por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro

sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos.
Tres tipos de interferencias:

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- Interferencia emocional Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso irresponsabilidad en el desempeño de las obligaciones.
- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o formulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de

transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- Expresiones faciales
- La forma de estar y la posición corporal
- Los gestos
- El contacto físico
- La forma de hablar

Para finalizar la entrevista y concretarnos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- **Empatía:** Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos.
- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista.

- **La autenticidad**, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos.

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- *Inspección*: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- *Palpación:* Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- *Percusión:* implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- *Auscultación:* consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

Validación de datos:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es la debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

Organización de los datos:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan.

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

Documentación y registro de la valoración:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.

- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- La anotación debe ser clara y concisa.
- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.

- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

DIAGNÓSTICO

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las

enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.
- Los pasos de esta fase son:

1. Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2. Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

COMPONENTES DE LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICOS ACEPTADAS POR LA NANDA

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

1. Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

2. Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:

Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería.

Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

- Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 5 componentes:

- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo., diálisis, etc.) F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El

enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnostico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.
- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de

Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A LA HORA DE ESCRIBIR UN DIAGNÓSTICO HAY QUE TENER EN CUENTA UNA SERIE DE DIRECTRICES:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando "relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.

- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Lyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería,** esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de

Llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

- **Documentación y registro.** Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar

sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.

- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y

siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

OBJETIVOS DEL CLIENTE/ PACIENTE

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le

añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- Cognoscitivos: estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- Afectivos: son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, concepciones, valores y tendencias emotivas,
- Psicomotores: estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

La lectura de Bloom nos ayuda a conocer y adquirir habilidad para describir de una manera correcta los objetivos en el área del aprendizaje.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de

ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja.
- La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la calificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica

- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restablecer la salud.
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo.
- Prevenir que se produzca el problema.

- Controlar el inicio de problemas.

Para el diagnóstico enfermero posible:

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

Para problemas interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles,

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/ diagnósticos de enfermería.
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

Los determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Lyer (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.

- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y

- La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/ problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos

profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1. Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2. Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3. Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios.

4. Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad.

5. Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6. Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear

correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

En forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

ASPECTO LEGAL

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO.

Dentro de la norma oficial se hace referencia en este apartado las notas u hojas de enfermería.

9. De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar

9.1. Hoja de enfermería.

Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

9.1.1. Habitus exterior;

9.1.2. Gráfica de signos vitales;

9.1.3. Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía;

9.1.4. Procedimientos realizados; y

9.1.5. Observaciones.

13. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

14. Vigencia

La presente norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 14 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, **José Ignacio Campillo García**.- Rúbrica.

PROBLEMAS LEGALES EN LOS QUE PUEDE INCURRIR LA ENFERMERA

En la atención a pacientes los casos más frecuentes de problemas legales en los que puede verse involucrada la enfermera son:

1. Fugas de pacientes.
2. Suicidios de pacientes.
3. Perdida o robo de valores de pacientes o personas fallecidas.
4. Cambio de niños.
5. Mala identificación del recién nacidos
6. Robo de niños.
7. Demandas de pacientes o familiares.
8. Accidentes de pacientes por descuido.
9. Negligencia en la atención de enfermería.
10. Suministración errónea de medicamentos.

11. Mal manejo de técnicas infectocontagiosas.
12. Divulgación del secreto profesional.
13. Identificación errónea del cadáver.
14. Eutanasia.
15. Quemaduras o heridas por tratamiento mal aplicados
16. Facilitar el expediente clínico a personas no autorizadas
17. Las relativas al trabajo (rescisiones, horas extras, entre otros).

ÉTICA DE LA ENFERMERA

Además de los aspectos legales en materia de salud, existen normas éticas del ejercicio profesional de enfermería que no deben descuidarse. Entre otras se tienen:

- La preservación de vida está por encima de intereses personales.
- Ser siempre profesional en la atención a pacientes.
- No esperar provecho personal o económico por la atención prestada.
- No ser cómplice de atención inadecuada o irresponsable por otros (operaciones innecesarias, abortos, tratamientos inadecuados, etc.).
- Guardar siempre el secreto profesional y no divulgar información relacionada con los pacientes a personas no autorizadas.
- Mantener la armonía, discreción, el respeto y la cooperación con los integrantes del equipo de salud.

- Brindar trato amable y considerado a pacientes y a sus familiares. Es derecho de todo individuo el prepararse para la muerte, la enfermera propiciará el apoyo necesario para dicho acto.
- Es deber de la enfermera consultar cuando exista duda sobre los procedimientos empleados para la atención del paciente.
- Los procedimientos que tienen como fin quitar la vida al paciente están prohibidos.
- La enfermera está obligada a respetar al paciente como persona única e indivisible en toda circunstancia. La enfermera nunca deberá olvidar que está obligada a prepararse continuamente, actualizarse y desarrollarse, si se considera que tiene en sus manos el don más preciado del hombre: La Vida.

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son los factores que influyen para que no se lleve a cabo el llenado correcto de la hoja de enfermería?

HIPÓTESIS

La falta de capacitación, el desconocimiento, el exceso de trabajo, la desorganización, son factores que influyen para que no se realice adecuadamente el llenado de la hoja de enfermería.

VARIABLES

INDEPENDIENTE:

- Falta de capacitación
- Desconocimiento
- Exceso de trabajo
- Desorganización

DEPENDIENTE

Inadecuado llenado de la hoja de enfermería.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

TRANSVERSAL:

Es una investigación realizada al personal de enfermería en el mes de enero del 2006 de los servicios de Medicina Interna, Gineco-Obstetricia y Cirugía. del Hospital de la Mujer, de la ciudad de Morelia, Michoacán.

DESCRIPTIVA:

Se mencionaran los conocimientos del personal de enfermería sobre los factores que influyen en el llenado de la hoja de enfermería.

OBSERVACIONAL:

Se llevara a cabo la revisión del llenado de las hojas de enfermería de los diferentes expedientes por medio de la observación. Del personal de los servicios de Medicina Interna, Cirugía y Gineco obstetricia.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Población.- Estuvo constituida por 194 Enfermeras de los diferentes turnos del Hospital de la Mujer, de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Muestra.- Estuvo conformada por 44 Enfermeras que laboran en el Hospital de la Mujer de los servicios de Medicina Interna, Gineco obstetricia y Cirugía en el periodo de enero 2006.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyo todo el personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna, Gineco -obstetricia y cirugía

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se incluyo al personal de base y suplente

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

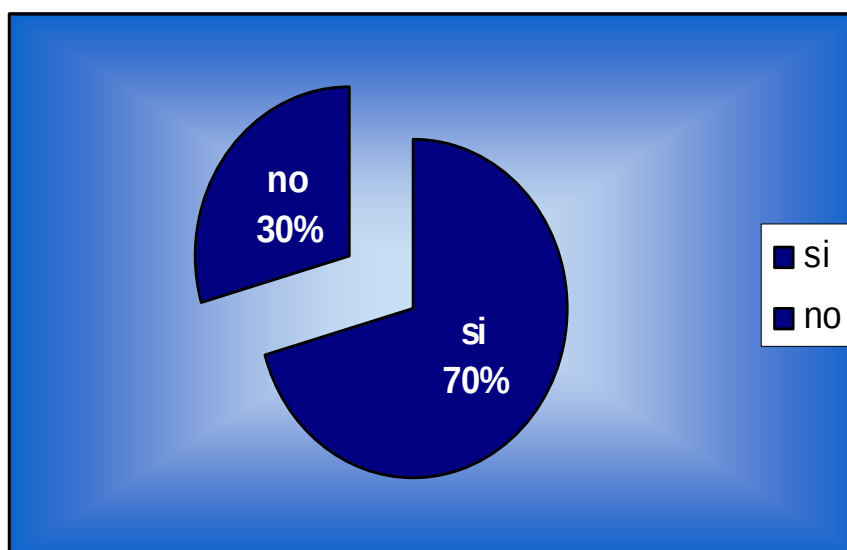
CUADRO No. 1

PERSONAL QUE HA SIDO CAPACITADO SOBRE EL LLENADO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE MORELIA MICH. EN ENERO 2006.

HA RECIBIDO CAPACITACIÓN	PERSONAS	PORCENTAJE
SI	31	70%
NO	13	30%
TOTAL	44	100%

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados al personal de enfermería de los servicios de Gineco obstetricia y medicina interna y cirugía.

GRAFICA No. 1



Fuente: Cuadro Número 1

La grafica muestra que el 70 % del personal de enfermería si recibió capacitación sobre el manejo de la hora de enfermería y el 30 % no. Lo cual nos indica que la mayoría del personal ha sido capacitado.

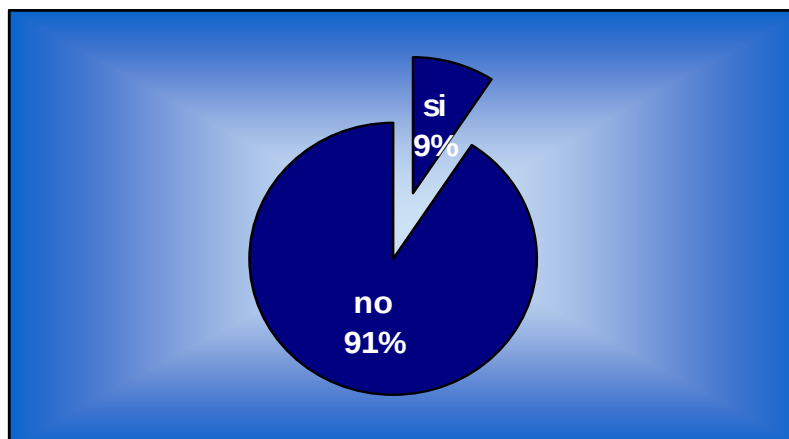
CUADRO NO. 2

PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECO-OBSTETRICIA Y CIRUGÍA QUE TIENEN CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE UN MANUAL PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA. DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE MORELIA MICH., ENERO 2006.

EXISTENCIA DE UN MANUAL	PERSONAS	PORCENTAJE
SI	4	9%
NO	40	91%
TOTAL	44	100%

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados al personal de enfermería de los servicios de Ginecoobstetricia y medicina interna y cirugía.

GRAFICA NO. 2



Fuente: Cuadro No. 2

Esta grafica muestra que el 9% de las enfermeras encuestadas tienen conocimiento sobre la existencia de un manual sobre el llenado de la hoja de enfermería dentro de la institución y el 91% refiere desconocer sobre su existencia. Lo cual nos indica que no se da a conocer por parte de las autoridades de Enfermería.

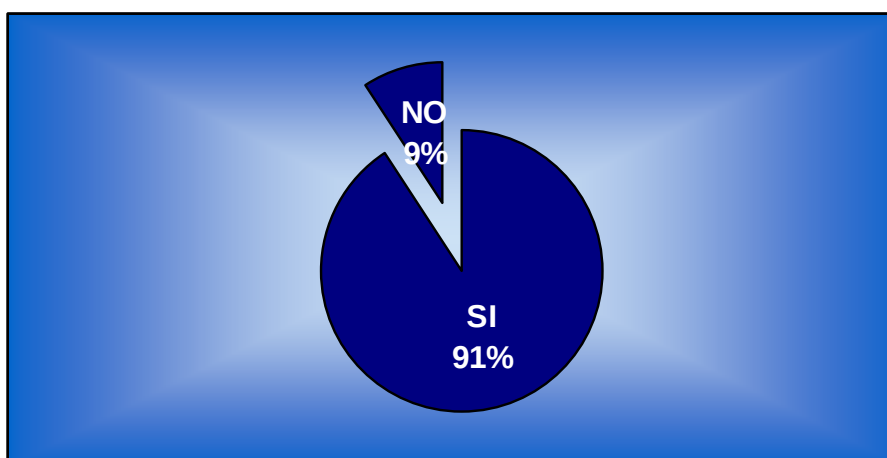
CUADRO NO. 3

PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECO-OBSTETRICIA Y CIRUGÍA QUE CONOCEN LAS ETAPAS DEL P.A.E. EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE MORELIA MICH., ENERO 2006.

PERSONAL QUE CONOCE LAS ETAPAS	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	40	91%
NO	4	9%
TOTAL	44	100%

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados al personal de enfermería de los servicios de Ginecoobstetricia y medicina interna y cirugía

GRAFICA NO. 3



Fuente: Cuadro No. 3

Esta grafica nos muestra que el 91% del personal de enfermería de los servicios de medicina interna, gineco obstetricia y cirugía conocen las etapas del proceso de atención de enfermería y el 10% las desconoce o no las recuerdan. Lo cual indica que se tiene el conocimiento de las etapas sin embargo no se ven reflejadas en las notas de enfermería.

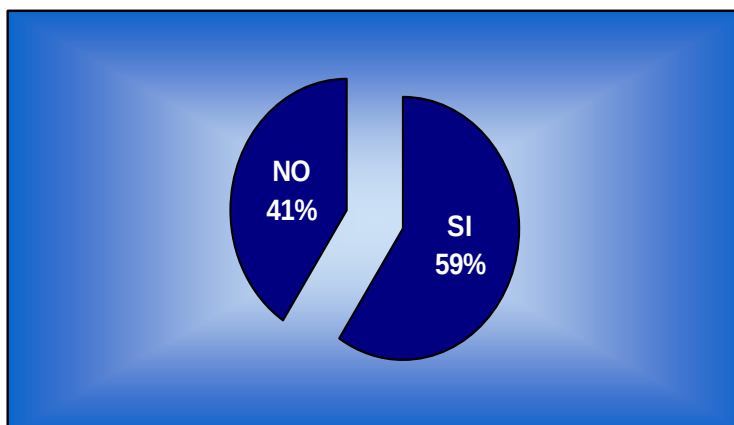
CUADRO NO. 4

PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECO-OBSTETRICIA Y CIRUGÍA QUE APLICA LAS ETAPAS DEL P.A.E. EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE MORELIA MICH., ENERO 2006

PERSONAL QUE APLICAS LAS ETAPAS	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	26	59%
NO	18	41%
TOTAL	44	100%

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados al personal de enfermería de los servicios de Ginecoobstetricia y medicina interna y cirugía

GRAFICA NO. 4



Fuente: Cuadro No. 4

Se observa que el 59% del personal encuestado refiere si aplicar las etapas del PAE, y el 41% no. Lo cual nos indica que la mayoría del personal aplica las etapas del P.A.E. pero en la observación se ve reflejado que no se es así.

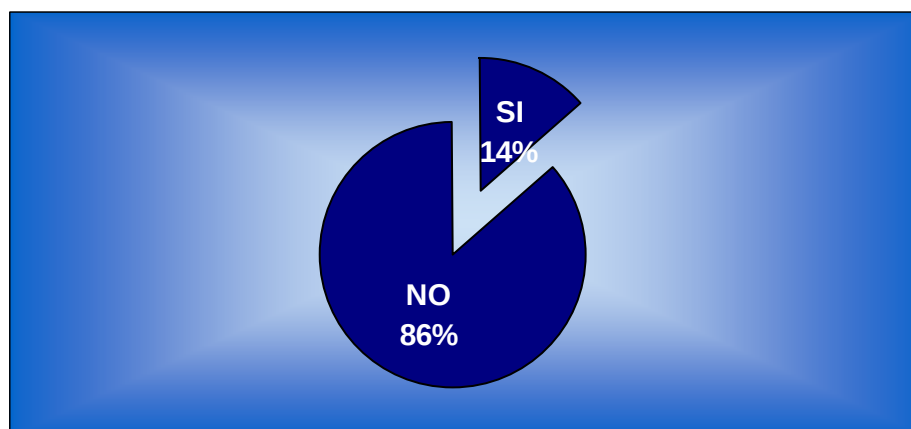
CUADRO NO. 5

PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECO-OBSTETRICIA Y CIRUGÍA AL QUE SE LE DIFICULTA EL LLENADO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE MORELIA MICH., ENERO 2006

DIFICULTA EL LLENADO	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	6	14%
NO	38	86%
TOTAL	44	100%

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados al personal de enfermería de los servicios de Ginecoobstetricia y medicina interna y cirugía

GRAFICA NO. 5



Fuente: Cuadro No. 5

El 13% del personal encuestado refiere que se le dificulta el llenado de la hoja de enfermería y el 87% restante refieren no presentar ninguna dificultad. Lo cual nos indica que el llenado de la hoja de enfermería no es complicado.

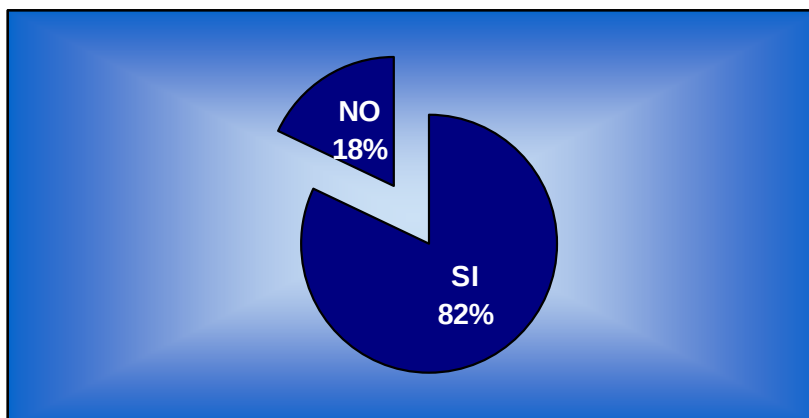
CUADRO NO. 6

PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECO-OBSTETRICIA Y CIRUGÍA QUE CONSIDERA QUE LA FALTA DE CONOCIMIENTO ES UN FACTOR IMPORTANTE PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE MORELIA MICH., ENERO 2006.

CONOCIMIENTO EN EN EL LLENADO	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	36	82%
NO	8	18%
TOTAL	44	100%

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados al personal de enfermería de los servicios de Ginecoobstetricia y medicina interna y cirugía

GRAFICA NO. 6



Fuente: Cuadro No. 6

El 82% del personal encuestado refiere que la falta de conocimiento es un factor importante para que no se realice un adecuado llenado de la hoja de enfermería y el 18% considera que no es importante. Lo cual indica que el conocimiento es importante para el llenado de la hoja de enfermería.

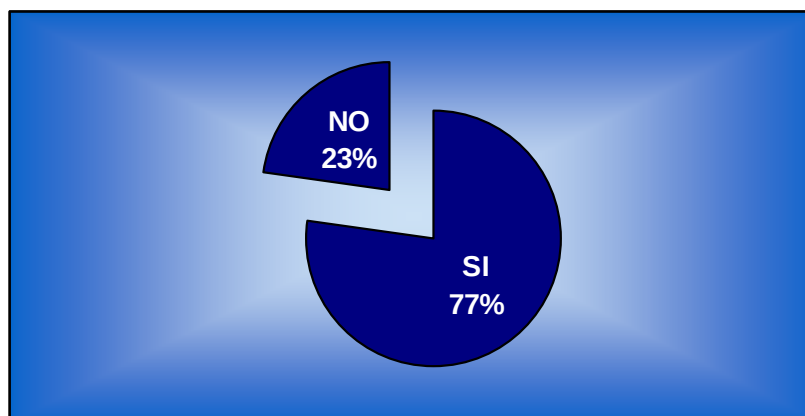
CUADRO NO. 7

PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECO-OBSTETRICIA Y CIRUGÍA QUE CREE QUE EL EXCESO DE TRABAJO INFLUYE EN EL LLENADO INCORRECTO DE LAS HOJAS DE ENFERMERÍA, EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE MORELIA MICH., ENERO 2006

EXCESO DE TRABAJO INFLUYE	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	34	77%
NO	10	23%
TOTAL	44	100%

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados al personal de enfermería de los servicios de Ginecoobstetricia y medicina interna y cirugía.

GRAFICA NO. 7



Fuente: Cuadro No. 7

Esta graficas nos muestra que el 77% del personal encuestado considera que el exceso de trabajo es un factor importante para que no se realice un adecuado llenado de la hoja de enfermería y el 23% refiere que no lo es. Lo cual nos indica que el exceso de trabajo influye de manera importante para el llenado correcto de la hoja de enfermería.

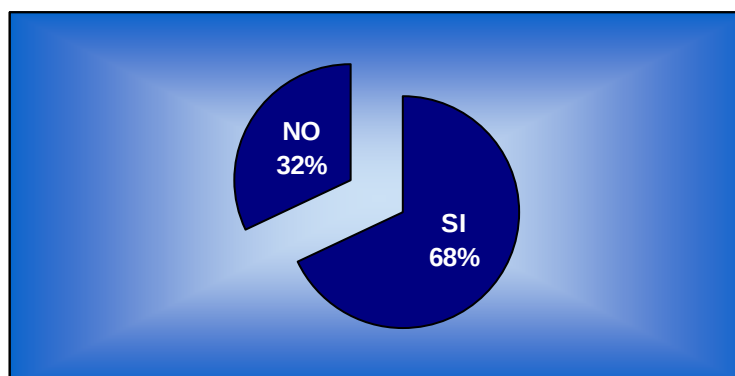
CUADRO NO. 8

PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECO-OBSTETRICIA Y CIRUGÍA, QUE CONSIDERAN QUE LA HOJA DE ENFERMERÍA REÚNE TODA LA INFORMACIÓN EN CUANTO A ATENCIÓN QUE SE BRINDA AL PACIENTE, DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE MORELIA MICH. ENERO 2006

REÚNE LA INFORMACIÓN	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	30	68%
NO	14	32%
TOTAL	44	100%

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados al personal de enfermería de los servicios de Ginecoobstetricia y medicina interna y cirugía.

GRAFICA NO. 8



Fuente: Cuadro No. 8

El 81% del personal encuestado refieren que la hoja de enfermería reúne toda la información en cuanto a la atención que se brinda a los usuarios y el 19% refiere no reunir todos los datos. Lo cual nos indica que un gran número del personal esta conforme con el formato de la hoja de enfermería y un porcentaje menor refieren que no es práctica, que se considere otro formato más sencillo.

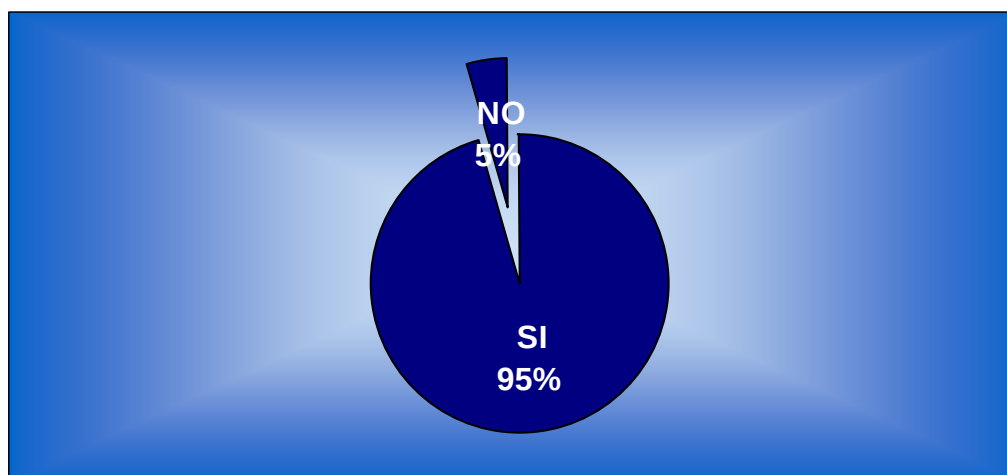
CUADRO NO. 9

PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECO-OBSTETRICIA Y CIRUGÍA QUE CONOCE LA IMPORTANCIA DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA COMO INSTRUMENTO PARA EL TRABAJO, DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE MORELIA MICH., ENERO 2006

IMPORTANCIA	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	42	95%
NO	2	5%
TOTAL	44	100%

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados al personal de enfermería de los servicios de Ginecoobstetricia y medicina interna y cirugía.

GRAFICA NO. 9



Fuente: Cuadro No. 9

Esta grafica nos muestra que el 95% del personal encuestado conoce la importancia que tienen las notas de enfermería como instrumento legal y el 5% aun lo desconocen. Lo cual nos indica que la mayoría del personal conoce la gran importancia que tiene la hoja de enfermería en cuanto al aspecto legal en la actualidad.

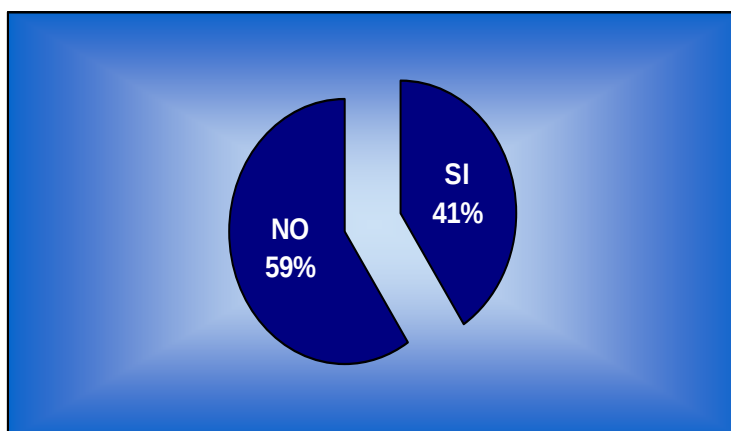
CUADRO NO.10

PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECO-OBSTETRICIA Y CIRUGÍA QUE CONSIDERA EL LLENADO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA COMO RUTINARIO, EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE MORELIA MICH., ENERO 2006

RUTINARIO	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	18	41%
NO	26	59%
TOTAL	44	100%

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados al personal de enfermería de los servicios de Ginecoobstetricia, medicina interna y cirugía

GRAFICA NO. 10



Fuente: Cuadro No. 10

El 41% del personal encuestado considera el llenado de la hoja de enfermería como parte de una rutina y el 59% refiere que el llenado de la hoja de enfermería no es rutinario. Lo cual indica que la mayoría considera que no puede ser el llenado rutinario ya que cada día son usuarios diferentes, y diferentes situaciones.

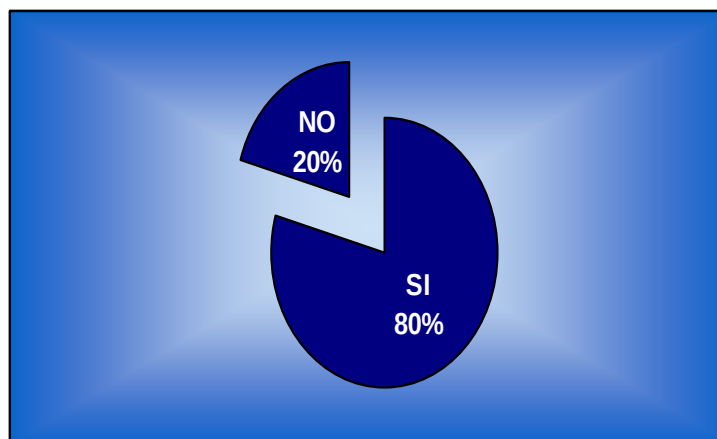
CUADRO NO.11

PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECO-OBSTETRICIA Y CIRUGÍA QUE CONSIDERA QUE PARA EL MEDICO TRATANTE ES IMPORTANTE LA HOJA DE ENFERMERÍA, EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE MORELIA MICH., ENERO 2006

IMPORTANTE	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	35	80%
NO	9	20%
TOTAL	44	100%

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados al personal de enfermería de los servicios de Ginecoobstetricia y medicina interna y cirugía

GRAFICA NO. 11



Fuente: Cuadro No. 11

El 80% del personal encuestado considera que para el medico tratante es importante la hoja de enfermería ya que de ella puede obtener datos como signos vitales, evolución durante la guardia, administración de medicamentos, etc, y el 20% del personal considera que no tiene la importancia suficiente ya que el llenado es incongruente, ilegible, no tiene datos relevantes, etc.

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

En base a los resultados obtenidos se comprueba de manera parcial la hipótesis ya que se confirma que si existe capacitación en un porcentaje importante, pero a pesar de ello si se observa desconocimiento en el llenado de la hoja de enfermería, la enfermera tiene exceso de trabajo, y no se organiza para realizar el trabajo y darle el tiempo al llenado de la hoja, esto en base a los resultados de 44 encuestas realizadas el 82% recibieron capacitación sobre el llenado de la hoja de enfermería, el 77% del personal encuestado confirman que el exceso de trabajo influye en el mal llenado de las hojas, de acuerdo a lo que se dice en el párrafo.

CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación fue realizado en el HOSPITAL DE LA MUJER de la Secretaria de Salud del estado de Michoacán, en el periodo de Enero del 2006 los servicios a estudiar fueron Medicina interna, cirugía y Gineco obstetricia.

Se realizo al 100% de la población de enfermería de los servicios antes mencionados.

Dentro del trabajo realizado observe:

- Que definitivamente el exceso de trabajo es un factor importante para que no se realice un llenado adecuado de la hoja de enfermería.
- Que hay un gran número de personal el cual se capacito sobre el llenado de la hoja de enfermería pero lamentablemente a la observar en el expediente clínico el llenado me doy cuenta que no son bien llenadas en su mayoría.
- Que aun que la mayoría del personal dice conocer las etapas del Proceso Atención Enfermero, y recibieron capacitación no se observan cambios en el llenado de la hoja de enfermería, una cosa es aplicarlas en la práctica diaria pero en la época actual es de gran importancia llevar un registro conforme al proceso de atención.
- Aunque la mayoría del personal encuestado menciona conocer la gran importancia en cuanto el aspecto legal de la hoja de enfermería nos enfrentamos con una realidad en la cual se observa en algunas notas de enfermería se omiten datos de gran importancia, además de haber tachaduras, letra ilegible, etc.

SUGERENCIAS

1. Hacer notas legibles.
2. No usar abreviatura.
3. Procurar no cometer errores para evitar borraduras, tachaduras y enmendaras.
4. Al término de las anotaciones correspondientes a su turno, la enfermera debe escribir su nombre, sus dos apeados y firma.
5. Realizar anotación con contenido congruente a la evolución del usuario.
6. Cuidar la ortografía.
7. Anotar la hora en que se brindan los cuidados.
8. No olvidar la importancia que tiene la hoja como instrumento legal.

PROPUESTAS

- Unificar en lo más posible la hoja de enfermería del Hospital de Mujer.
- Brindar capacitación sobre el llenado de la hoja de enfermería continuamente.
- Realizar supervisión sobre la realización de las hojas de enfermería y brindar estímulos diversos a quienes se esfuercen por hacerlo adecuadamente.
- Realizar sesiones donde se realce la importancia de la hoja de enfermería como instrumento legal.
- Hacer conciencia sobre las características del llenado correcto de la hoja de enfermería, por ejemplo legibilidad, congruencia, no omitir datos, evitar tachaduras, etc.

GLOSARIO

LEGAL: Prescrito por la ley, o de acuerdo con ella.

TEORÍA: Conocimiento especulativo considerado independientemente de toda aplicación. Serie de las leyes que se relaciona determinado fenómeno.

AJUSTES: Acción de ajustar.

AMBIGUOS: Que ofrece más de una interpretación.

PRACTICA: Destreza adquirida en algún arte o facultad.

BIENESTAR: Comodidad, vida fácil, holgada.

CRITERIOS: Norma para conocer la verdad.

PLANIFICAR: Establecer un plan.

PRIORIDAD: Anterioridad de una cosa a otra.

OBVIO: Que halla o se pone ante los ojos. Muy claro.

ENCUESTA: Acopio de datos obtenidos mediante consulta o interrogatorio, referente a costumbres, estados de opinión.

IMPORTANCIA: Calidad de importante.

BIBLIOGRAFÍA

Astudillo Castro O. Estilo de aprendizaje y quehacer docente. Componente para el desarrollo de una estrategia educacional de docencia. Capacitación de profesores. Un objeto de investigación. Bol Invest Educ 1997.

Ardeguet de Ruiz, ML. El conocimiento científico en enfermería. Rev Tema Enferm Actual 1997.

Mazzei N. Proceso de atención de enfermería. Rev Temas Enferm Actual 1997.

Amaro Cano MC, Núñez M. La Florence Nightingale. Rev Cubana Enferm 1996.

Podtler I, Peri F. Fundamentos de enfermería. Teoría Práctica. 3 ed. Barcelona: Mosbi-Doyma.

Rodríguez Luis MT. Diagnóstico de enfermería de la Nanda. Definiciones y clasificación. Barcelona: Mosbi-Doyma, 1993.

Gran diccionario enciclopédico visual. ENCAS, 1993.

www.terra.es/personal/duenas/pae.htm.

<http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm>

http://aniorte.eresmas.com/archivos/trabaj_introducc_proces_enfermer.pdf

ANEXOS

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.**

**EL OBJETIVO DEL PRESENTE CUESTIONARIO ES PARA OBTENER INFORMACIÓN
PARA LA ELABORACIÓN DE LA TESIS Y OBTENER EL GRADO.**

Por lo que le solicito anotar sus repuesta de manera honesta y de antemano el aseguro que los datos que proporcionen serán confidenciales.

SERVICIO _____ TURNO _____

1. ¿Ha recibido capacitación sobre el llenado de la hoja de enfermería dentro de la institución?
SI _____ NO _____

2. ¿Conoce algún manual de la institución sobre el llenado correcto de la hoja de enfermería?
SI _____ NO _____

3. ¿Conoce las etapas del PAE?
SI _____ NO _____

4.- ¿Los aplica?
SI _____
¿Por qué? _____
NO _____
¿Por qué? _____

5. ¿Se le dificulta el llenado de la hoja de enfermería?
SI _____ NO _____

6. ¿Considera que la falta de conocimientos, es un factor importante para que no se llene adecuadamente la hoja de enfermería?
SI _____ NO _____

7. ¿Cree que el exceso de trabajo, influya para un llenado incorrecto de las notas de enfermería?
SI _____ NO _____

8. ¿Considera que la hoja de enfermería reúne toda la información en cuanto atención que brinda al paciente?
SI _____ NO _____

9. ¿Conoce la importancia de las notas de enfermería como instrumento para el trabajo de la enfermera?
SI _____ NO _____

10. ¿Considera el llenado de la hoja de enfermería como rutina?
SI _____ NO _____
¿Por qué? _____

11. ¿Cree usted que para el medico tratante es importante la hoja de enfermería?
SI _____ NO _____
¿Por qué? _____

12.- ¿Por qué cree que el medico tratante no lee los reportes de enfermería?

13:-Desea aportar alguna sugerencia para el mejorar el llenado de hoja de enfermería.

GRACIAS POR TU TIEMPO

FORMATO DE LLENADO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA CON EL QUE SE CUENTA EN EL HOSPITAL.

**SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACÁN
HOSPITAL DE LA MUJER**

INSTRUCTIVO DE LLENADO GRAFICA DE SIGNOS VITALES

CONCEPTO	INSTRUCTIVO
GENERALIDADES	
RESPONSABLE DEL LLENADO	Enfermera operativa en servicio de cirugía ambulatoria hospitalización(solo R.N)
MANEJO DE LA FORMA	Utilizar la hoja para registrar gráficamente los constantes vitales por turno.
LLENADO DE LA FROMA	Membretar la hoja con letra de molde, con tinta azul, los siguientes datos: nombre, servicio, cama (procurando siempre que los datos sean completos).
FECHA	Anotar con numero arábigo (día, mes, año) a que corresponde la información.
DÍAS HOSPITALIZACIÓN	Anotar con numero arábigo y con tinta roja el que corresponda los días que lleva hospitalizado
DÍAS OPERADO	Anotar en número arábigo y con tinta verde los días que postoperado que cumple el usuario.
HORA	Señalar con un circulo la hora en que se realiza la toma de signos vitales y con tinta de acuerdo al tuno en que acabo el procedimiento 8 14 22
GRAFICA	Se registraran de la siguiente manera. T/A con tinta azul. Pulso con tinta azul. Respiración con tinta verde. Temperatura con tinta roja.
PESO	Anotar con número arábigo el peso obtenido de dicho procedimiento.

ORINA	Anotar en número de veces que miccionó en el turno por método de paloteo sin especificar cantidad, y con tinta de color según el turno en que se lleve acabo dicha información.
HECES	Anotar en número de veces que evacuo en el turno también por método de paloteo sin especificar cantidad y con tinta de color según el turno en que lo hizo.