



APLICACIÓN DE NORMAS Y PRINCIPIOS TÉCNICOS EN LA ELABORACIÓN DE LOS REPORTES DE ENFERMERÍA EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, CUENCA, 2010

RESUMEN

Objetivo. Establecer el nivel de aplicación de las normas y principios técnicos en la elaboración de los reportes de enfermería en el área de Medicina Interna del Hospital “José Carrasco Arteaga” Cuenca, 2010

Método y materiales. Es un estudio descriptivo de tipo retrospectivo. Se trabajó con 1332 pacientes; se tomó como muestra 93 historias clínicas en las que se analizó el cumplimiento de la aplicación de las normas y principios técnicos en los reportes diarios de enfermería. La información se procesó mediante los software Epidat y Excel. Los resultados se presentan a través de tablas y gráficos estadísticos.

Resultados. El 61,7% de reportes correspondieron a historias clínicas de personas de sexo masculino; el 67% a pacientes de 60 años y más, la media de la edad fue de 64,7 años. La norma sobre constancia de fecha y hora se cumplió en un 89,4%; la confidencialidad se incumplió en el total de reportes, la permanencia se cumplió en todos los reportes; en el 100% de casos estuvo registrada la firma; en un porcentaje similar se cumplió la norma pertinencia; y se mantuvo un orden secuencial del reporte en el 63,8%. En referencia a los principios técnicos, el 84% de los reportes fueron considerados objetivos; precisos y concretos el 83%; claros, el 48,9%, mientras que el 63,8% fueron organizados; el 100% de reportes fueron calificados como veraces.

DeCS: registros de Enfermería; Normas; enfermeras clínicas; normas; Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; Cuenca-Ecuador.



ABSTRACT

Set the level of implementation of standards and technical principles in the preparation of nursing reports in the area of Internal Medicine "José Carrasco Arteaga" Cuenca, 2010

Method and materials: It is a retrospective descriptive study. We worked with 1332 patients was taken as sample 93 medical records was analyzed in compliance with the implementation of standards and technical principles in the daily reports of nursing. The information was processed through Epidat and Excel software. The results are presented through tables and statistical graphs.

Results: 61.7% of reports were for medical records of male persons, 67% in patients 60 years and older, the mean age was 64.7 years. The standard date and time record was achieved in 89.4%, confidentiality was breached in total reports; retention was achieved in all reports, in 100% of cases were registered firm, on a percentage similar relevance to meet the standard, and remained a sequential order of the report in 63.8%. Referring to the technical principles, 84% of reports were considered objective, precise and concrete 83%, clear, 48.9% and 63.8% were organized, 100% of reports were classified as truthful.

DECS: nursing records; standars; nurse clinicians; standars; Hospital of the Social Security Institute, Cuenca-Ecuador.



CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
Capítulo I	
1. Introducción.....	9
1.1 Planteamiento del Problema.....	10
1.2 Justificación.....	13
Capítulo II	
2. Marco teórico.....	15
2.1 El Expediente Clínico del Paciente y el Reporte de Enfermería.....	16
2.2 Registros e informes de Enfermería.....	18
2.3 Los Reportes de Enfermería.....	20
2.4 Principios para elaborar el Reporte de Enfermería.....	22
2.5 Normas para realizar el Reporte de Enfermería.....	23
2.6 Marco Referencial.....	25
Capítulo III	
3. Objetivos.....	28
Capítulo IV	
4. Metodología.....	29
4.1 Tipo de estudio.....	29
4.2 Área de estudio.....	29
4.3 Unidad de análisis.....	29
4.4 Universo.....	29
4.5 Muestra.....	30
4.6 Criterios de inclusión.....	31
4.7 Criterios de exclusión.....	31
4.8 Técnicas e Instrumentos.....	31
4.9 Procedimientos.....	32
4.10 Variables.....	32
4.11 Procesamiento y análisis de la información.....	32
4.12 Operacionalización de las variables.....	34
Capítulo V	
5. Análisis de los Resultados.....	38
Capítulo VI	
6. Ejemplo de reporte de Enfermería.....	52



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Capítulo VII	
7. Conclusiones.....	53
8. Recomendaciones.....	55
Capítulo VIII	
9. Referencias Bibliográficas.....	56
Capítulo IX	
10. Anexos.....	59



UNIVERSIDAD DE CUENCA



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

TÍTULO
APLICACIÓN DE NORMAS Y PRINCIPIOS TÉCNICOS EN LA
ELABORACIÓN DE REPORTE DE ENFERMERÍA EN EL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JOSÉ
CARRASCO ARTEAGA. CUENCA, 2010

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

AUTORAS

*JESSICA CATHERINE SISALIMA FLORES
PAOLA ANDREA SOTELO SUÁREZ*

DIRECTORA

Mgs. ADRIANA VERDUGO SÁNCHEZ

ASESORA.

Mgs. MARCIA PEÑAFIEL PEÑAFIEL

**CUENCA ECUADOR
2011**

Autoras:
Jessica Sisalima Flores
Paola Sotelo Suárez



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESPONSABILIDAD

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Jessica Catherine Sisalima Flores

010451651-3

Paola Andrea Sotelo Suarez

010444217-3

Autoras:
Jessica Sisalima Flores
Paola Sotelo Suárez



AGRADECIMIENTO

Las autoras del presente trabajo de investigación nos permitimos agradecer públicamente a nuestra Directora, Mgs. ADRIANA VERDUGO S. por ser tutora y amiga, por guiarnos y apoyarnos en la elaboración de este trabajo, por su paciencia, conocimientos y consejos brindados, que fueron parte imprescindible en el cumplimiento de todas las normas a ejecutarse para la realización de nuestra tesis.

A la Mgs. MARCIA PEÑAFIEL P., nuestra asesora por su paciencia y conocimientos brindados.

Al personal del Hospital “José Carrasco Arteaga” quienes de una u otra forma nos brindaron su apoyo en la elaboración de este proyecto.

A nuestras familias que siempre estuvieron junto a nosotras con sus consejos y aliento durante todos estos años de sacrificio, y a todas aquellas personas que colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hacemos extensivo nuestros más sinceros agradecimientos.

LAS AUTORAS



DEDICATORIA

Dedico mi tesis de grado a DIOS todo poderoso quien me ha dado la fortaleza para cumplir mi anhelo y a esos seres maravillosos como son mis Padres, por darme el ejemplo de Amor, Lealtad, Valor, y respeto por inculcarme los mejores valores para que sea una gran profesional.

Así también dedico este trabajo a mis hermanos a toda mi familia y a mi esposo por brindarme su compañía y por estar a mi lado en los momentos más duros y difíciles en la culminación de mi carrera, y así ayudarme a cumplir mi sueño y mi compromiso de ser mejor cada día y velar por esos seres que en su lecho de dolor anhelan un poquito de amor.

JESSICA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

Quiero ofrecer este trabajo, que es la culminación de una etapa y comienzo de otras, primeramente a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y haber puesto en mi camino a mi esposo Edwin y a mi hijo Ismael, que han sido mi soporte y compañía, por estar a mi lado en aquellos momentos en que el estudio y el trabajo ocuparon mi tiempo, a mis padres Eulalia y Patricio, mis hermanos, mi Familia política y todos quienes me apoyaron para que se haga posible el mismo.

PAOLA



1. INTRODUCCIÓN

Enfermería es una profesión en donde su esencia principal es el cuidado al individuo, familia y comunidad tanto en una situación de salud como de enfermedad. Es así como estos tres ámbitos constituyen el centro del cuidado de enfermería el cual debe ser ejercido en base al respeto a la dignidad humana bajo principios de responsabilidad, justicia y calidad.

Hoy en día la profesión de enfermería requiere de una preparación y un talento científico, técnico y humano para enseñar y para ayudar a satisfacer las necesidades de cuidado; el componente humanístico es fundamental.

Con el transcurso del tiempo, la enfermería se ha hecho más sensible a la satisfacción de las necesidades humanas en el campo de los cuidados de salud tornándose más creativa, investigativa, generando evidencias que le permiten un abordaje tanto objetivo y subjetivo en la atención al individuo, familia y comunidad.

La aplicación del cuidado rebasa una práctica rutinaria y convierte al ejercicio profesional en acciones sistemáticas que conducen a resultados a partir de los cuales, se ajusta a los procedimientos y se modifica las acciones, hasta obtener la recuperación cuando se trata de enfermedad o fortalecimiento del bienestar, cuando lo que prima, es la salud.

Estas intervenciones necesitan ser sistematizadas a través de notas, reportes o registros, que recojan lo realizado y oriente a la/el profesional o a otras, a contribuir para lograr los objetivos propuestos; para ello, es conveniente que se cumplan con normas y principios establecidos.



Consideramos que el reporte de enfermería es la comunicación escrita de la evolución del paciente de acuerdo al resultado del cuidado realizado.

A través de este estudio se pretende describir la aplicación de estas normas y principios técnicos en la elaboración de los reportes de enfermería en el Departamento de Medicina Interna del Hospital “José Carrasco Arteaga”, con el fin de proporcionar información útil a las profesionales que allí laboran para que puedan mejorar o fortalecer su accionar.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El reporte de enfermería es fundamental para dar seguimiento a la evolución del paciente hospitalizado. A partir del registro de la información las/os enfermeras/os pueden evaluar el progreso o el deterioro de los pacientes, mantener acciones o modificarlas de acuerdo a los requerimientos de la persona.

Para la presente investigación es necesaria la conceptualización de norma y principio tomado desde el punto de vista de enfermería, los mismos que los utilizamos a lo largo del estudio.

Una Norma es un criterio mediante el cual se puede medir la cantidad, calidad y grado de desempeño de las funciones, respetando la individualidad del hombre y protegiendo al paciente de causas externas que producen enfermedad.¹

¹ PRINCIPIOS BASICOS DE ENFERMERIA. Conocimiento fundamental basado en hechos, ideas, relaciones formales. www.slideshare.net



Un Principio es el conocimiento fundamental basado en hechos, ideas, relaciones formales o fenómenos sociales. Todo hombre es un miembro individual y forma parte de una sociedad que tiene derechos, deberes, privilegios y libertades que se respetarán sin distinción de razas, credos o situación social o económica. Así mismo tiene temores y necesidades personales que se exacerban durante una enfermedad.²

Estos dos términos forman parte esencial de lo que denominamos notas de enfermería.

Las notas de enfermería se deben registrar las veces que sean necesarias ellos/as reportarán acontecimientos, cuidados o acciones; sin embargo debido a la cantidad de pacientes que se encuentran a cargo de una enfermera/o y la cantidad de acciones que realiza, se ha cambiado su modalidad realizándose uno por turno. Según observaciones realizadas por las autoras la gran mayoría de las enfermeras actuales no realizan un reporte con calidad, lo realizan únicamente por cumplir una norma institucional, el informe se limita a ser corto y no describe las intervenciones de enfermería realizados durante el turno.

Tomando en cuenta que la historia clínica es un documento legal, esta debe ser ordenada, escrita con letra legible y seguir un orden establecido situación similar sucede con los reportes de enfermería. En nuestros años de práctica hemos observado lo siguiente:

- La letra, en algunos de los reportes es ilegible, se requirió de un tiempo adicional para conocer con claridad lo que se escribió.

² PRINCIPIOS BASICOS DE ENFERMERIA. Conocimiento fundamental basado en hechos, ideas, relaciones formales. www.slideshare.net



- En otros casos los reportes no tienen un orden establecido; esto requirió de un esfuerzo adicional para organizarlos mentalmente.
- Se encontraron reportes con enmiendas y correcciones; es claro que el personal de salud en los hospitales, tiene muchas tareas que cumplir, en todo caso una organización mental de la información podría ayudar a superar este problema.
- La falta de especificidad en la información en algunos reportes.

Por lo que concluimos que los reportes de enfermería en la actualidad no cumplen con el objetivo para el cual fueron creados.

Por lo anteriormente expuesto hemos decidido realizar la presente investigación para concientizar en las enfermeras/os la necesidad de realizar reportes de enfermería con calidad y claridad porque el rol de la enfermería está dirigido a la prevención de enfermedades y a conservar la salud.



1.2 JUSTIFICACIÓN

La profesión de enfermería, a través de la historia, se ha caracterizado por la capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando y en consecuencia a las necesidades de cuidado que la población y el sistema de salud han ido demandando. Desde siempre la enfermera(o) ha cuidado a las personas apoyándolas en las circunstancias en las que su salud puede verse afectada y en las cuales no pueden responder de forma autónoma, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad de los individuos sanos. Con el tiempo la enfermería ha ido consolidando el cuidado a través del desarrollo del arte, la ciencia y la tecnología.³

Al ser una profesión eminentemente humana se debe desarrollar y fortalecer actitudes, aptitudes y valores que involucran el ser y que deben acompañar su hacer. Un enfermero(a) debe ser reflexivo/a, crítico/a, comprometido/a, humanista, solidario/a, respetuoso/a, honesto/a, creativo/a, participativo/a y responsable para atender a las personas en un sistema de atención en salud que trata de atender las necesidades de los pacientes y sus familias.⁴

Para recuperar el cuidado, la/el enfermera/o debe incorporar estrategias como la autoevaluación, el desarrollo de cualidades propias, la reevaluación de su plan de trabajo y la creación de una visión propia, que le permita asumir un compromiso individual y colectivo dentro de un contexto amplio y dinámico, para que tome y genere autonomía en la

³ KEROUAC, S. El pensamiento enfermero. España: Masson S. A. 1996 citado por Sanabria, L. Otero, M. Urbina, O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Revista Cubana Educación Médica Superior 2002; 16(4). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm

⁴ LEÓN, C. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Revista Cubana de Enfermería 2006;22(4). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm

Autoras:

Jessica Sisalima Flores

Paola Sotelo Suárez



práctica. La administración y el registro de los cuidados de enfermería deben cumplir las normas de la profesión.⁵

Resulta muy importante conocer cómo se están realizando los reportes, si estos respetan las normas y principios establecidos en el proceso de enfermería, la variabilidad en los reportes según el horario en el que se los realice.

El conocimiento de lo señalado permite realizar acciones necesarias para corregir, mejorar o fortalecer el trabajo realizado, con el fin de lograr una recuperación adecuada de los pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital “José Carrasco Arteaga”.

Hemos seleccionado el servicio de enfermería del área de Medicina Interna por cuanto proporciona atención permanente por parte de Enfermería quienes laboran, con horarios establecidos durante todos los días del año con un promedio variable de horas de atención y a través de ello se pretende analizar el nivel de cumplimiento en la aplicación de normas y principios en la elaboración de los reportes de enfermería. Este estudio nos permitirá disponer de datos confiables de cómo labora el personal de Enfermería.

⁵ AUCCASI ROJAS, M. El Proceso de Enfermería. Hospital Nacional Hipólito Unanue en <http://www.enfermeriaperu.net/enferquirosupervcenquiros.htm>



2. FUNDAMENTO TEÓRICO

1.1 Marco Conceptual

A la enfermería se le conoce como la más antigua de las artes y la más nueva de las profesiones.

Florence Nightingale en 1854 define que el trabajo en enfermería es un proceso que incorpora elementos como el alma, la mente, la imaginación, y el fundamento es la interacción entre el entorno y el paciente; además con la influencia de la Guerra de Crimea se asientan las primeras bases científicas de la enfermería, las cuales fueron creciendo hasta la actualidad, en donde todos los comportamientos de una enfermera son con fundamento científico.

El ejercicio profesional de la enfermera en un hospital es brindar cuidado directo a pacientes o usuarios, estas acciones pueden ir desde obtener información a través de la comunicación, hasta tomar decisiones complejas que se presenten durante la permanencia del usuario en su Unidad.

El retorno a la atención del cuidado directo ocasiona roces al interior del personal de enfermería, identificando como un éxito la apropiación de sus responsabilidades en la atención a la persona, familia y comunidad, con un enfoque holístico, asumiendo su trabajo durante los 365 días del año durante 24 horas al día, lo que le permite mejorar la calidad de atención y lograr mayor eficiencia en el trabajo.

Cuando ya se logra introducir a la enfermera dentro del ambiente hospitalario, esta se dio cuenta que era fundamental crear un documento en donde se anote o registre todo lo sucedido con el usuario durante el



tiempo que la enfermera permanezca con el paciente. Además se necesitaba una especie de registro para que el resto del equipo de salud se pueda informar como permaneció el paciente en cada guardia.

Así se crearon las notas, apuntes o registros de enfermería los cuales tienen por objetivo dejar constancia en la Historia Clínica de todo lo sucedido con el paciente en los diferentes turnos.

2.2 El Expediente Clínico del Paciente y el Reporte de Enfermería

El expediente clínico constituye un documento personal, confidencial, en el que se registra información de: historia, antecedentes personales y familiares de salud y enfermedad del usuario, medidas de diagnóstico y tratamientos realizados; evolución de la enfermedad. En la historia clínica, también conocida como: expediente clínico, constan datos e informes registrados por varios miembros del equipo de salud.⁶

Existen normas para el manejo de la historia clínica, entre las que señalamos las siguientes:

- Anotar todos los datos de filiación del usuario y/o paciente, nombres y apellidos completos.
- Número de historia clínica
- Número de cama o cuarto

⁶ ALMEIDA E. et al. "Manual de la Enfermería". Cultural, S.A. edición MMV. Mostoles – Madrid (España). www.grupocultural.com



- Fecha actualizada
- La historia clínica debe ser manejada prolijamente; nunca borrar, poner un tachón o tinta blanca ya que esto anula la información, debe colocarse un paréntesis en el error y con el mismo esferográfico poner la firma responsable.
- Utilizar letra clara y poner firma de responsabilidad después de cada tratamiento, prescripción, actividad o informe ejecutados.
- Revisar la numeración entregada por el departamento de estadísticas y registrar en todas las hojas.
- Pegar todos los resultados de laboratorio, exámenes, interconsultas, en las hojas correspondientes.
- Los estudiantes, familiares o personas ajenas al servicio deben solicitar autorización para la revisión de la historia clínica.
- Los reportes verbales deben ser consignados en las hojas de informes de enfermería.

La/el enfermera/o utiliza las siguientes hojas de la historia clínica:

- Hoja de signos vitales
- Hoja de evolución y prescripciones médicas



- Hoja de registros de medicamentos (Kardex)
- Hoja de exámenes de laboratorio
- Hoja de ingesta y eliminación
- Hoja de curva de temperatura.

La historia clínica dispone de varias hojas, las que se añaden según el servicio donde se atiende al paciente o donde se ha establecido el diagnóstico provisional o definitivo. Ejemplo: Consulta externa de adultos, niños, mujeres embarazadas, etc.

La historia clínica, debía tener estos reportes o registros que, en el caso de enfermería se los define como: “elementos fundamentales que usa la/el enfermera/o para evaluar el plan de cuidados de enfermería y para registrar los servicios impartidos. Es muy importante que las anotaciones que se hagan sean significativas y útiles para los demás”⁷

2.3 Registros e informes de Enfermería

Los registros constituyen la forma de comunicación escrita de hechos sucedidos en un lugar y momento determinados, ubica a cada persona dentro de un contexto socio-económico, ambiental, laboral, educativo y cultural; esto permite mantener informado al personal de salud. Un registro importante constituye los informes de enfermería, que son las anotaciones sobre la evolución y condición del paciente.

⁷ ALMEIDA E. et al. “Manual de la Enfermería”. Cultural, S.A. edición MMV. Mostoles – Madrid (España).
www.grupocultural.com



Un informe completo se desarrolla conservando un orden céfalo-caudal; se anotan los problemas presentados por el paciente, medidas aplicadas y resultados obtenidos, así como los pendientes; incluye información sobre presencia y permeabilidad de sondas, catéteres; condición de heridas y apósitos, vendajes, etc. Estos informes se los realiza generalmente al finalizar cada turno de trabajo y en el momento que se requiera de acuerdo con la condición del paciente.

Según normas de cada institución, se empleará por ejemplo el color de tinta azul o negra para informes realizados en el día y tinta roja para el turno de la noche.

Ejemplo:

30-06-05 Refiere cefalea que disminuye pero no cede con analgésico prescrito.

10:30 Vomitó (l) 30cc de contenido alimenticio. Abdomen sensible a la palpación.

M. Rosero
Est. Enf.

Ejemplo de informe de enfermería:

31-03-05

10:00 Emite eructos, ruidos intestinales apagados en cuadrante superior izquierdo y derecho.



12:00 Aplicación de hielo en zona de incisión, eliminación por sonda Foley 300cc, orina clara, color ámbar.

13:00 Tose y respira profundamente sin ayuda, cambio posición cada dos horas, no se observan señales de enrojecimiento o inflamación en zonas de presión.

M. Rosero

Est. Enf

2.4 Los Reportes de Enfermería

El reporte de enfermería es la comunicación escrita de la evolución del paciente de acuerdo al resultado del cuidado realizado en cada actividad vital que nos permitirá dar una identificación de la situación actual del paciente en cuanto a su enfermedad.

Las notas o reportes de enfermería se escriben en un formato al que no solamente le confiere limpieza y precisión, sino que también se utiliza el método científico para resolver los problemas de forma diaria. Las notas se escriben en forma descriptiva y para ello se emplean las siglas mnemotécnicas “SOPIE” que indican lo siguiente:

- S: DATOS SUBJETIVOS O SINTOMÁTICOS.- son aquellos que se obtiene del enfermo o de sus familiares.
- O: DATOS OBJETIVOS.- son aquellos que provienen de las observaciones clínicas reales, signos que el profesional observa, también se incluyen los datos de laboratorio adecuados al problema.
- P: VALORACIÓN.- se refiere a las notas sobre evolución que tratan directamente sobre los datos subjetivos y objetivos recopilados y que presenta la enfermera como conclusión basada en tal información; una

Autoras:

Jessica Sisalima Flores

Paola Sotelo Suárez



forma de considerar la evolución sería la relación con la evolución del enfermo.

- I: INTERVENCIÓN.- son las medidas de enfermería adaptadas para el paciente
- E: COMPROBACIÓN.- es el resultado del proceso de asistencia, como su nombre lo indica, se constituye en la verificación del proceso en el que se concreta los logros alcanzados.⁸

Calidad de información:

La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimesen la actuación del profesional sanitario.

Todas estas normas para mejorar la calidad de información tienen como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente.

Los objetivos del reporte de enfermería son los siguientes:

1. Comunicar la situación actual del paciente al resto del personal
2. Realizar el seguimiento de la evolución del paciente

⁸ BUENO, Mirian. COSTALES, A. FLORES, N. "Importancia de los reportes de enfermería como registro de la evolución del paciente, en el hospital del IEES de la Ciudad de Cuenca. Cuenca 1993". Universidad de Cuenca. 1995. Tesis de grado. Pág. 27.



3. Poseer una evidencia legal

2.5 Los principios que se deben considerar cuando se realiza el reporte de enfermería son los siguientes:

- **Objetivo:** Se elabora en base a lo observado y ejecutado tomando en cuenta el diagnóstico, tratamientos, procedimientos, reacciones físicas y emocionales del paciente.
- **Preciso:** Proporciona información exacta de lo que sucede con el paciente al resto del personal.
- **Concreto:** No debe ser tan corto ya que desvirtúa su propósito, ni tan largo para que no se pierda el interés por su contenido al leerlo.
- **Claro:** Debe contener oraciones bien formuladas, con buena construcción gramatical, sin faltas de ortografía, con letra imprenta y clara. Por último se debe utilizar terminología médica y abreviaturas universales.
- **Organizado:** Debe seguir un orden establecido en sentido cefalo caudal, registrando los datos más importantes en la evolución de la condición del paciente conteniendo las respuestas frente al tratamiento y registrando la hora en que se presenta o realiza el cuidado.
- **Veraz:** Debe contener siempre la verdad.



2.6 Las normas a considerarse cuando se realiza el reporte de enfermería son los siguientes:

- **Constancia de fecha y hora:** En cada valoración o intervención con fines legales y de atención al paciente, en forma inmediata.
- **Confidencialidad:** El acceso a la información de la historia clínica, se limita al personal de salud responsable de cada paciente. El paciente debe firmar una autorización para el uso de la información, incluso para fines de enseñanza o investigación
- **Permanencia:** El registro debe hacerse con tinta indeleble de color oscuro, para facilitar la identificación de las correcciones y alteraciones.
- **Firma:** Cada anotación debe ser firmada con el nombre y apellido completo y con la titulación.
- **Pertinencia:** Solo se registran datos pertinentes a los problemas de salud, no la información irrelevante que pueda afectar la privacidad del paciente.
- **Orden secuencial:** Los acontecimientos deben anotarse en el orden que suceden y con la secuencia de valoraciones, intervenciones y respuestas.

El reporte de enfermería es entonces un medio de comunicación que debe reunir una determinada información, pues, siendo tan extensas las actividades que genera la evolución del paciente y múltiple el equipo que



maneja dicha información, las anotaciones de la enfermera en el reporte son de suma importancia.

Las notas de enfermería suelen servir para anotar o proporcionar siete tipos de información:

1. Observaciones de la conducta del paciente y otras que se consideran de importancia para la salud general
2. El examen físico realizado en relación con el estado actual del paciente
3. Medidas prescritas por el médico y que ha realizado el personal de enfermería
4. Medidas terapéuticas que han llevado a cabo diversos miembros del equipo de salud.
5. Medidas de enfermería no prescritas por el médico pero que la enfermera realiza para satisfacer necesidades específicas del paciente.
6. Respuestas específicas del paciente a la terapéutica y a las acciones de enfermería



7. En muchas instituciones también se lleva las notas de la enfermera un registro de la enseñanza que ha recibido el paciente.⁹

2.7 Marco Referencial

El hospital “José Carrasco Arteaga” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Se encuentra situado en el sector denominado Monay, al sureste de la ciudad de Cuenca, en la Parroquia Huayna Cápac, al sur con la calle circunvalación a Rayo Loma, al este con la autopista Cuenca-Azogues y al oeste con la calle sin nombre adjunto a la Quinta del IESS.

El servicio de enfermería del hospital del IESS, proporciona atención permanente al usuario en todos los servicios, con horarios establecidos en mañana, tarde y noche, durante todos los días del año y con promedio variable de horas de atención, según la complejidad de cada servicio.

Existen los siguientes niveles en la organización de enfermería:

- a) Líder de Enfermería. Coordinadora de la Unidad
- b) Enfermera N° 2 Supervisora
- c) Enfermera N° 1 de cuidado directo de los pacientes en todas las áreas

Las auxiliares de enfermería que colabora directamente en el cuidado de los enfermos y en la preparación del material necesario para el trabajo en el hospital.

⁹ WITTER, DUGAS Beberly. Tratado de Enfermería Práctica. Mc GraW Hill. Cuarta Edición. México D.F. 2000. Pág. 195.



Auxiliar de servicios generales.

El servicio de enfermería mantiene permanentemente los comités de:

- d) Educación
- e) Normas y procedimientos
- f) Asuntos sociales

A más de los comités permanentes, el servicio de enfermería organiza comités de función eventual, según las necesidades que se presenten en el servicio.

Las funciones de servicio de enfermería del Hospital del IESS en Cuenca están orientadas a las áreas:

- g) Administrativas
- h) Atención de enfermería
- i) Educativas
- j) Investigación

En el Servicio de Medicina Interna se dispone de 76 camas distribuidas en: Clínica 1, Clínica 2 y Clínica 3; el promedio de días de estada es de 15, con un rango que va entre 2 y 90 días; los días de mayor estada corresponde: a pacientes oncológicos, renales o con patología cardiopulmonar.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El Servicio cuenta con 24 enfermeras, 2 internas de enfermería, 21 auxiliares de enfermería y 3 auxiliares de servicios generales, quienes se encuentran a cargo de las supervisoras del servicio.



3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Establecer la aplicación de las normas y principios técnicos en la elaboración de los reportes de enfermería en el área de Medicina Interna del Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca, 2010

3.2 Objetivos Específicos

- 1.1.1 Determinar los principios y normas que deben guiar la construcción de los reportes de enfermería.
- 1.1.2 Cuantificar el cumplimiento de las normas y principios de los reportes en las historias clínicas del servicio de Medicina Interna del Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca, 2010
- 1.1.3 Analizar las normas y principios de mayor y de menor cumplimiento en los reportes de enfermería en las historias clínicas del servicio de Medicina Interna del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según el horario de su elaboración.
- 1.1.4 Determinar el cumplimiento de las normas y principios del reporte de enfermería en las historias clínicas del servicio de Medicina Interna del Hospital “José Carrasco Arteaga”.



4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, se trabajó con las historias clínicas de los pacientes que habían ingresado durante el segundo semestre del año 2010 y que al momento de levantar la información no se encontraban presentes, sin embargo su censo se encontraba en el Servicio, por lo que fue necesario acudir al Departamento de Estadística para la aplicación de los formularios respectivos.

4.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el Servicio de Medicina Interna del Hospital José Carrasco Arteaga.

4.3 Unidad de Análisis

Reportes de enfermería de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital “José Carrasco Arteaga” durante el segundo semestre del año 2010.

4.4 Universo

Se trabajó con un universo finito de 1332 historias clínicas de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital “José Carrasco Arteaga” durante el segundo semestre del año 2010.



4.5 Muestra:

La constituyen 93 historias clínicas que se obtuvieron aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{m}{e^2(m - 1) + 1} =$$

m = universo m = 1332 historias clínicas

e = error estándar e = 0,1 e² = 0,01

$$n = \frac{1332}{0,1^2(1332 - 1) + 1} = 93,08 \text{ historias clínicas}$$

Se incrementó un 10% adicional por pérdidas de historias, pérdida de hojas de las historias o reportes no realizados, dando un total de 102 historias clínicas.

Para la aleatorización de las historias se utilizó el programa EPI-DAT de la Junta de Galicia y la OMS.

Dado que los reportes debieron ser aleatorizados, se contabilizó en la historia clínica los días completos de estada de los pacientes y con ánfora, se procedió a sortear el día y el reporte que sería analizado de ese día.

Finalmente se analizaron 94 reportes siendo descartados 8, 1 por haber sido transferido a otra casa de salud, 3 por haber sido pacientes que estuvieron en clínica pero que pertenecían a otros servicios siendo



temporal su estadía hasta que tengan la cama respectiva, y 4 porque no se encontró los reportes de enfermería del periodo de estudio, posiblemente extraviados.

4.6 Criterios de Inclusión

Todos los reportes de enfermería realizados por las profesionales e internas de enfermería en los diferentes turnos y salas del departamento de Medicina Interna del Hospital José Carrasco Arteaga.

4.7 Criterios de Exclusión

Todo reporte que no haya sido realizado por profesionales o internas de enfermería.

4.8 Técnicas e Instrumentos

Se elaboró un instrumento en el que se registró la información de las historias clínicas. El formulario tuvo en encabezamiento para la información general y el cuerpo con las preguntas sobre las variables investigadas. Tanto principios como normas tenían en el formulario los detalles a ser analizados para verificar el cumplimiento, así como un espacio para anotar las observaciones en caso de presentarse detalles que merecían ser explicados. Frente a cada principio y norma se ubicó un “sí” que debía ser señalado cuando había cumplimiento, y un “no” cuando el cumplimiento no se daba.



4.9 Procedimientos

Una vez establecida la muestra se identificó los números de las historias clínicas con la ayuda de la Supervisora del Servicio; no se tomaron los nombres con el fin de proteger la confidencialidad de las personas. Con la autorización del Director del Hospital y del Jefe de Estadísticas se ubicó las historias clínicas en el Departamento de Estadística y se recolectó la información en el formulario diseñado para el efecto.

4.10 Variables

Las variables estudiadas fueron: edad del paciente; sexo; principios técnicos del reporte de enfermería (objetivo, preciso, concreto, claro, organizado); normas técnicas del reporte de enfermería (constancia de fecha y hora, confidencialidad, permanencia, firma, pertinencia, orden secuencial)

4.11 Procesamiento y Análisis de la Información

Con la información de los formularios en los que se recolecto la información se procedió a construir una base de datos en el programa EXCEL. Se realizó un procesamiento previo de los datos para observar cuál de estos instrumentos estadísticos permitía observar de mejor manera las variables y sus mediciones. De la variable edad de los pacientes en cuyas historias clínicas se analizó el cumplimiento de principios y normas técnicas en el reporte de enfermería, se obtuvo la media y los valores superior e inferior, así como el rango de la edad. Para



UNIVERSIDAD DE CUENCA

las demás variables (principios, normas técnicas, y sus dimensiones) se utilizaron frecuencias absolutas y relativas con las cuales se construyeron las tablas que se muestran en los resultados. Se construyó un gráfico sectorial para las variables sexo de los pacientes.



4.12 Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala										
Edad del paciente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso del paciente	Temporal	Años cumplidos registrados en la historia clínica	20-39 40-59 60-79 80 y más										
Sexo del paciente	Características fenotípicas atribuidas a la persona que ha sido hospitalizada	Biológica	Sexo registrado en la historia clínica	- Masculino -Femenino										
Principios para la elaboración del Reporte de Enfermería	Un Principio es el conocimiento fundamental basado en hechos, ideas, relaciones formales o fenómenos sociales. Todo hombre es un miembro individual y forma parte de una sociedad, que tiene derechos, deberes, privilegios y libertades que deben ser respetados sin distinción de razas, credos o situación social o económica. Así mismo tiene temores y necesidades personales que se exacerban durante una enfermedad	Información registrada en el reporte de enfermería de la historia clínica. Objetivo: Preciso:	<ul style="list-style-type: none"> - Se elabora en base a lo observado y ejecutado - Toma en cuenta reacciones físicas y emocionales del paciente - Toma en cuenta el diagnostico, tratamientos y procedimientos. - Informa al resto del personal exactamente lo que sucede con el paciente. - Explica claramente la información. 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%;">No</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Si	No													
Si	No													
Si	No													
Si	No													
Si	No													

Autoras:
 Jessica Sisalima Flores
 Paola Sotelo Suárez



		<p>Concreto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descarta palabras vagas - Es tan corto que desvirtúa su propósito. - Es tan largo que no se pierda el interés por su contenido al leerlo. <p>Claro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contiene oraciones bien formuladas. - Se utiliza letra clara - Tiene buena construcción gramatical - Sin faltas de ortografía - Se utiliza terminología médica y abreviaturas universales. <p>Organizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sigue un orden establecido en sentido cefalo caudal. - Registra los datos más importantes en la evolución de la condición del paciente. - Contiene las respuestas frente al tratamiento. - Se registra la hora en que se presenta o realiza el cuidado. 	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>
--	--	--	---

Autoras:
 Jessica Sisalima Flores
 Paola Sotelo Suárez



		Veraz:	- Contiene siempre la verdad.	Si No
Normas para la elaboración del Reporte de Enfermería	Es un criterio mediante el cual se puede medir la cantidad, calidad y grado de desempeño de las funciones, respetando la individualidad del hombre y protegiendo al paciente de causas externas de enfermedades	<p>Información registrada en el reporte de enfermería de la historia clínica</p> <p>Constancia de fecha y hora:</p> <p>Confidencialidad:</p>	<p>- En cada valoración o intervención con fines legales y de atención al paciente, en forma inmediata.</p> <p>- El acceso a la información de la historia clínica, se limita al personal de salud responsable de cada paciente.</p> <p>- El paciente debe firmar una autorización para el uso de la información, incluso para fines de enseñanza o investigación.</p>	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>



		<p>Firma:</p> <p>Pertinencia:</p> <p>Orden secuencial:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El registro debe hacerse con tinta indeleble de color oscuro, para facilitar la identificación de las correcciones y alteraciones. - Cada anotación debe ser firmada con el nombre y apellido completo y con la titulación. - Solo se registran datos pertinentes a los problemas de salud, no la información irrelevante que pueda afectar la privacidad del paciente. - Los acontecimientos deben anotarse en el orden que suceden y con la secuencia de valoraciones, intervenciones y respuestas. 	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>
--	--	---	--	---

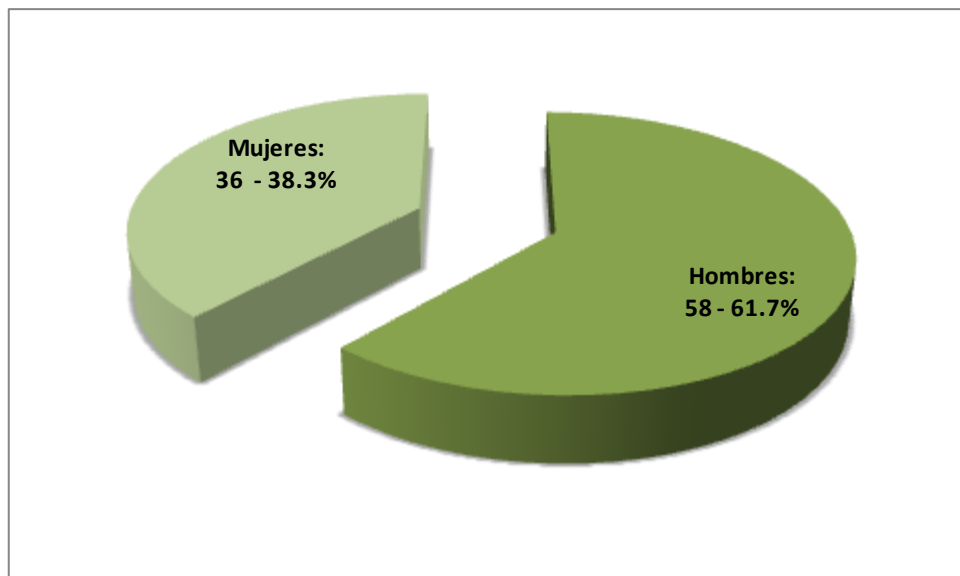


5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Analizados los 94 formularios se obtuvieron los siguientes resultados:

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE 94 HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA” SEGÚN SEXO DE LOS/AS PACIENTES. CUENCA, 2010.



Fuente: Formularios de recolección de datos
Elaborado por: Las autoras

De las 94 Historias Clínicas analizadas del Servicio de Medicina Interna, el 61,7% corresponden al sexo masculino y el 38,3% al sexo femenino, debido a que este grupo de personas por su condición de género ingresan a otras áreas de especialización como Gineco – Obstetricia.



TABLA N°. 1

DISTRIBUCIÓN DE 94 HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, SEGÚN EDAD Y SEXO DE LOS/AS PACIENTES. CUENCA, 2010.

Edad	Sexo				Total	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Frec.	%
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
De 20 – 39	8	8.5	3	3.2	11	11.7
De 40 – 59	13	13.8	7	7.4	20	21.3
De 60 – 79	22	23.4	20	21.3	42	44.7
De 80 y más	15	16	6	6.4	21	22.3
TOTAL	58	61.7	36	38.2	94	100

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

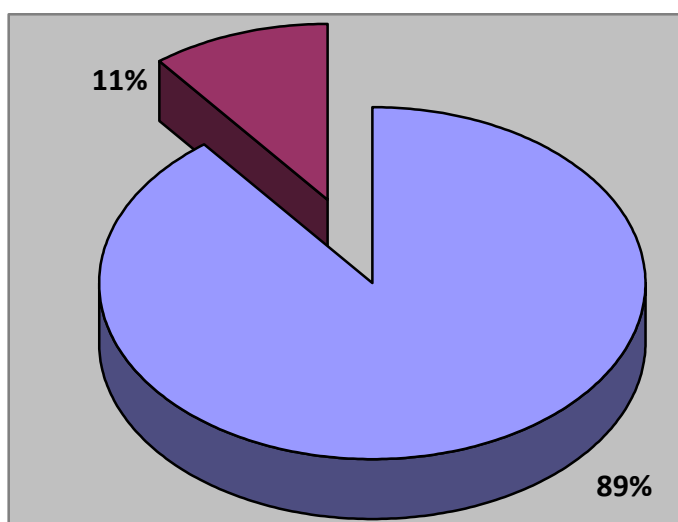
De las 94 Historias Clínicas analizadas del Servicio de Medicina Interna del hospital “José Carrasco Arteaga” 42 corresponden a pacientes mayores de 60 años como en esta etapa de la vida de los usuarios se manifiestan con mayor intensidad las enfermedades como: Hipertensión, ECV, Enfermedades respiratorias, gastrointestinales, etc. Por ende una mayor estadía en el servicio y una mejor redacción de los reportes de enfermería.

Por otro lado 11 historias clínicas corresponden a pacientes mayores de 20 años por cuanto los días de estadía fueron menores y menor calidad de la redacción de los reportes de enfermería.



GRÁFICO N°2

DISTRIBUCIÓN DE 94 HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LA NORMA “CONSTANCIA DE FECHA Y HORA”. CUENCA, 2010



Se registro No se registro

Fuente: Formularios de recolección de datos
Elaborado por: Las autoras

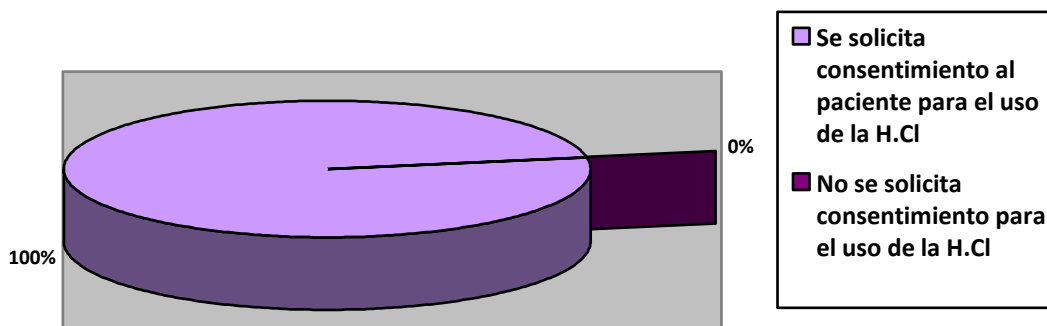
La identificación del cumplimiento de la norma “constancia de fecha y hora” se hizo en el análisis del día escogido para la evaluación del reporte; el 89% de los casos si registra la fecha y hora; el 11% de reportes no cumplió la norma dado que ya constaba en otros elementos de la historia clínica, lo cual no es una justificación para no registrarlo.

La presencia de fecha y hora es esencial para la valoración e intervención inmediata y oportuna al paciente. Contribuyendo también dentro del marco legal como respaldo para el personal.



GRÁFICO N°3

DISTRIBUCIÓN DE 94 HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LA NORMA “CONFIDENCIALIDAD”. CUENCA, 2010



Fuente: Formularios de recolección de datos
Elaborado por: Las autoras

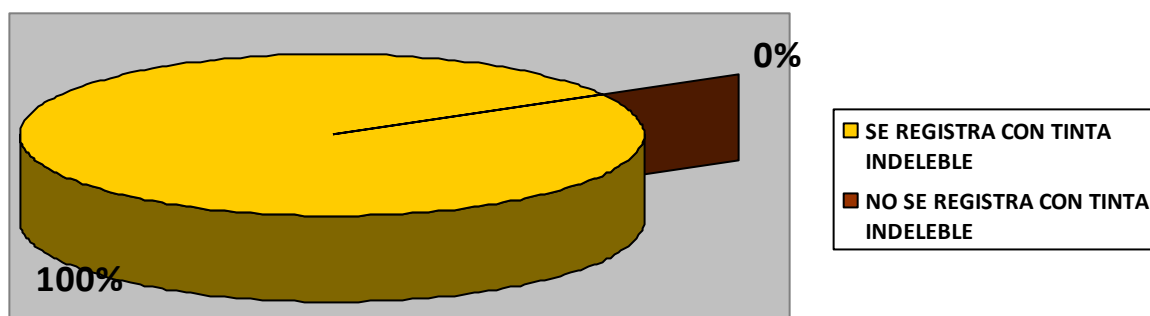
El consentimiento informado para las intervenciones regulares que se realizan en los diferentes servicios de los establecimientos de salud no es una práctica común, menos aún se solicita autorización al paciente para utilizar la información de su historia clínica.

De las dos dimensiones que permiten evaluar el cumplimiento de la norma “confidencialidad” se deduce que el 100% no se cumple, por dos aspectos: el desconocimiento del paciente en la vigencia de la norma “confidencialidad”; la escasa información que brinda el equipo de salud en relación a sus derechos.



GRÁFICO N°4

DISTRIBUCIÓN DE 94 HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LA NORMA “PERMANENCIA”. CUENCA, 2010



Fuente: Formularios de recolección de datos
Elaborado por: Las autoras

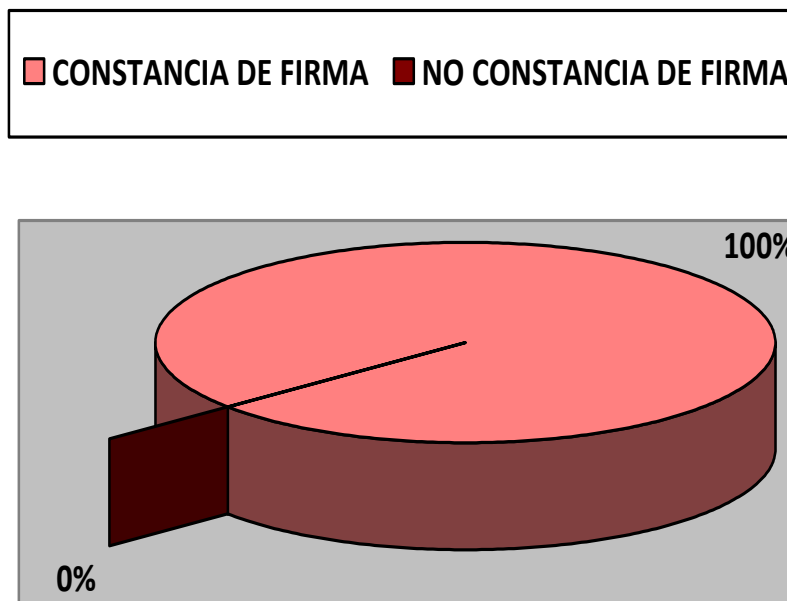
Para la elaboración del reporte se utilizan bolígrafos de tinta permanente cumpliéndose la norma de “permanencia”, la importancia de esta norma radica en el hecho de que la alteración conlleva problemas de orden legal, aunque el 40% presentó enmiendas con corrector sobre la que se reescribió.

En la totalidad de las historias clínicas analizadas observamos que se utiliza bolígrafos de tinta azul o negra y roja, no observándose escrituras con lápiz u otro color.



GRÁFICO N°5

DISTRIBUCIÓN DE 94 HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LA NORMA “FIRMA”. CUENCA, 2010



Fuente: Formularios de recolección de datos
Elaborado por: Las autoras

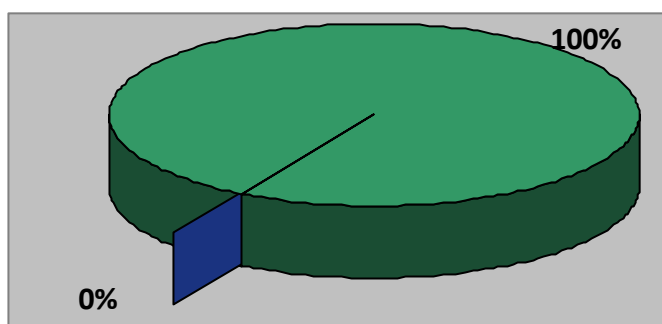
El presente gráfico nos indica que todos los casos estudiados se cumplió en su totalidad con esta norma, sin embargo se observó que en ninguno de los casos se anotó el cargo que ellos/as desempeñan en la institución.

La inscripción de la “firma” implica ser un documento legal, que conlleva responsabilidad del profesional en la elaboración del reporte.



GRÁFICO N°6

DISTRIBUCIÓN DE 94 HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LA NORMA “PERTINENCIA”. CUENCA, 2010



■ SE REGISTRAN DATOS SOBRE EL PROBLEMA DE SALUD DEL PACIENTE

■ SE REGISTRAN DATOS IRRELEVANTES QUE PUEDEN AFECTAR AL PACIENTE

Fuente: Formularios de recolección de datos
Elaborado por: Las autoras

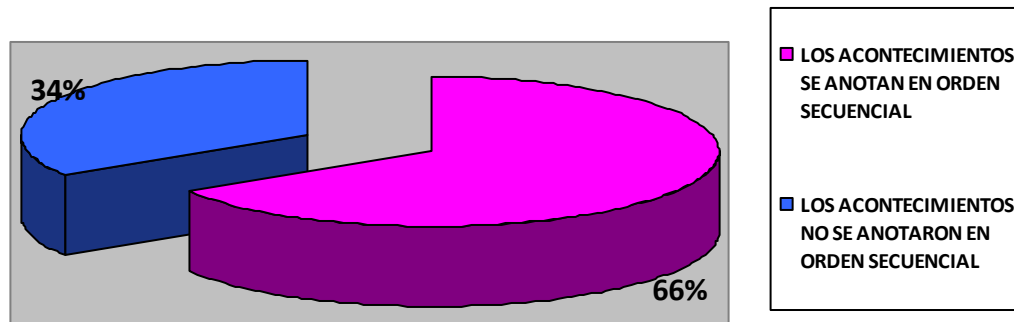
En el presente gráfico se pudo constatar que la información que se anota en los reportes si corresponde con lo sucedido al paciente durante el turno respectivo del personal de enfermería a cargo, debido a que se realizó la comparación de reporte elegido con los reportes del día o turno anterior.

La norma “pertinencia” se da en todos los reportes analizados.



GRÁFICO N°7

DISTRIBUCIÓN DE 94 HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LA NORMA “ORDEN SECUENCIAL”. CUENCA, 2010



Fuente: Formularios de recolección de datos
Elaborado por: Las autoras

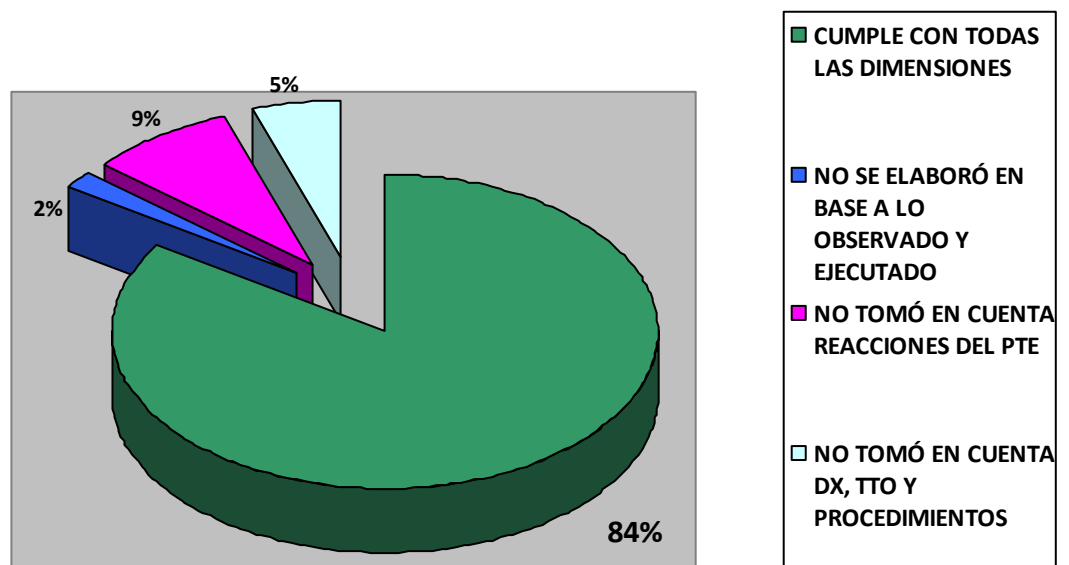
La sobrecarga de trabajo ya señalada anteriormente, y la escasa disponibilidad de tiempo son la razón para que no se construyan los reportes respetando el “orden secuencial” que se refiere a: la descripción de los sucesos de acuerdo a como se van produciendo, la valoración céfalo-caudal y las actividades que se cumplen durante el turno.

En este grafico observamos que el 66% de los reportes analizados si cumplen con esta norma, el 34% no fueron anotados según el orden secuencial, lo cual dificulta la obtención de información del paciente para cualquier miembro del equipo de salud.



GRÁFICO N°8

DISTRIBUCIÓN DE 94 HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, SEGÚN CUMPLIMIENTO DEL PRINCIPIO “OBJETIVO”. CUENCA, 2010.



Fuente: Formularios de recolección de datos

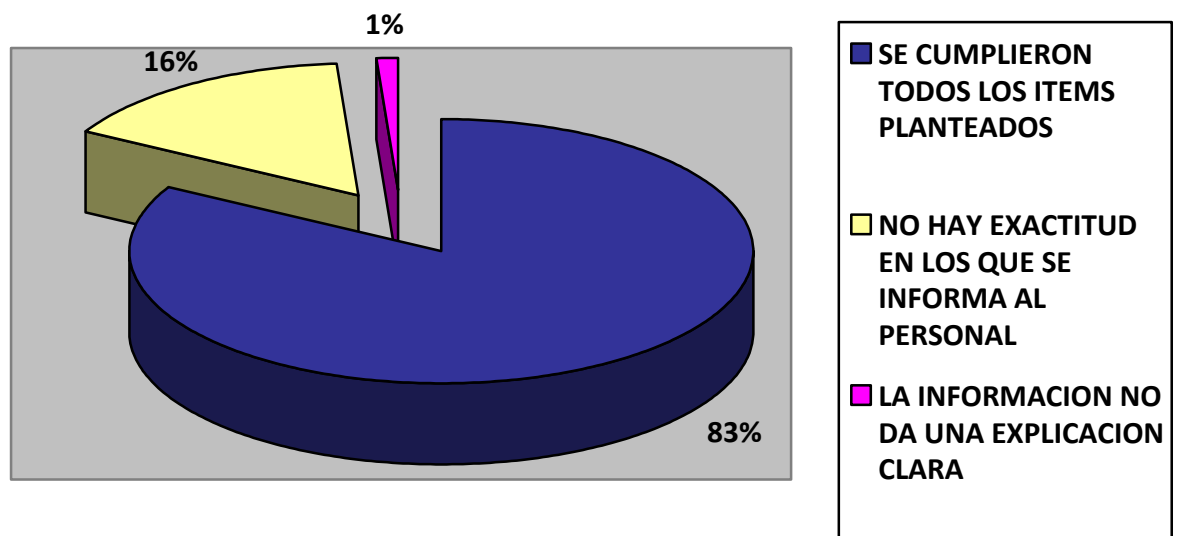
Elaborado por: Las autoras

En cuanto a si el reporte de enfermería es objetivo, pudimos observar que el cumplimiento se dio en el 84% aunque la información no proporcionaba una visión general de lo que sucede con el paciente. El 9% no contaba con las reacciones del paciente. El 5% no registraba diagnóstico, tratamiento y procedimiento realizados; y el 2% no se elaboró en base a lo que se observó y ejecutó con el usuario.



GRÁFICO N°9

DISTRIBUCIÓN DE 94 HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, SEGÚN CUMPLIMIENTO DEL PRINCIPIO “PRECISO”. CUENCA, 2010.



Fuente: Formularios de recolección de datos
Elaborado por: Las autoras

El gráfico indica que el 83% si cumple con esta norma; el 16% no informa lo que sucedió con el paciente, debido a que divaga y no describe la evolución del mismo. Finalmente el 1% no explica claramente lo que sucedió con el usuario en su turno.

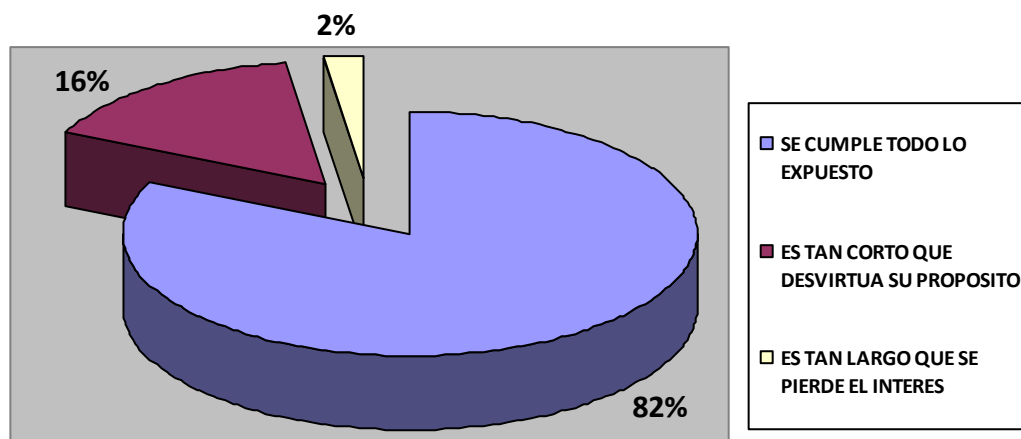
Se anotó aspectos generales sobre el estado del paciente, minimizando los acontecimientos reales sucedidos con él, por lo tanto no se detalló claramente la evolución del usuario.

Autoras:
Jessica Sisalima Flores
Paola Sotelo Suárez



GRÁFICO N°10

DISTRIBUCIÓN DE 94 HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, SEGÚN CUMPLIMIENTO DEL PRINCIPIO “CONCRETO”. CUENCA, 2010.



Fuente: Formularios de recolección de datos
Elaborado por: Las autoras

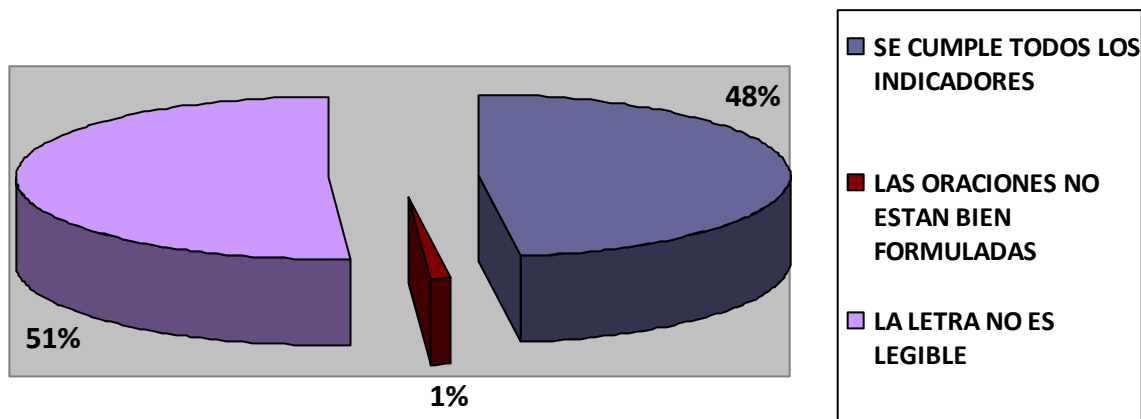
En este gráfico se indica que el 82% cumplió con las normas establecidas, en tanto que el 16% fueron muy cortos conteniendo datos generales del paciente y no precisaron la situación real del mismo. Situación contraria se dio en el 2%, el cual se registró abundante información de poco interés.

A las dos situaciones se calificó como no cumplimiento del principio “concreto”.



GRÁFICO N°11

DISTRIBUCIÓN DE 94 HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, SEGÚN CUMPLIMIENTO DEL PRINCIPIO “CLARO”. CUENCA, 2010.



Fuente: Formularios de recolección de datos
Elaborado por: Las autoras

La caligrafía de las/os profesionales que realizan los reportes es el principal problema, (51,1%), por cuanto utilizan letra manuscrita y no letra de imprenta, haciendo la escritura ilegible.

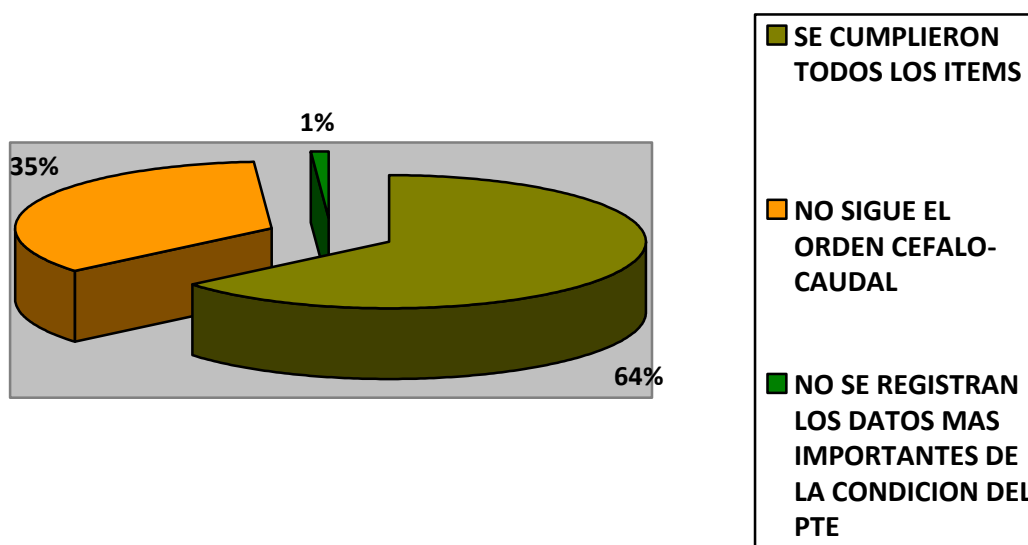
El 48% se anotaron con letra de imprenta facilitando la lectura de los reportes. Y el 1% presentó oraciones mal formuladas, con deficiente ortografía dificultando la comprensión de la información.

Esto se debe al número limitado de profesionales de enfermería en relación con los pacientes que se atienden, contribuyendo a una construcción rápida del reporte.



GRÁFICO N°12

DISTRIBUCIÓN DE 94 HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, SEGÚN CUMPLIMIENTO DEL PRINCIPIO “ORGANIZADO”. CUENCA, 2010.



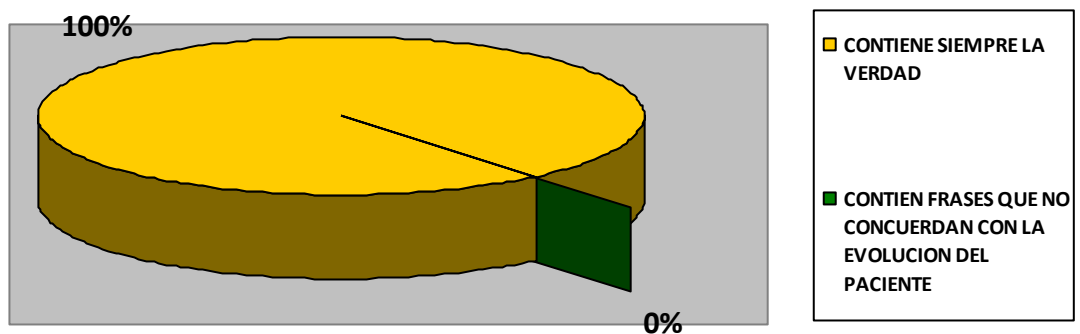
Fuente: Formularios de recolección de datos
Elaborado por: Las autoras

Observamos que el 64% cumplió con el principio “organizado”, en el 35% se presenta la información, sin embargo no se pudo apreciar un orden secuencial de acuerdo a lo manifestado en el marco teórico. Finalmente el 1% no presentó datos importantes sobre la condición del usuario, lo cual reduce la posibilidad de información al personal de salud.



GRÁFICO N°13

DISTRIBUCIÓN DE 94 HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, SEGÚN CUMPLIMIENTO DEL PRINCIPIO “VERAZ”. CUENCA, 2010



Fuente: Formularios de recolección de datos
Elaborado por: Las autoras

En la evaluación que se realizó en los reportes, el 100% correspondió con la evolución del paciente durante sus días de hospitalización, lo cual se verificó con la revisión de los diferentes elementos de la historia clínica, de allí el cumplimiento del principio “veraz”.

Siendo este importante debido a que su información se puede utilizar como fundamento legal.

**6. Reporte de Enfermería elaborado por las autoras en el que se da el cumplimiento y aplicación de las normas y principios establecidos.**

13/04/2011

01:00 pm

Paciente de 55 años de edad con diagnóstico de apendicitis aguda, durante la mañana permanece consciente, orientado en tiempo espacio y persona. Activo y colaborador. Al momento se observa piel pálida y caliente, mucosas orales semihumedas, cuello sin adenopatías. Campos pulmonares limpios y ventilados, abdomen blando depresible poco doloroso a la palpación, a nivel de fosa iliaca derecha presencia de herida quirúrgica postapendicectomía de 48 horas de evolución, herida en proceso de cicatrización cubierta con apósito manchado con líquido serosanguinolento en poca cantidad. Se alimenta de dieta blanda tolerándola bien. Se mantiene ambulatorio. Micciona espontáneamente de características normales y en volumen de 600ml. No realiza deposición. Se realiza baño de ducha y aseo personal Se administra medicación parenteral: una ampolla de ketorolaco c/8h, un gramo de cefazolina c6/h y medicación oral: una tableta de parabay c/12h. Permanece con vía venosa permeable con solución salina 800ml. Signos vitales estables.

TA: 100/60 FC: 72 T: 36.4 FR: 24 Sat: 92%

Lcda. J. Alvarez. Enf.



Objetivos	Conclusiones
Determinar los principios que deben guiar la construcción de los reportes de enfermería	Los principios que deben guiar la elaboración del reporte de enfermería son: <ul style="list-style-type: none">• Objetivo• Preciso• Concreto• Claro• Organizado• Veraz
Determinar las normas que deben guiar la construcción de los reportes de enfermería	Las normas que deben guiar la elaboración del reporte de enfermería son: <ul style="list-style-type: none">• Constancia de fecha y hora• Confidencialidad• Permanencia• Firma• Pertinencia• Orden secuencial
Cuantificar el cumplimiento de los principios y normas de los reportes en las historias clínicas del servicio de Medicina Interna del Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca, 2010	Los principios técnicos tienen un cumplimiento del 77,1% frente a un 92,2% de las normas.
Analizar los principios y normas de mayor y de menor cumplimiento en los reportes de enfermería en las historias	El principio “veraz” tuvo un cumplimiento en el 100% de los casos, seguido por los principios “objetivo”, “preciso”, “concreto” y “organizado”; el



<p>clínicas del servicio de Medicina Interna del Hospital “José Carrasco Arteaga”.</p>	<p>cumplimiento del principio “claro” estuvo bajo el 50%.</p> <p>Es preocupante el hecho de que en el 100% de los reportes no se cumpla la norma “confidencialidad”, seguida de la norma “orden secuencial del reporte de enfermería” y de la norma “constancia de fecha y hora”.</p>
<p>Determinar el cumplimiento de las normas y principios del reporte de enfermería en las historias clínicas del servicio de Medicina Interna del Hospital “José Carrasco Arteaga”.</p>	<p>El promedio de cumplimiento de los principios y normas en los reportes de enfermería del Área de Medicina Interna del Hospital “José Carrasco Arteaga” es de 84,7% que podría ser calificado como muy bueno.</p>



8. RECOMENDACIONES

Recomendamos impartir charlas de actualización al personal de Enfermería de Medicina Interna del hospital sobre las Normas y Principios para realizar los reportes de Enfermería.

Prestar atención y énfasis para realizar las notas de enfermería al terminar cada turno de trabajo.

Intensificar las clases que se imparten sobre el tema en la escuela de Enfermería.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, E. et al. "Manual de la Enfermería". Cultural, S.A. edición MMV. Mostoles – Madrid (España). www.grupocultural.com
2. APRICE, Alice. Tratado de enfermería. Editorial interamericana. Tercera Edición. México D.F.1966.
3. AUCCASI ROJAS, M. El Proceso de Enfermería. Hospital Nacional Hipólito Unanue en <http://www.enfermeriaperu.net/enferquirosupervcenquiros.htm>
4. FUERBRINGER, M. et. al. Enfermería, disciplina científica. Editorial Universitaria Potosiana; México, 1995. Citado por León, C. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Revista Cubana de Enfermería 2006;22(4). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm
5. FUERST Y WOLF. Principios fundamentales de enfermería. Editorial Prensa Médica Mexicana. México D.F. 1993
6. GAMES, Inés M. Manual de Procedimientos Básicos de Enfermería. Lera edición Actualizada. Editorial AKADIA. Buenos Aires. Argentina. 2008.
7. GARCÍA G. María de Jesús. El Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 2ª edición. EDITORIAL PROGRESO, S.A. DE C.V. Naranjo No. 248, Col. Santa María la Rivera. Delegación Cuauhtémoc. C. P.06400. México. D.F. 2004.
8. HAUSER, HANS Dr. Manual de Enfermería moderna. 2º Edición. Editorial Paramón S.A. España. 1984.
9. IYER, P. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Editorial Interamericana McGraw-Hill. México. 1997. Citado por León, C. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Revista Cubana de Enfermería 2006;22(4). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm

Autoras:

Jessica Sisalima Flores

Paola Sotelo Suárez



10. KEROUAC, S. El pensamiento enfermero. España: Masson S. A. 1996 citado por Sanabria, L. Otero, M. Urbina, O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Revista Cubana Educación Médica Superior 2002; 16(4). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm
11. LEÓN, C. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Revista Cubana de Enfermería 2006;22(4). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm
12. LOZADA, N. et. al. Manual de Enfermería. Zamora Editores Ltda. Bogotá. Colombia. 2006.
13. MARRINER, T. ALLIGOOD, M. Modelos y teorías de enfermería. Cuarta edición. Harcourt. Madrid, 2000. Citado por León, C. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Revista Cubana de Enfermería 2006;22(4). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm
14. POKORSKI, S. MORAES, M. CHIARELLI, R. COSTANZI, A. RABELO, E. Proceso de enfermería: de la literatura a la práctica: ¿qué estamos haciendo, de hecho? Rev. Latino-am Enfermagem. Vol. 17 No. 3. Brazil. Mayo-Junio 2009. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es_04.pdf
15. POTTER Patricia, A. Fundamentos de Enfermería. Volumen 1. Quinta Edición. Ediciones Harcourt S.A. Barcelona. España. 2002.
16. PRINCIPIOS BASICOS DE ENFERMERIA. Conocimiento fundamental basado en hechos, ideas, relaciones formales. www.slideshare.net
17. PULIDO, F. ARRIBAS, P. FERNÁNDEZ, A. Satisfacción de los pacientes en la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Volumen 11. No. 3. 2008. Madrid. España. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752008000300002&script=sci_arttext
18. SANABRIA, L. OTERO, M. URBINA, O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Revista Cubana

Autoras:

Jessica Sisalima Flores

Paola Sotelo Suárez



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Educación Médica Superior 2002; 16(4). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm

19. SCHNIEDMAN, Rose. Manual de Procedimientos en Enfermería. 3° edición. Editorial Interamericana. 1992.
20. Tratado de Enfermería Práctica. 4ª Edición Revisada. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES. México, DF. 2000.
21. WITTER, DUGAS Beberly. Tratado de Enfermería Práctica. Mc GraW Hill. Cuarta Edición. México D.F. 2000.



10. ANEXOS

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuenca, del 2011

Señor
Director del hospital “José Carrasco Arteaga”
Señor
Jefe del Departamento de Estadística del Hospital “José Carrasco
Arteaga”
Su despacho

Nos dirigimos muy respetuosamente a usted para informarle que estamos realizando la investigación titulada: “CUMPLIMIENTO DE NORMAS Y PRINCIPIOS PARA LA ELABORACION DE LOS REPORTES O NOTAS DE ENFERMERIA EN EL AREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA, 2010” y nos facilite la realización de la misma.

Utilizaremos las historias clínicas de los pacientes que ingresaron al servicio de clínica de julio a diciembre del 2009; se analizarán el cumplimiento de los reportes o notas en base a los Procesos de Enfermería y será realizado por las candidatas a Licenciadas en Enfermería, PAOLA SOTELO Y JESSICA SISALIMA, alumnas de la Universidad de Cuenca.

La información se manejará en forma confidencial, solamente se utilizará el número de la Historia Clínica, hecho que no implicará gasto económico ni riesgo de naturaleza alguna para la institución.

Atentamente

Paola Sotelo

Jessica Sisalima

Autoras:
Jessica Sisalima Flores
Paola Sotelo Suárez



ANEXO Nº 2

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA SOBRE EL REPORTE DE ENFERMERÍA EN EL AREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “JOSE CARRASCO ARTEAGA”

Fecha: _____, Número de la Historia Clínica

Sexo: M F

Edad: años cumplidos

PRINCIPIOS PARA LA ELABORACION DEL REPORTE DE ENFERMERÍA	CUMPLIMIENTO
1.- Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> Se elabora en base a lo observado y ejecutado Toma en cuenta reacciones fisiológicas, físicas y emocionales del paciente Toma en cuenta el diagnóstico, tratamiento y procedimiento Observaciones.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.- Preciso: <ul style="list-style-type: none"> Informa al resto del personal exactamente lo que sucede con el paciente Explica claramente la información Descarta palabras vagas. Observaciones.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.- Concreto: <ul style="list-style-type: none"> No es tan corto que desvirtúa su propósito. No es tan largo para que no se pierda el interés por su contenido al leerlo. Observaciones.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.- Claro: <ul style="list-style-type: none"> Contiene oraciones bien formuladas Se utiliza letra clara Tiene buena construcción gramatical Sin faltas de ortografía Se utiliza terminología medica y abreviaturas universales Observaciones.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.- Organizado: <ul style="list-style-type: none"> Sigue un orden establecido en sentido céfalo caudal Registra los datos mas importantes en la evolución de la condición del paciente Contiene las respuestas frente al tratamiento Se registra la hora en que se presenta o realiza el cuidado Observaciones.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6.-Veraz: <ul style="list-style-type: none"> Contiene siempre la verdad Observaciones.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Autoras:
Jessica Sisalima Flores
Paola Sotelo Suárez



NORMAS PARA LA ELABORACION DEL REPORTE DE ENFERMERIA	CUMPLIMIENTO
7.- Constancia de fecha y hora: <ul style="list-style-type: none"> Se registra en cada valoración o intervención en la atención al paciente y con fines legales Observaciones:.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8.- Confidencialidad: <ul style="list-style-type: none"> El acceso a la información se limita al personal de salud responsable de cada paciente El paciente firma una autorización para el uso de la información Observaciones:.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9.- Permanencia: <ul style="list-style-type: none"> El registro se hace con tinta indeleble de color obscuro Observaciones:.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10.- Firma: <ul style="list-style-type: none"> Se firma con el nombre y apellido completo y con titulación de la persona responsable de cada paciente Observaciones:.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11.- Pertinencia: <ul style="list-style-type: none"> Se registran datos pertinentes a los problemas de salud del paciente. No se coloca información irrelevante que pueda afectar a la privacidad del paciente Observaciones:.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12. Orden secuencial en el reporte de enfermería <ul style="list-style-type: none"> Los acontecimientos se anotan en el orden que suceden de valoraciones, interpretaciones y respuestas Observaciones:.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nombre de la Investigadora:
