



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA

TRABAJO DE TITULACION

Previo a la obtención del título de  
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

TEMA

“CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA QUE REALIZA EL  
PERSONAL QUE LABORA EN LOS SUB-PROCESOS DE CIRUGIA Y  
CLINICA, HOSPITAL REGIONAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA  
PORTOVIEJO DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014”

AUTORES:

CEDEÑO MEZA KARINA RAQUEL  
CEVALLOS CEDEÑO SANDY LILIANA

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN:

LCDA. JULIA ESPINEL GARCÍA, Mg.

Portoviejo

Manabí  
2014

Ecuador

## TEMA

“Calidad de registros de enfermería que realiza el personal que labora en los sub-procesos de cirugía y clínica, Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo Diciembre/2013-Mayo/2014”

## DEDICATORIA.

Mi tesis la dedico a DIOS que me ha dado la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

A mis hijos, Jean Carlos y Alan Matías razón de mi vida, mi inspiración y pilares fundamentales para tener la fuerza, voluntad, y perseverancia de poder culminar mi carrera.

A mi madre que me diò la vida y ha estado conmigo en todo momento y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado apoyándome y brindándome todo su amor.

A mi esposo, por todo el apoyo que me ha dado para continuar y seguir mí camino, gracias por estar conmigo y recuerda que eres muy importante para mí.

Karina

## DEDICATORIA.

Primero que todo quiero dedicarle este paso en mi vida profesional a Dios Todopoderoso por darme las virtudes y la fortaleza necesaria para salir siempre adelante pese a las dificultades, por colocarme en el mejor camino, iluminando cada paso de mi vida.

A mis padres: Edgar y Jenny son ustedes quienes verdaderamente son los dueños de este título, sin su apoyo no lo habría logrado, mil gracias por ser mis guías, y por ser para mí un ejemplo de trabajo, esfuerzo y dedicación.

A mi esposo: Roque, te agradezco fielmente por todas las atenciones, detalles y palabras de aliento cuando más las necesitaba, gracias por acompañarme y ser mi apoyo en todo momento, por ayudarme, porque también eres parte de este logro. Eres mi presente y mi futuro.

Dedico la presente tesis a mis hijos Gerrard y Thiago, quienes llenan de alegría mi vida, gracias por ser mi inspiración y fortaleza, sus sonrisas iluminan mi mundo y me dan las fuerzas necesarias para luchar y conseguir mis metas.

A mis padrinos queridos: Francisco y María Inés, mis triunfos también son suyos porque así lo ha querido Dios; llegaron a mi vida como unos ángeles y supieron estar conmigo para guiarme siempre.

A cada uno de los miembros de mi familia y a mis amigos, porque con su apoyo supieron colocar un granito de arena en este gran triunfo, no tengo palabras para agradecerles todo lo que en su debido momento hicieron; solo me queda decirles gracias Dios me los bendiga siempre.

Sandy

## AGRADECIMIENTO.

Agradecemos a Dios por bendecirnos para llegar hasta donde hemos llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la Universidad Técnica de Manabí por darnos la oportunidad de estudiar y ser profesionales; y, a la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería por brindarnos las enseñanzas de tan noble profesión.

Al Tribunal de Revisión y Sustentación por el tiempo dedicado y a la orientación para realizar el trabajo de investigación.

Al Director del trabajo de titulación, Lcda. Julia Espinel García, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación guió la presente investigación.

LAS AUTORAS

## CERTIFICACIÓN.

Lic. Julia Espinel García, Catedrática de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí en calidad de Directora de trabajo de titulación:

CERTIFICO; Que las egresadas de la Escuela de Enfermería: Cedeño Meza Karina Raquel; y, Cevallos Cedeño Sandy Liliana, han cumplido con el desarrollo de su trabajo de titulación denominado: “Calidad de registros de enfermería que realiza el personal que labora en los sub-procesos de cirugía y clínica, Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo Diciembre/2013-Mayo/2014”

La misma que ha sido desarrollada y concluida en su totalidad bajo mi dirección habiendo cumplido con todos los requisitos y reglamentos que para este efecto se requiere.

-----  
Lic. Julia Espinel García,  
Directora de Trabajo de Titulación

# CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN.

## TEMA:

“CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA QUE REALIZA EL PERSONAL QUE LABORA EN LOS SUB-PROCESOS DE CIRUGIA Y CLINICA, HOSPITAL REGIONAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA PORTOVIEJO DICIEMBRE/2013-MAYO/2014”

## TRABAJO DE TITULACIÓN

Sometido a consideración el Tribunal de revisión y sustentación legalizado por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de

Licenciadas en Enfermería.

---

Dra. Yira Vásquez Giler, M.N.

DECANO

---

Dr. Jhon Ponce Alencastro, M.D.I.

PRESIDENTE COM. INVESTIGACIÓN FCS

---

Lic. Aracely Romero de Zambrano, M.GS.

PRESIDENTA DE TRIBUNAL

---

Ab. Abner Bello Molina

ASESOR JURÍDICO

---

Lic. Julia Espinel García

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

---

Lic. Nidia Macías Cedeño

MIEMBRO

---

Lic. Mónica Romero García  
MIEMBRO

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Declaramos bajo juramento que: todas las ideas, mociones, investigaciones, experiencias, hechos, conclusiones y recomendaciones expuestas en este trabajo de titulación son de única, total y exclusiva responsabilidad de las autoras.

---

Cedeño Meza Karina Raquel

EGRESADA

---

Cevallos Cedeño Sandy Liliana

EGRESADA

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

	PAG.
PARTE PRELIMINAR	
Tema	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimiento	v
Certificación del director de trabajo de titulación	vi
Certificación del tribunal de revisión y evaluación.	vii
Declaración de autoría	viii
Índice	ix
Resumen	xi
Summary	xii
PARTE PRINCIPAL	
Introducción	1
Justificación	3
Planteamiento del problema.	5
Objetivos.	7
Marco teórico	8
Operacionalización de variables	52
Diseño metodológico	57
Presentación de resultados, análisis e interpretación	61
Conclusiones	97
Recomendaciones	99
Propuesta	100
PARTE REFERENCIAL	
Presupuesto	119
Cronograma valorado	120
Bibliografía	121
Anexos	

## INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

CUADRO Y GRÁFICO N° 1	DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	61
CUADRO Y GRÁFICO N° 2	DISTRIBUCION SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	63
CUADRO Y GRÁFICO N° 3	DISTRIBUCION SEGÚN CATEGORÍA DEL PUESTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	65
CUADRO Y GRÁFICO N° 4	DISTRIBUCION SEGÚN ANTIGÜEDAD DEL PUESTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	67
CUADRO Y GRÁFICO N° 5	DISTRIBUCION SEGÚN SATISFACCIÓN POR EL SERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	69
CUADRO Y GRÁFICO N° 6	DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO EMOCIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	71
CUADRO Y GRÁFICO N° 7	DISTRIBUCION SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE PROTOCOLOS Y NORMAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	73
CUADRO Y GRÁFICO N° 8	DISTRIBUCION SEGÚN NÚMERO DE PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES QUE TRABAJAN POR TURNO Y POR AREA EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	75
CUADRO Y GRÁFICO N° 9	DISTRIBUCION SEGÚN NÚMERO DE CAMAS DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	77
CUADRO Y GRÁFICO N° 10	DISTRIBUCION SEGÚN PROMEDIO DE ESTADIA DE PACIENTES DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	79
CUADRO Y GRÁFICO N° 11	DISTRIBUCION SEGÚN TIEMPO DE LLENADO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	79

CUADRO Y GRÀFICO N° 12	EVALUACION SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE SIGNOS VITALES (No 020) POR TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	83
CUADRO Y GRÀFICO N° 13	DISTRIBUCION SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES MÉDICAS Y DE ENFERMERIA (No 005) EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	85
CUADRO Y GRÀFICO N° 14	DISTRIBUCION SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE KARDEX (No 22) POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	87
CUADRO Y GRÀFICO N° 15	DISTRIBUCION SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR AREA, POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	89
CUADRO Y GRÀFICO N° 16	DISTRIBUCION SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE CONTROL PREOPERATORIO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	91
CUADRO Y GRÀFICO N° 17	DISTRIBUCION SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE CONTROL DE INGESTA Y ELIMINACION POR TURNO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	93
CUADRO Y GRÀFICO N° 18	DISTRIBUCION SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE CENSO DIARIO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.	95

## RESUMEN

En Portoviejo-Manabí, se desarrolló una investigación titulada: “Calidad de registros de enfermería que realiza el personal que labora en los Subprocesos de Cirugía y Clínica, Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo Diciembre/2013–Mayo/2014”, cuyo objetivo general fue determinar la calidad de los registros de enfermería de los pacientes hospitalizados en estos subprocesos.

Fue un estudio prospectivo-descriptivo-analítico, aplicado a una población constituida por 58 miembros del equipo de enfermería de ambos subprocesos: 17 Enfermeras profesionales; y, 41 Auxiliares de Enfermería, a través del método aleatorio simple, utilizando como técnicas e instrumentos encuesta y ficha de recolección de datos, cuyos resultados fueron: el sexo que predominó fue el femenino; perteneciente al grupo de 41-50 años; y con nivel de educación secundaria. el 44.83% tienen más de 21 años de antigüedad; 77.59% se sintieron satisfechos en el área que laboran; y, 10,3% en cirugía de mujeres, seguido de un 8,6% en cirugía de varones en las mañanas; y durante la tarde y noche con un 6,9% respectivamente para cirugía de mujeres y varones. El formulario de signos vitales; según los parámetros analizados el llenado en su mayoría son correctos el de evolución y prescripciones médicas y de enfermería en cuanto al llenado existe una aproximación de porcentajes correctos e incorrectos; siendo el más alto el uso de esferográfico indicado (mañana-azul, tarde-verde, noche-rojo) con un 95.4% correcto; el de Kardex en su mayoría es correcto; el consentimiento informado el 96.9% cumple con el llenado siempre en el área de cirugía de mujeres y varones; el formulario de control preoperatorio el número de parámetros chequeados es mayor de 17 a 23 con un 53.8%; el censo diario según los parámetros analizados el llenado en su mayoría es correcto; siendo el más alto los datos del servicio con un 100%; mientras que el porcentaje incorrecto mayor es el resumen del día con un 33.3%, el 60,34% tiene poco conocimiento

Los objetivos se alcanzaron gracias a la colaboración y responsabilidad del equipo de enfermería de los subprocesos antes mencionados y especialmente por la gestión realizada ante las autoridades de la institución, mismas que se empoderaron del mismo y dieron todo su apoyo necesario para su desarrollo.

Palabras claves: Formularios – Registros de Enfermería – Expediente clínico

## SUMMARY

In Portoviejo-Manabí, developed research entitled: "Quality of nursing records by personnel working in the threads of Surgery Regional Hospital Clinica Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo Diciembre/2013-Mayo/2014" The overall goal was to determine the quality of nursing records of patients hospitalized in these threads.

It was a prospective descriptive-analytical study, applied to a population comprised of 58 members of the nursing team in both threads: 17 professional Nurses; and 41 nursing assistants, through simple random method, using survey techniques and instruments and record data collection, the results were: sex predominated in the female; belonging to the group of 41-50 years; and secondary level. the 44.83% are over 21 years old; 77.59% were satisfied that work in the area; and 10.3% of women in surgery, followed by 8.6% in males surgery in the morning; and during the afternoon and evening with a 6.9% respectively for women and men surgery. The form of vital signs; as filling the parameters analyzed are mostly correct the evolution and prescriptions and nursing exists as to fill an approximation of correct and incorrect percentages; being the highest indicated using ballpoint pen (blue morning-evening-green-red night) with a 95.4% correct; the majority of Kardexen is correct; informed consent meets 96.9% always filling in the area of surgery for women and men; preoperative form Control Number of checked parameters are 17 to 23 with 53.8%; daily census in the parameters analyzed filling is mostly correct; being the highest data service with 100%; while the highest percentage is inaccurate summary of the day with 33.3%, the 60.34% has little knowledge

The objectives were achieved through collaboration and responsibility of the nursing staff of the above threads and especially the steps taken before the authorities of the institution, which are being empowered thereof and gave their support necessary for their development.

Keywords: Forms - Records of Nursing - Clinical Record -

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la salud pública los registros de enfermería forman parte fundamental de la atención primaria sanitaria, ya se constituyen dentro de la historia clínica del paciente, teniendo consecuencias y responsabilidades de índole profesional y legal, por tal razón es necesario llevarlos de tal manera que cumplan con un rigor científico, que garantice la calidad de los mismos, siendo el registro de los cuidados que la enfermería proporciona diariamente a los pacientes una tarea primordial, ya sea para dar una adecuada calidad atención sanitaria como para el desarrollo de la profesión, por ello es necesario conocer el adecuado cumplimiento de los registros y la legislación vigente para no afectar al usuario ni a los profesionales de la salud.

Los beneficios de la calidad de los registros de enfermería son muchos y dependen del medio en que son utilizados, debido a que se puede comprobar de manera rápida y sistemática el orden del proceso de cuidado del paciente, además provee directamente al personal de enfermería de una forma sistemática, ordenada y progresiva de recopilar, manejar y gestionar los datos, información y conocimientos diarios necesarios y esenciales para la atención de un usuario.

Al Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo acuden diariamente una cantidad considerable de usuarios, lo que exige mayor atención por parte del personal que labora en esta unidad de salud, aunque se rigen bajo parámetros estipulados en las normas sanitarias expuestas por el organismo regulador que es el Ministerio de Salud Pública, existe obstáculos que impiden recopilar información que permita tener registros de calidad dentro del área de subproceso de cirugía y clínica de esta institución.

Los registros de enfermería son actualmente más importantes que nunca, debido al aumento de las situaciones médico-legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado, respaldo que, idealmente, debe ser legible y oportuno.

En el año 2001, las enfermeras formaron un grupo de calidad orientado a evaluar cómo se estaban realizando los registros de enfermería en el área hospitalaria del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. En 2002 se integraron a este grupo las auxiliares de enfermería, con lo que se lograron mejores resultados.

El registro permite identificar al personal que estuvo a cargo de un paciente determinado, analizar la oportunidad de la atención y realizar la vigilancia de enfermería (por ejemplo, tiempo que el paciente lleva puesto un catéter o sonda, etc.); además, permite hacer un análisis frente a los problemas legales originados por error en la administración de fármacos o por accidentes de los pacientes. Un buen registro puede ser una herramienta atenuante o esclarecedora de lo que sucedió.

En el presente estudio realizado en el área cirugía y clínica del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, fue con el objetivo de determinar el porcentaje de cumplimiento de los registros de enfermería de los pacientes hospitalizados durante Diciembre/2013-Mayo/2014.

Para este efecto, se realizaron tres auditorías y se determinó las características sociodemográficas de la población en estudio; se realizó una descripción de cada uno de los formularios utilizados por el personal de enfermería de los subprocesos Clínica y Cirugía; se determinó el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre la información que debe contener cada formulario; y, se elaboró una estrategia de mejora de los procesos de registros de enfermería en los subprocesos clínica y cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, a fin de determinar su calidad.

## JUSTIFICACIÓN

Los registros clínicos de enfermería conforman la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente, son por excelencia un medio de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud, su realización correcta permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente.

El beneficio de tener un registro de enfermería con una estructura específica para el cuidado del paciente y usuario, permite proveer una atención de calidad, eficiente, continua y segura al paciente, basada en la evidencia en práctica, de esta manera un registro de enfermería bien elaborado por los propios profesionales que cuidan al paciente como persona parte de una familia, comunidad y sociedad, debe incluir todos los elementos, datos e información esencial de un plan de cuidado, pues ello permite facilitar el proceso de enfermería.

EL Ministerio de Salud Pública ha emitido una normativa que rige la estructura de los registros de enfermería de los servicios sanitarios, en cuanto a la historia clínica del paciente dispone que es un documento médico legal que consigna la exposición detallada y ordenada de todos los datos relativos a un paciente o usuario, incluye la información del individuo y sus familiares, de los antecedentes, estado actual y evolución, además de los procedimientos y de los tratamientos recibidos.

El presente trabajo tiene una legítima relevancia científica porque nos ayudará a mejorar la redacción de las notas de enfermería impulsando a la aplicación del proceso de atención de enfermería, lo cual nos permitirá tener un mejor respaldo legal en los problemas que se podrían suscitar en el transcurso de nuestro ejercicio profesional.

Nos aporta evidencias que sirven para plantear algunas reflexiones de la redacción en las notas de enfermería reflejando la práctica del cuidado que brinda la enfermera, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que son de mucha ayuda en los Procesos Legales en la Actualidad.

El estudio planteado pretende proporcionar información acerca de la realidad y las condiciones en que se realizan las notas o registros de enfermería del Profesional de

Enfermería que labora en los subprocesos cirugía y clínica del Hospital Regional “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, para que de esta manera se puedan respaldar ante cualquier proceso legal que se pudiera suscitar prospectivamente.

El profesional de enfermería en el proceso de su formación adquiere competencias en las dimensiones técnicas y personal social para brindar atención integral al individuo, familia y comunidad incorporando herramientas técnicas, así como, valores personales que evidencien su compromiso de ayuda en la identificación de necesidades y/o problemas, ejecución y evaluación de un plan de cuidados.

Los registros son canales de comunicación entre los diferentes profesionales y facilitan la toma de decisiones en forma oportuna para contribuir a la atención continua. Siendo los registros un documento formal, legal de la evolución y tratamiento del paciente. Las anotaciones de enfermería constituyen uno de estos registros ya que aquí se plasman la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de los cuidados que brinda el personal de enfermería, por tanto, en estos registros se evidencian las competencias de la enfermera y la calidad de atención que se brinda en la institución.

La eliminación de los registros repetitivos y narrativos puede reducir el tiempo total invertido en registros y producir una representación más exacta y útil de la práctica profesional y respuesta del paciente.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermería cuenta con un lenguaje y símbolos especializados. A medida que la teoría se ha desarrollado, estos conceptos, lenguajes y formas de obtener datos reflejan las nuevas maneras de pensar y conocer en enfermería. El lenguaje de la teoría de enfermería facilita la comunicación entre los miembros de la disciplina. El conocimiento experto de la disciplina se requiere con frecuencia para una total comprensión del significado de términos especiales. Al mismo tiempo, se hace evidente con frecuencia que la enfermería selecciona un lenguaje común, de manera que se puede comunicar más plenamente con aquellos a quienes sirve.

Para Ortega V. María C., y cols. (2009):

“El ejercicio profesional de la enfermería es dinámico y por ello modificable en función de las necesidades de la población, quien demanda cuidados de calidad que incorpore sus hábitos, costumbres y estado de salud así como la tecnología necesaria para establecer su diagnóstico y tratamiento. De este modo, la búsqueda de la calidad del cuidado de enfermería se constituye en un factor clave para participar disciplinariamente en la exploración de prácticas de atención de salud de calidad y libre de riesgos”.

La auditoría en la última década ha pasado a ser parte de la vida de los profesionales de la salud, la rapidez de su desarrollo ha creado confusión acerca de cómo puede ser instaurada y por sobretodo como puede otorgarse sostenibilidad.

En ese marco la auditoria clínica cobra especial relevancia, cuando enfrentamos una cultura con mínima autocrítica. Una auditoria implica el examen o la revisión de informes. Una auditoria retrospectiva consiste en la evaluación de los informes de un paciente después del alta del centro. Retrospectivo significa relativo a acontecimientos pasados.

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, siguen aumentando los problemas en los establecimientos de salud debido a que los profesionales de enfermería no realizan bien el llenado de los diferentes formularios emitidos por este organismo, lo realizan

con criterios deficientes, lo que conlleva a que la dirección hospitalaria le haga un llamado de atención, conllevando esto a una baja en la evaluación semestral, motivo por el que se tiene que fortalecer las notas de enfermería e implementarlas, poniendo en práctica el proceso de atención de enfermería que actualmente es nuestro respaldo legal.

De todo lo expuesto se formula la siguiente interrogante:

¿Cuál es la calidad de los registros de Enfermería del subproceso cirugía y clínica en el Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, de Diciembre/2013-Mayo/2014?

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de los registros de enfermería que realiza el personal que labora en los subprocesos cirugía y clínica, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, Diciembre/2013-Mayo/2014

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio

Establecer el manejo de cada uno de los formularios utilizados por el personal de enfermería de los subprocesos cirugía y clínica.

Comprobar el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre normas y protocolos de registros.

Proponer una estrategia de mejora de los registros de enfermería en los subprocesos cirugía y clínica, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### Marco Referencial

La Planificación Estratégica del 2013 el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, indica que:

“Es una unidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, ubicado en la ciudad de Portoviejo, Provincia de Manabí, Parroquia 12 de Marzo. Limita al norte con la Cdla. Pacheco; al Sur, con la calle Rocafuerte; al Este con la Av. Guayaquil; y, al Oeste, con el Río Portoviejo”.

Fue fundado en el año 1887, iniciando sus actividades donde actualmente funciona en el año 1916. Cumple acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en las especialidades básicas: cirugía, medicina interna, pediatría y ginecoobstetricia. Cuenta con 305 camas, 151 funcionarios del régimen de ley de servicio civil y carrera administrativa, 288 funcionarios pertenecientes al código de trabajo.

El Manual de Actividades del subproceso Cirugía de esta casa de salud indican que:

“El subproceso cirugía de hombres es la unidad que proporciona atención a usuarios quirúrgicos con categoría de internación a partir de los 12 años para la atención integral durante las 24 horas del día; recibiendo usuarios transferidos de la unidad de Emergencia, Consulta Externa, Unidad de Cuidados Intensivos; Medicina Interna de Varones y en ocasiones usuarios de la unidad de quemados y por último actualmente pacientes de consulta externa que son valorados por los médicos tratantes sin haber distinción de raza, religión, edad, etc”.

Así mismo indican que éste se encuentra ubicado en la planta baja del hospital, en el ala oeste, está implementada y destinada para brindar atención a los usuarios pre y post quirúrgicos de cirugía abdominal, torácica, traumatología, urológica, otorrino y cirugía plástica. Cuenta con talentos humanos profesionales de las especialidades antes

mencionadas y una profesional líder de enfermería que ejecuta además atención directa de enfermería a usuarios, siendo este personal insuficiente ya que no es posible brindar atención profesional de calidad a los usuarios que ingresan a la unidad. Actualmente, por su nueva ubicación por la remodelación de la institución, se encuentra distribuida por 5 cuartos cada uno de los cuales cuenta con 8 camas y sus respectivos cubículos, el cuarto 1 cirugía digestiva que cuenta con las camas de la 1 a la 8; cuarto 2, cirugía abdominal con 8 camas de la 9 a la 16; cuarto 3, Urología, con 8 camas de la 17 a la 24; cuarto 4 traumatología con 8 camas de la 25 a la 32; y, cuarto 5, Oftalmología también con 8 cuartos de la 33 a la 40. Existen 6 especialidades en el servicio: digestiva; cirugía general; urología; traumatología; oftalmología; y, aislamiento. Su plantilla de talento está conformada por: Médico Jefe del Subproceso; Médicos especialistas; Médicos residentes; Lcda. Líder; Lcda. Contratada; Interno de Medicina; Internos/as de Medicina; Auxiliares de Enfermería; y, Personal Administrativo de Salud.

De igual manera, en el Manual de Actividades del subproceso Clínica de esta casa de salud se indica que:

“El subproceso cirugía comienza desde 1926, en donde ya formaba parte del antiguo hospital, la sala se denominaba “Santa Cecilia”. Es un área de salud con servicios de hospitalización las 24 horas a todo paciente desde los 12 años hasta geriatría con cualquier patología, ya sea por alteraciones orgánicas, funcionales, por traumatismos ocasionados por accidentes o desastres naturales que sean derivadas por emergencia, consulta de especialidad y de los diferentes servicios, proporciona atención médica en el pre y post operatorio sin hacer distinciones de raza, cultura, religión y aspectos socioeconómicos”.

Se encuentra en la planta baja, implementada y destinada para pacientes pre y post operatorio. Limita al norte con quirófano; al Sur, con patio e iglesia del hospital; al Este, cirugía de varones; y, al Oeste, pediatría. Presta atención especializada en oftalmología, digestiva, cirugía general, urología, traumatología, y aislamiento. Su plantilla de recursos humanos consta de: Médico Jefe del Servicio; Médicos Especialistas; Médicos Residentes; Lcda. Líder del Subproceso; Internos/as de Medicina; Internos/as de Enfermería; Auxiliares de Enfermería; y, Personal Administrativo de salud.

En cuanto a las características geofísicas de la institución, el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda es una unidad del sistema nacional de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, ubicado en la ciudad de Portoviejo, Provincia de Manabí, Parroquia 12 de Marzo. Limita al norte con la Cdla. Pacheco; al sur, con calle Rocafuerte; al este, Av. Guayaquil; y, oeste, Río Portoviejo. Fue fundado en 1887, iniciando las actividades donde actualmente funciona en el año 1916.

Cumple funciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en las especialidades básicas: cirugía, medicina interna, pediatría y ginecoobstetricia. Cuenta con 305 camas; 151 funcionarios pertenecientes al código de trabajo.

#### Antecedentes del Subproceso Cirugía de Varones

Cirugía de hombres es la unidad que proporciona atención a usuarios quirúrgicos con categoría de internación, a partir de los 12 años para la atención integral durante las 24 horas del día, recibiendo usuarios transferidos de la unidad de Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos; Medicina Interna de Varones; y, en ocasiones usuarios de Consulta Externa que son valorados por los médicos tratantes sin haber distingo de raza, religión, edad, etc.

Se encuentra ubicado en la planta baja del Hospital, en el ala oeste. Está implementada y destinada para brindar atención a los usuarios pre y post quirúrgicos de cirugía abdominal, torácica, traumatológica, urológica, otorrino y cirugía plástica. Cuenta con talentos humanos profesionales de las especialidades antes mencionadas, y una profesional, líder de enfermería que ejecuta además atención directa de enfermería a usuarios, siendo este personal insuficiente ya que no es posible brindar atención profesional de calidad a los usuarios que ingresan a la unidad. Actualmente por su nueva ubicación por la remodelación de la institución se encuentra distribuida por 5 cuartos, cada uno de los cuales cuenta con 8 camas y sus respectivos cubículos, el cuarto 1 cirugía digestiva, cuenta con las camas de la 1 a la 8; el No. 2, cirugía abdominal, de la 9 a la 16; el No. 3, urología de la 17 a la 24; el No. 4, traumatología de la 25 a la 32; y, cuarto No. 5, oftalmología de la 33 a la 40.

Este subproceso presta servicios en especialidad: Digestiva; Cirugía General; Urología; Traumatología; Oftalmología; y, Aislamiento.

Cuenta con una plantilla de personal distribuido así: Médico Jefe de Servicio; Médicos Especialistas; Lcda. Líder de Servicio; Lcda. Contratada; Interno de Medicina; Internos/as de Enfermería; Auxiliares de Enfermería; y, Personal Administrativo de Salud.

Sus recursos materiales son: 40 camas con colchones (cada cuarto con 8 camas); manómetro de O<sub>2</sub>; bomba de infusión; coche de emergencia; laringoscopio; ambù; soportes; tambor; escritorios; sillas, veladores, coches para curaciones y medicación; camillas; sillas de ruedas; balanzas; coches para historias clínicas; mostrador de madera de estación de enfermería; tensiómetros y estetoscopio; cancel para el personal; glucómetro; y, formularios.

#### Marco Teórico

Respecto a la información y los registros, la creciente evolución y difusión de las aplicaciones de las tecnologías de la comunicación e información en la sociedad se hace especialmente patente en la investigación biomédica. Las nuevas tecnologías están presentes en la adquisición, manejo y difusión de la información científica.

Según el diccionario de la Real Academia de la lengua española "información es la comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada". (Real Academia de la Lengua Española, 2007)

Conseguir esa información es un proceso complejo, resultado de disponer previamente de los elementos que como piezas de un inmenso puzzle nos proporcionen de una forma lo más amplia posible pero "manejable" la posibilidad de configurar con ellos la información.

Estos elementos son los llamados, datos: símbolos que describen condiciones, hechos, situaciones o valores.

Un dato no contiene ninguna información; su apariencia puede ser desde un espacio en blanco a cualquier símbolo ortográfico. Por sí mismo carece de significado; su valor lo adquiere con su asociación, colmándose de sentido y convirtiéndose así en información. Los datos, son además, una forma de tener la información comprimida y almacenada para poderla recuperar en un momento determinado.

La información es el conocimiento, basado en los datos, y que mediante procesamiento y análisis se les da significado, propósito y utilidad.

Con los datos se configuran los registros, también llamados bases de datos, de los que obtenemos información de interés sobre las características de las poblaciones sanas o enfermas, sobre las tendencias y los comportamientos de las poblaciones y las conductas que generan, saludables o perniciosas, los factores que pueden incidir como causa o cofactor en el desarrollo de las enfermedades y también de aquellos que nos protegen frente a ellas. Asimismo, obtenemos información sobre la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, sean estas farmacológicas o no.

Los registros por sus características, ofrecen estimaciones ajustadas de las probabilidades que tienen algunos resultados de suceder en determinadas situaciones.

Los registros de calidad tienen las siguientes características:

**Fiable:** Es la capacidad de producir los mismos resultados cuando el registro se repite por el mismo método.

**Válido:** Cuando el registro “mide” lo que realmente queremos medir.

**Homogéneo:** Para que la información sea única debe establecerse a priori un único criterio de definición, desechando una vez decidido, cualquier otra iniciativa, salvo para su sustitución.

**Reproducibile:** Cualquier investigador que utilice los mismos datos con los mismos criterios debe obtener resultados similares.

Dependiendo de la población que englobe, los registros pueden ser: exhaustivos o completos cuando registran a toda la población, a estudio y parciales o aleatorizados

cuando se selecciona una parte de esa población generalmente al azar. Los primeros conforman fuentes documentales conocidas como datos secundarios. Se dispone de un número elevado de este tipo de registros. Sus principales ventajas radican en que son rápidos, sencillos y económicos. Tienen sin embargo importantes limitaciones relacionadas con su validez y calidad. Los datos que contienen han sido recogidos por muchas personas que han utilizado definiciones y métodos diferentes. Por otro lado, este tipo de registros se mantienen habitualmente con finalidades administrativas, clínicas o de gestión pero no de investigación y no suelen estar recogidos con meticulosidad.

Pueden contener datos individuales cuando nos proporcionan información de cada sujeto; suelen proceder de Hospitales o Centros de Salud. También pueden contener datos agregados cuando nos dan información sobre grupos de individuos, refiriéndose entonces a datos demográficos, laborales, estadísticas de mortalidad, etc. Uno de sus grandes problemas es la posibilidad de incurrir en un sesgo importante que es el llamado "falacia ecológica" ya que las asociaciones observadas no tienen que ser necesariamente ciertas a nivel individual.

Para Wanden-Berghel, C. et Als. (2008), los registros aleatorizados consisten en:

“La elección de una muestra al azar representativa de la población, por lo tanto menos datos. No por ello consumen siempre menos recursos que los anteriores y puede permitir mediante el tratamiento de los datos y con ciertas consideraciones, la extrapolación de la información resultante a la población de la que procede la muestra. Habitualmente el uso a que se destinan estos registros es la investigación, por lo que suelen estar meticulosamente recogidos y tienen diferentes niveles de control de calidad”.

Algunos registros tienen la característica de ser obligatorios, lo que hace que la comunicación de los datos no dependa del grado de participación individual. Suelen ser más esquemáticos y menos detallados que los que se hacen de forma voluntaria.

La fuente y forma de recogida y comunicación de los datos puede ser variada: cuestionarios, entrevistas, observación directa, medidas y exploraciones. Pudiendo ser

registrados directamente, mediante transmisión telefónica, envío en soporte papel, transmisión informática etc. Pero qué duda cabe que hoy nadie concibe una base de datos que no se almacene en un soporte informático, sea cual sea la vía de llegada. Debemos procurar que los datos registrados sean buenos. Esto es fundamental para alcanzar el objetivo deseado y configurar bases de datos de la máxima calidad. En general, cuanto más complicado es el diseño del registro, más probabilidad existe de que no se recojan los datos correctamente, teniendo en cuenta que un registro de calidad tiene que ser fiable, válido, homogéneo y reproducible. Estas características dependen linealmente del porcentaje en que han sido cumplimentados de la exactitud y de la veracidad de los datos.

Para garantizar la calidad del registro podemos hacer una serie de recomendaciones:

Definir explícitamente el uso que se va a dar a la información que se genere con los datos recolectados. Esta práctica actúa generando confianza y motivando a los proveedores de los datos al hacerles partícipes del destino de la información.

Exponer el cuestionario de registro de forma comprensible sin ambigüedades y sin límites de extensión pero, eso sí, con datos que sean siempre de interés y utilidad.

Desarrollar una codificación sencilla y clara con la finalidad de reducir los errores de codificación y transcripción.

Minimizar los errores de entrada de datos, cuando sea posible utilizando un procedimiento de doble entrada.

La utilidad de los registros permite la génesis y actualización del conocimiento científico, la previsión y planificación de recursos, observación del curso de las enfermedades y el análisis del efecto de las intervenciones. Permite así mismo la comparación de los resultados de los distintos procedimientos o tratamientos empleados y la difusión de los conocimientos.

El equipo de salud, cuando va a tomar una decisión, utiliza una gran cantidad de información, y los registros de enfermería son un componente destacado de ella. Estos registros se definen como la recopilación de datos del paciente, relacionados con su salud y con su enfermedad. Contienen observaciones, consideraciones, resultados de

exámenes, diagnósticos de enfermería, información de los fármacos administrados y todos los datos que se originan en las acciones que el equipo realiza en los pacientes.

Los registros deben ser legibles y de fácil acceso; deben favorecer la comunicación entre los componentes del equipo de salud; y deben permitir que se les analice con fines estadísticos y de investigación.

Los formularios son muchos y no todas las personas los llenan; por eso, los registros deben ser uniformes; porque así prestarán un servicio efectivo al paciente y al equipo de salud, y evitarán el problema que enfrentan muchos autores cuando quieren hacer una investigación y no encuentran los datos necesarios, porque se omitieron o están extraviados.

El buen registro es útil para el paciente, porque apoya, mantiene y mejora la calidad de la atención clínica, que necesita una buena fuente de información del estado del paciente. Es una fuente de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud y apoya la investigación.

Los objetivos de gestión, para las enfermeras, son los siguientes: evaluar la calidad de la atención, por ejemplo, mediante el análisis de la ejecución del programa planificado y de las cargas asistenciales; evaluar la complejidad de los pacientes que se está atendiendo; analizar el número de procedimientos realizados y el tiempo que demora cada uno de ellos, con el fin de optimizar la distribución de los recursos humanos, de acuerdo con las cargas asistenciales, en las diferentes unidades.

Para Martínez Ques, A.A. (2004) Los registros de enfermería son: “testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución”.

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. Un informe completo se los desarrolla conservando un orden cefalo-caudal; se anotan los problemas presentados por el paciente, medidas aplicadas y resultados obtenidos, así como pendientes, incluye información sobre presencia y permeabilidad de sondas, catéteres; condición de heridas y apósitos, vendajes. 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 verde para informes realizados en el día y tinta roja para el turno de la noche. Todo informe debe tener los siguientes elementos: Día, mes, año, hora, minutos; contenido del informe; firma y función de la persona que lo realizó. La forma correcta de firmar es poniendo la letra inicial mayúscula del nombre, el apellido completo y la función que desempeña en la institución.

Según Almeida de Jara, Elisa et Als (2005), un informe de enfermería debe tener las siguientes normas:

“Objetivo: Se elaborará en base a lo observado y ejecutado, tomando en cuenta reacciones físicas y emocionales del paciente frente al diagnóstico, tratamientos y procedimientos realizados. Preciso: Explicar claramente la información que se quiere dar, descartar palabras vagas (tal vez, puede ser...). Claro: Utilizar letra clara, buena construcción gramatical, sin faltas de ortografía. Concreto: No debe ser tan corto porque desvirtúa su propósito, ni tan largo que se pierda el interés por su contenido al leerlo. Organizado: Que registre los datos más importantes en la evolución de la condición del paciente en sentido cefalo – caudal, las respuestas frente al tratamiento, en la hora que se presenta o se realiza el cuidado”.

Además de los informes de enfermería existen otros registros importantes en la historia clínica, tales como: Hoja de signos vitales, y balance hídrico.

La enfermera además maneja otro tipo de registros que no son parte del expediente pero ayudan en su trabajo como: Censo diario de paciente, dietas, registros de cirugía, control de equipo y material, parte mensual del servicio, horario de personal.

Desde el punto de vista histórico las enfermeras han creído que cuanto más información anoten mejor estarán protegidas legalmente en cualquier pleito, sin embargo, en la actualidad, las enfermeras reconocen que un sistema de registro completo y coordinado puede en realidad recoger más datos en menos tiempo y espacio.

El registro de los cuidados de enfermería deberá ser pertinente y conciso, debiendo reflejar las necesidades, problemas y capacidades y limitaciones del paciente. El registro será objetivo y completo, debiendo registrar con exactitud el estado del paciente y lo que le ha pasado, mencionando los hechos como los observa y nunca haciendo conjeturas. Profesionalmente, el registro de enfermería tiene dos propósitos: administrativo y clínico.

Los propósitos administrativos son:

Definir el objetivo de enfermería para el cliente o grupo.

Diferenciar la responsabilidad de la enfermería de la del resto de los miembros del equipo de salud.

Proporcionar los criterios para la clasificación de los pacientes.

Proporcionar justificación para el reembolso.

Proporcionar datos para el análisis administrativo y legal.

Cumplir las normas legales autorizadas y profesionales exigidas.

Proporcionar datos con fines científicos y educativos.

Decidir qué anotar y cómo: Siempre que la información es lo suficientemente importante como para informar de ella, con toda probabilidad lo será también como para anotarla. De hecho, una regla de oro es anotar todo aquello de lo que se informa.

Cómo y qué anotar es importante en extremo para el paciente y para protegerse a sí mismo de posibles demandas por mala práctica profesional.

Completar los datos de la valoración tan pronto como le sea posible. La tardanza en anotar los datos puede llevar a omisiones y errores que más tarde pueden ser interpretados como de baja calidad. Si por alguna razón tiene que dejar la unidad antes de completar la valoración, asegúrese de anotar los datos más importantes. Así como no

fiarse de la memoria y anotarlo en un pequeño cuaderno de bolsillo para transcribirlo a la historia en cuanto sea posible.

Usar tinta (pluma, bolígrafo, rotulador, etc.) y escribir con letra clara de imprenta, incluso cuando tenga prisa; Las notas son inútiles para los demás si no pueden descifrarlas y también serán inútiles para quien las escribe si cinco años después le piden en un juicio que explique lo que pasó ese día. Las anotaciones descuidadas o ilegibles también pueden actuar en su contra en un juicio, ya que el tribunal puede interpretar las anotaciones poco cuidadosas como un indicio de cuidados negligentes.

Usar sólo las abreviaturas que estén consensuadas y que no puedan inducir a error. Un ejemplo puede ser cuando ponemos como diagnóstico médico I.R; pudiendo ser interpretado como insuficiencia renal o insuficiencia respiratoria.

No borrar, no usar líquido corrector, ni emborronar lo escrito de forma que sea ilegible. Si se comete un error corregirlo sin tapar las palabras originales, en vez de ello, trazar una línea tachando las palabras, ponerlo entre paréntesis y escribir “error” y poner las iniciales. No alterar nunca un registro sin seguir este procedimiento, podría implicar un intento de encubrir unos hechos, lo que se considera mala práctica profesional.

No dejar líneas en blanco ni escribir entre líneas. Trazar una raya en los espacios en blanco y si hay que anotar algo que se ha olvidado hacerlo en el momento en que se recuerde anteponiendo la frase “anotación tardía”, seguida del día y la hora en que se hace la entrada. Ej.: 17-10-2002. 15.00. Entrada tardía: el paciente vomita tras la comida, notificado al Dr. XXXX . B. Ibarra, Enfermera.

Anotar de forma objetiva, sin emitir juicios de valor. Escribir los datos subjetivos usando citas directas. Ej: correcto: dice: “no voy a la iglesia”, Incorrecto: no es religiosa.

Evitar los términos con una connotación negativa. Por ejemplo: borracho, desagradable. Ante un tribunal pueden transmitir una actitud negativa por parte del personal.

Mantener la confidencialidad de la información. Junto con la inexactitud o la falta de registro de la información es una de las razones más comunes de los juicios por mala práctica.

Ser breve. Anotar los hechos y especificar sobre el problema en cuestión.

Correcto: disminución de los ruidos respiratorios en la base izquierda. Se queja de dolor punzante en la base izquierda al inspirar. Respiraciones 32, Pulso 110, P.A. 130/90 mmHg.

Incorrecto: Parece tener problemas para respirar. También se queja de dolor torácico.

Si el paciente prefiere no responder a una pregunta, escribir “no desea responder”. Se obtiene una información de las personas significativas, que cree que debería anotar, escribir el nombre y la relación de esa persona con el paciente. Ej.: La esposa dice que es alérgico a la morfina.

Si hace una afirmación, acompañarla de la evidencia. Ej.: parece deprimido. Cuando le pregunto dice que “se encuentra bien” y que “no está triste” pero contesta con monosílabos, tiene la mirada baja y dice que “no tiene ganas de hablar con nadie”.

Anotar las acciones más relevantes por ej: administración de medicación inmediatamente, para cerciorarse de que los demás saben que la acción se ha realizado.

Escribir siempre las variaciones de la norma. Y cualquier acción emprendida en relación con ellas: Ej. Si se ha informado de una anomalía o se ha intervenido de alguna manera.

Centrarse en los problemas o acontecimientos significativos que transmitan lo que es distinto en la persona en el día de hoy. Ej. No escriba “pasea por el pasillo con muletas” a menos que eso sea inusual.

Ceñirse a los hechos. Evitar juicios de valor

Correcto: grita “harían mejor todos en mantenerse lejos de mí, es probable que le tire algo a alguien”

Incorrecto: enfadado y agresivo.

Ser específica, no usar términos vagos.

Correcto: el apósito abdominal tiene una mancha de 15 cm. de diámetro de color rojo rosado intenso.

Incorrecto: se nota una cantidad moderada de drenaje en el apósito abdominal.

Anotar los fallos o negativas a seguir el tratamiento prescrito así como las acciones emprendidas. Ej.: Se niega asistir a educación sobre diabetes, dice “no me entero de nada”. Notificado al Dr. Fernández y a María Huerta, TPM de la consulta de Endocrinología.

Ser preciso. Sus notas deben proporcionar la descripción y la secuencia temporal de los acontecimientos respondiendo a las preguntas “¿qué sucedió?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?”.

Firmar correctamente, usando la inicial de su nombre, su apellido y las credenciales después de cada entrada. Ej.: I. González, Enfermera.

Usar una regla normotécnica para organizar los registros.

VIRA, valoración, intervención, respuesta, acción.

DAR, datos, acción, respuesta.

DIE, datos, intervención, evaluación.

PIE, problemas, intervención, evaluación.

Otros.

No se quiere terminar sin hacer una breve mención sobre el informe oral de cambio de turno, cuyo objetivo global debe ser proporcionar información exacta, objetiva y organizada, analizando lo que se dice y cómo se dice, lo cual marcará una gran diferencia en la calidad de los cuidados del paciente. La información oral al igual que la escrita debe contener sobre todo las novedades en la evolución del paciente.

Debiendo tener muy presente que el emitir un juicio negativo sobre un paciente puede predisponer a modificar la actitud del resto del personal.

Correcto: la Sra. Pérez refiere dolor, durante la mañana ha estado en la sala de estar.  
Incorrecto: la Sra. Pérez se ha quejado constantemente de dolor, aunque no sé qué dolor tendrá cuando se ha pasado la mañana en la sala de estar.

El desarrollo de un sistema de registro de enfermería eficaz y profesional es posible dentro del ámbito de las normas de práctica existentes. La eliminación de los registros repetitivos y narrativos en las notas de evaluación puede reducir el tiempo total invertido en registrar y producir una representación más exacta y útil de la práctica profesional y respuesta del paciente y familia.

Para Lefevre, Rosalinda, et als (2002), “un sistema de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso hasta el alta, con los requerimientos de registro designados, da también a la enfermera una óptima defensa en caso de pleitos y retos legales”.

García García, M.A., y cols. (2005), expresa que los registros de enfermería son fundamentales para:

“Desarrollo de la enfermería: La enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejemos constancia de todas las actividades que llevemos a cabo en el proceso de cuidados: posibilitan el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo; manifestando así el rol autónomo de la enfermería; facilitan la investigación clínica y docencia de enfermería, ayudando así, a formular protocolos y procedimientos específicos y necesarios para cada área de trabajo; conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios tanto, materiales como personales, adecuándolos a las necesidades generadas en cada momento, permitiendo por un lado, el análisis del rendimiento, y por otro el análisis estadístico; y, tienen una finalidad jurídico-legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del personal sanitario respecto a su conducta y cuidados al paciente. Por lo tanto, sólo a través del registro de todo aquello

que la enfermera realiza, se puede transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinario y profesional. Y, 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 legitimasen la actuación del profesional sanitario. Todas éstas normas para mejorar la calidad de información tiene como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente”.

Para Urquiza, R. (2004), la calidad de las notas de enfermería es:

“El grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual para que así la provisión del servicios sean accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tienen cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.

Prietas de Romano Gloria, y otros. (2007) indican que:

“Las notas de enfermería resumen la veracidad de los datos y desde la dimensión legal, al igual que la historia clínica es un documento con capacidad probatoria por excelencia, objeto de análisis e investigación dentro de los procesos de responsabilidad profesional, es aconsejable que las enfermeras diligencien no solamente las notas de enfermería de aquellos pacientes que consideren críticos sino, también los otros registros de enfermería como el registro del control de líquidos, de medicamentos, de signos vitales, etc., teniendo en cuenta el cuidado de enfermería, ya que es la constancia escrita del acto de cuidado no solamente refleja el ejercicio profesional sino es la prueba de los lineamientos humanos, éticos, técnicos y científicos desarrollados. Es importante recordar que el acto de cuidado que no se registra significa que no se realizó en términos jurídicos”.

Según Beare-Myers (2005) los registros de enfermería son:

“Una herramienta imprescindible para comunicación dentro del equipo de salud y por tanto necesaria para conseguir el mayor nivel de calidad del cuidado de la persona. Son un conjunto de documentos que sirven como medio de comunicación además de ser de carácter legal, medio de evaluación, tratamiento por el equipo de salud, permitiendo evaluar si las acciones brindadas fueron efectivas, así mismo son útiles ya que permiten planificar actividades y adecuar recursos a favor del cuidado que se brinda a las personas”.

Sánchez S, y otros. (2002) opina que:

“Es así como estos registros son canales de comunicación entre los diferentes profesionales y facilitan la toma de decisiones en forma oportuna para contribuir a la atención continua. Siendo los registros un documento formal, legal de la evolución y tratamiento del paciente.

Convirtiéndose así pues en un registro esencial, de gran valor médico legal, e indicador de calidad, capaz de optimizar y acreditar la calidad del cuidado de enfermería.

Por tanto, Cortés G. et Al (2009) indica que: “el registro de enfermería es la documentación escrita, completa, exacta de los acontecimientos, las necesidades, asistencias a la persona y los resultados de las actuaciones de enfermería, y el reflejo del trabajo principal de la profesión, el cuidado de la persona”. Además sirven como base legal para comprobar que el cuidado de enfermería sea realizada según las normas aceptadas para la práctica profesional. El sistema de documentación seleccionado por un servicio de enfermería, debe reflejar la filosofía del departamento y la forma en que se prestan los cuidados de los usuarios.

La asistencia profesional queda reflejada en la creación de esquemas profesionales, que demuestra el cuidado brindado y la comunicación eficaz acerca del estado de la persona, su evolución, durante las 24 horas del día.

Las anotaciones de enfermería o también llamadas notas de Enfermería es una constancia escrita que se deja, de hechos esenciales sobre una persona enferma con el fin de tener un historial continuo de los acontecimientos ocurridos durante un periodo

determinado. En ella se registran cinco clases de informe: medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo profesional, medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de enfermería, medidas planeadas y ejecutadas por la enfermera, conducta del paciente y otras observaciones en relación con su estado de salud y respuestas específicas del usuario al tratamiento y los cuidados.

Para Pecho M, (2001), un registro de enfermería es:

“El documento de mayor valor y confiabilidad que la enfermera utiliza para comunicarse con el equipo de salud, reconocido por las instituciones como el único medio idóneo capaz de acreditar un hecho de relevancia legal y administrativa, que refleja la calidad del trabajo de enfermería brindado, garantizando la calidad de los servicios prestados”.

El registro proporciona datos que el profesional de enfermería utiliza para identificar y apoyar diagnósticos de enfermería, brinda una imagen global del estado de salud de la persona. Para que exista calidad de las notas de enfermería en cuanto a continuidad y claridad debe establecerse el cumplimiento de requisitos al momento de realizar las anotaciones de enfermería en cada turno. La escritura de las notas debe ser clara y concisa, con letra legible, redacción comprensible y sin tachaduras, ni errores ortográficos.

Para Bernocchi, D. (2010) la calidad es:

Bernocchi, D. (2010) expresa: “Ser eficiente, es tener competencia, tener respeto a la persona y familia, calidad es hacer lo correcto, en forma correcta e inmediata, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que las personas tengan confianza en el servicio que se les brinda”.

La calidad de las notas de Enfermería son aquellas particularidades o atributos que debe presentar el registro de enfermería, del Proceso de Enfermería brindada a la persona, durante las veinticuatro horas del día.

Castro, J. (2011) respecto a la responsabilidad del profesional en enfermería, expresa que:

“A través de los años han existido multitud de denuncias contra profesionales en enfermería y sus instituciones empleadoras por mala práctica profesional. En Estados Unidos por ejemplo, según el National Council of State Boards for Nursing, “más de cinco mil profesionales en enfermería son sancionados por conductas profesionales irregulares anualmente, pero muchos más son investigados e incluso en algunos estados, el profesional en enfermería es sancionado más frecuentemente que el grupo de médicos”.

Se debe tener presente que la responsabilidad profesional constituye la sanción natural de una actividad libremente escogida y ejercida, en cualquiera de sus tres niveles: liberal, privado y público. En nuestro país, se carece de una casuística al respecto, sin embargo no son raros los casos en que se denuncia por mala práctica profesional no a un médico sino al personal de enfermería que se encargó de brindar atención al paciente.

El profesional en enfermería tiene, al menos, los siguientes deberes con el paciente: atención óptima, atención oportuna y continua, atención cuidadosa, acatamiento de instrucciones del médico tratante, consentimiento escrito previa explicación para procedimientos riesgosos. De tal forma, que el ejercicio de la enfermería como Ciencia de la Salud, implica para el profesional una gran responsabilidad, y dependiendo de los resultados, lo puede llevar justificada o injustificadamente a controversias administrativas, disciplinarias, civiles y penales, cuando se sospeche conductas por omisión, descuido, negligencia, impericia, error o imprudencia.

Para garantizar la calidad de la atención, no solo se debe disponer de personal suficiente, con conocimientos adecuados, actualizados permanentemente, con entrenamiento en el mantenimiento del material y tecnología, sino además tener en cuenta que se trabaja sobre una persona, por lo que hay que cuidar los aspectos informativo organizativo - hospedaje y de trato humano, en el orden y la prioridad citada.

Las enfermeras y enfermeros necesitan conocer y entender su propia práctica de adiestramiento en servicio, tanto como las normas de atención que han sido establecidas por las instituciones y sus servicios de enfermería, sin embargo, la mayoría de las

enfermeras y enfermeros recibe poca información formal pertinente a tópicos legales, el estudio, la comunicación y la participación activa en organizaciones profesionales, como forma de prevenir o ayudar a responder apropiadamente ante este tipo de denuncias.

Las funciones de las y los profesionales de la enfermería deben estar reguladas por protocolos y normas de carácter interno, que si no se cumplen son objeto de una acción disciplinaria, sin perjuicio para que el paciente o familiar establezca una demanda contra el enfermero o enfermera que supuestamente le causó una lesión o la muerte, así como la acción ante la Autoridad Judicial respectiva contra la Institución, en procura de resarcimiento de los daños y perjuicios tanto morales como materiales, que se hubiesen podido causar. Actualmente en nuestro país casi todos los hospitales cuentan con sus respectivas normas y protocolos, el personal de enfermería debe conocerlos y consultarlos para evitar errores.

Para Hernanz, G. (2004), la historia clínica “es el conjunto de documentos que contiene los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”.

La naturaleza de los datos que puede contener debe asegurar la confidencialidad de su contenido y, por tanto la intimidad de la persona a la que hace referencia la información, siendo obligatorio registrar todos los datos del curso clínico y de la respuesta del paciente al tratamiento desde su ingreso hasta el alta.

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.

GlenoraErb André, Bárbara, y cols. (2005) manifiesta que una historia clínica tiene las siguientes características:

“Dispone de un espacio superior para registrar nombre, número de historia clínica. Es un documento legal con validez jurídica y la Institución es propietaria de la misma,

sin embargo el paciente tiene derechos sobre la información contenida en ella y puede solicitar se le haga conocer (casos de tipo legal).

Es un documento reservado por las características de su contenido y solo puede manejar el personal de salud. Es un medio de comunicación escrita que sirve para comprobar los diagnósticos, tratamientos, calidad de cuidados recibidos y las razones que fundamentan los cuidados.

Es un instrumento progresivo y acumulativo con una información sistemática que permite adjuntar varios documentos en diferentes momentos que acude el paciente al servicio. (Ejemplo: resultados de exámenes de laboratorio, transferencias, informes, estadísticas, epidemiología)

Es un instrumento informativo y de investigación, proporciona información útil para estudios como incidencia o prevalencia de patologías, análisis respectivos de cuidados, diagnósticos y tratamientos recibidos.

Es un documento que sirve para educación del personal de salud (médicos, enfermeras, laboratoristas) y como instrumento de consulta, permite conocer terminología médica, naturaleza de la enfermedad, factores que influyen en la salud – enfermedad de cada persona.

Avaliza el tratamiento administrativo y el proceso de atención cumplido por los profesionales de la salud y las responsabilidades éticas”.

Además, este mismo autor indica que 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: N° de historia clínica, N° de cama o cuarto, Fecha actualizada.

La historia clínica debe de 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 estadística 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 enfermera utiliza las siguientes hojas de la historia clínica: hoja de signos vitales, hoja de evolución y prescripciones médicas, de registro de medicamentos (kardex), de exámenes de laboratorio, de ingesta y eliminación, hoja de curva de temperatura.

La historia clínica dispone de hojas permanentes y no permanentes, las que se añaden según el servicio donde se atiende al paciente o donde se ha establecido el diagnóstico provisional o definitivo.

Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería

La documentación relativa a la hoja clínico- estadística.

La autorización de ingreso.

El informe de urgencia.

La amnesia y la exploración física.

La evolución.

Las órdenes médicas.

La hoja de interconsulta.

Los informes de exploraciones complementarias.

El consentimiento informado.

El informe de anestesia.

El informe de quirófano o de registro del parto.

El informe de anatomía patológica.

La evolución y planificación de cuidados de enfermería.

La aplicación terapéutica de enfermería.

El gráfico de constantes.

El informe clínico de alta.

Por ello, los registros que los enfermeros/as están obligados profesional y legalmente a cumplimentar son Hoja de valoración al ingreso, Plan de cuidados, hoja de evolución, gráfico de constantes, hoja de medicación y hoja de enfermería al alta, éste último, sólo en el caso que el paciente precise cuidados de enfermería tras su alta hospitalaria.

Personal: Deben realizar los registros TODO el personal de enfermería que participe de manera activa en el cuidado del paciente.

Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos. Ej: Refiere consumir “dos litros de vino al día”

NO: Alcohólico

Describe de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva. Ej: Durante toda la mañana permanece en la cama, se muestra poco comunicativo y dice que “no tiene ganas de hablar ni de ver a nadie”

Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas.

Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

Precisión y exactitud: Deben ser precisos, completos y fidedignos; los hechos deben anotarse de forma clara y concisa; expresar sus observaciones en términos cuantificables; y, los hallazgos deben describirse de manera metódica, tipo, forma, tamaño y aspecto. Ej: A las 12:00h, presenta apósito manchado e manera uniforme, de unos 5 cm. de diámetro y aspecto hemático. SGR (D.U.E.)

NO: Apósito manchado

Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.

Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho” Ej: A las 15:00, sonda vesical permeable con diuresis colúrica de 80ml.

Legibilidad y claridad: Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.

Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente

Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término. Ej: IR: Insuficiencia Respiratoria o Renal

No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado “error” confirma de la enfermera responsable.

Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos. Ej: L. Valentín ó LVM

No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

Simultaneidad: Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno. Evitando errores u omisiones; consiguiendo un registro exacto del estado del paciente; y, nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas. Ej: Si se registra “ha descansado bien toda la noche” y a las 6:00hse produce una PCR, el registro ya no es fidedigno.

Hojas de administración de medicamentos: Se debe anotar TODA la información acerca de los medicamentos, para cada uno de ellos que se administre se debe anotar fecha, hora y las iniciales de la enfermera responsable.

Si las órdenes médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al médico que las aclare y lea la prescripción.

No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas, en caso necesario, repita la orden confirmándola así, y pedir el nombre y apellidos del médico que lo prescribe; a continuación registrarlo. Ej: A las 16:00, el Dr. J. Matas, prescribe telefónicamente paracetamol 1gr. vía oral.

Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora a la que lo realizó.

Normas para la cumplimentación de registros: Aquello que no se debe anotar: los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente. Ej.: El paciente se muestra agresivo verbalmente con el personal de enfermería, en lugar de paciente agresivo; no hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros; no intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”; no mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren. Ej.: Informes de caídas; no referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad; y, no anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si ésta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.

La realización correcta de los registros, puede ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.

Observaciones: Históricamente la legislación en materia sanitaria, ha ido evolucionando a lo largo de los años, así se han desarrollado distintas leyes que han ido profundizando cada vez más en el tema de documentación clínica:

García R. Silvia, et als. (2007), basados en la legislación, definen la responsabilidad como:

“La obligación que la persona tiene de responder por las actividades que realiza en función de su actividad profesional y su experiencia. La responsabilidad está relacionada, con la eficacia y la eficiencia. El registro de los cuidados que se proporciona puede reflejar la eficacia o proteger la responsabilidad legal, cuando ocurra un incidente fuera de lo normal.

El aumento de autonomía y la toma de decisiones independientes, significan asumir responsabilidades sobre nuestras acciones, permitiéndonos respetar siempre las áreas de competencia del resto de los miembros del equipo de salud, favorecer la colaboración y asegurar un servicio de mejor calidad, pero también, incrementa el riesgo de responsabilidad a la que estamos expuestos.

Por otro lado, se pueden delegar tareas a otros miembros de equipo que esté profesionalmente cualificado para ello, pero debemos de saber que se delegan tareas y no responsabilidades.

Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarda relación con los procesos clínicos en los que interviene y los que requieran los centros. Este deber de cumplimentación conlleva a la obligación legal de identificarse en las anotaciones realizadas, independientemente del soporte utilizado, ya sea papel o informático.

Todo profesional de enfermería debe cumplir con las normas establecidas tanto por los decretos, organizaciones profesionales e instituciones reguladoras. Los enfermeros deben responder ante los pacientes, el hospital (el centro de trabajo) la profesión, otros miembros del equipo, ante sí mismos y por su puesto ante la legislación.

El registro de Enfermería tiene una importancia invaluable si se realiza con responsabilidad y pertinencia en cada uno de los formatos como el kardex, recibo y entrega de turno, control de medicamentos, signos vitales, balances, hoja neurológica y otros.

Domic E. (2004), indica que el registro escrito de enfermería evidencia la evolución, se “debe dejar constancia del acto de cuidado que refleja el ejercicio profesional, es la prueba de los lineamientos humanos éticos y científicos desarrollados. El acto de cuidado que no se registra no se realizó”.

El registro de Enfermería tanto en el medio hospitalario como el extrahospitalario debe enmarcar la instauración de procesos empáticos y relaciones humanas interpersonales entre el profesional y el paciente.

Objetivos de los registros de enfermería:

Los objetivos de los registros de enfermería son: consignar los datos respecto al paciente en forma real, completa, secuencial, legible y oportuna; facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud; y, garantizar la continuidad del Cuidado de Enfermería

Información a registrar: Medidas terapéuticas aplicadas por los diferentes miembros del equipo de salud; medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de enfermería; medidas terapéuticas realizadas por la enfermera que no fueron ordenadas por el médico; conductas del paciente y otras observaciones en relación con el estado de salud; y, respuestas específicas del paciente a la medicación y otros cuidados.

Entre los tipos de registros encontramos: Narrativos, Descriptivos, flujos, diagramas, consolidados, notas de ingreso y de alta hospitalaria. Precauciones:

Precisa (concisa, breve), evitar las vaguedades, algunas palabras como “paciente” pueden eliminarse pues es evidente que lo registrado pertenece al enfermo y a nadie más, igualmente el nombre, sexo, edad.

Concreta y real.

Clara.

Evitar el uso de símbolos químicos.

Utilizar solo abreviaturas aceptadas.

En lo posible nombre genérico de medicamentos.

Interrogación cuando hay dudas.

En caso de error no borrar ni tachar. Colocar lo escrito entre paréntesis y arriba de lo escrito la palabra error. Trazar por debajo una línea sin tachar lo escrito.

No dar opiniones. Evitando utilizar palabras como regular, bien, igual, por su valor subjetivo; aclarar el significado que se quiere expresar al anotar estos términos.

Utilizar el color negro en turno diurno y rojo en los turnos nocturnos. (Tener en cuenta las normas Institucionales)

Todas las anotaciones deben ser con letra legible, para evitar interpretaciones, errores, palabras mal escritas distorsionan la comunicación.

Ser exacto sobre lo que se informe. Recuerde que la historia clínica es un documento legal.

Utilizar los colores adecuados según la hora de anotación negro (7am-7pm); rojo (7pm-7am). (Tener en cuenta los protocolos Institucionales)

No dejar espacios en blanco. Trazar una línea en los espacios al terminar una nota.

Al escribir notas textuales del paciente, encierre entre comillas

Utilizar correctamente los términos científicos.

No anotar un procedimiento antes de realizarlo.

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013) los registros de enfermería hospitalarios de signos vitales constituyen “una herramienta de registro de los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante del pulso, temperatura, respiración y presión arterial”.

Objetivo: Conservar un registro secuencial de las actividades de enfermería correspondiente a la medición de las variaciones de los signos vitales, ingreso y eliminación de líquidos, mediciones y actividades de enfermería de un paciente hospitalizado o en observación.

Recursos materiales: formulario signos vitales – 020; esferográficos rojo y azul; termómetro; tensiómetro; estetoscopio; y, reloj.

Instrucciones de llenado: Para el encabezamiento, iniciar el llenado en la parte superior del formulario con el nombre del establecimiento, nombre y apellido del paciente, el sexo, edad, N° de hoja y el N° de historia clínica; y, posteriormente se

deberá anotar la fecha (día, mes y año), los días de internación y los días postquirúrgicos, este último se lo hará con esfero color rojo.

**Signos vitales:** En el recuadro siguiente se registrara el pulso y la temperatura del paciente, trazando una línea de unión de los puntos del pulso con esfero color rojo y de la temperatura con color azul, en horarios de la mañana y de la tarde; registrar en las celdas correspondientes a la mañana y tarde los datos de la frecuencia respiratoria por minuto; en los casilleros de la presión arterial se registrara por separado la presión sistólica (la más alta) y la presión diastólica (la más baja) en la mañana y tarde.

**Balance hídrico:** Se registraran lo ingresos anotando el volumen (cc) de líquidos ingeridos por vía oral, suministrados por vía parenteral y la suma de ambos valores. Del mismo modo se registrara las eliminaciones anotando el volumen (cc) eliminado de orina, drenaje y otros y la suma de los valores anteriores.

**Mediciones y actividades:** Registrar en las celdas correspondientes los datos diarios de aseo/baño (AM y PM), medición de peso en kg, dieta administrada o si el paciente estuviere en NPO, números de comidas, números de deposiciones, actividad física (reposo, relativo o reposo absoluto), cambio de sonda, recanalización de vía y por ultimo escribir el nombre del responsable correspondiente al registro.

**Consideraciones:** Registrar con letra y números claros y legibles los datos en los casilleros correspondientes; se utilizara el esfero de color rojo solo para registrar el pulso partiendo desde el valor promedio adulto (80); y, el balance hídrico de ingresos como eliminaciones se los registrara en volumen (cc) diario.

Para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013), el formulario de evolución y prescripciones es:

“El instrumento legal que sirve para registrar de forma resumida la valoración del paciente, considerando lo que el paciente o su familia manifiesta, contiene comportamiento de los signos vitales, aspectos relevantes del examen físico. Valoración general y/o específica, según la patología presente, así como los resultados del plan de atención aplicando la metodología por problemas”.

Tiene como objetivo, conservar un registro secuencial del progreso clínico, variaciones del tratamiento y prescripciones realizadas por el profesional responsable del paciente hospitalizado. Requiere de recursos materiales como: formulario de evolución y prescripciones – 005; esferográfico de color azul y rojo.

Para su llenado se debe:

Encabezado: En la parte superior cuenta con un casillero en el que se anotaran con letra clara y legible datos de identificación como: nombre del establecimiento, el nombre y apellido de paciente, el sexo, edad, N° de hoja y N° de historia clínica.

Evolución: En este segmento se escribirá la fecha, registrando el día, mes y año de la atención.

Continuamente se registrara la hora de inicio de la atención.

En el casillero de notas de evolución se debe describir el progreso del tratamiento y los nuevos datos de anamnesis, examen físico y diagnóstico.

Siempre registrar la firma del responsable al pie de cada nota.

Prescripciones: En el casillero de indicaciones se registrara las prescripciones médicas, indicaciones de actividades para enfermería u otro personal de salud, farmacoterapia y procedimientos.

Registrar la firma al pie del grupo de prescripciones.

En el casillero de administración de fármacos se registrará la administración verificada de cada prescripción con la firma personal de enfermería.

Consideraciones: Se utilizará el esfero de color rojo solo para registrar la administración de fármacos e insumos por parte del personal de enfermería.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013), indica que el formulario de kàrdex es “un formulario de la historia clínica única diseñado por esta organización que sirve para controlar y registrar las prescripciones médicas. Tiene como objetivos mantener de manera secuencial y ordenada el registro de la medicación administrativa”. (MSP, 2013)

Pasos a seguir: En la parte superior cuenta con un casillero en el que se anotarán con letra clara y legible datos de identificación como: Nombre del establecimiento; Nombres y apellidos del paciente, Sexo, Número de hoja correspondiente considerándose el numeral de manera secuencial ascendente y número de historia clínica.

Medicamento: Presentación, vía, dosis y frecuencia: Cada casillero será utilizado para un medicamento; considerando las indicaciones médicas diarias. Se registrará siguiendo el orden correspondiente:

Soluciones parenterales

Medicamentos intravenosos

Medicamentos intramusculares

Medicamentos subcutáneos

Medicamentos intradérmicos

Medicamentos orales

Y otras vías como: oftálmicas, óptica, inhalatoria, dérmica, vaginal y rectal.

Cuando el usuario no tenga indicaciones de soluciones parenterales se iniciará desde el primer casillero siguiendo el orden antes mencionado.

En casos de reingreso se revisará el formulario de Kardex del ingreso anterior, y si hay disponibilidad de casilleros de fecha, se actualizará esta y se continuará el registro de medicamentos en el mismo formulario.

Administración: Día, Mes y Año: En este casillero se anotará la fecha indicando día, mes y año, utilizando números ordinales (no romanos). Ej: 11-07-13.

En el casillero hora, se colocará el horario en que se administrará la medicación prescrita, haciendo uso del horario establecido y respetando la hora de la medicación administrada anteriormente.

En el casillero correspondiente a inicial, se anotarán las iniciales del nombre y apellidos de la persona que administra la medicación, utilizando letra imprenta y con mayúscula.

En el casillero correspondiente a función, se anotarán con letra imprenta y con mayúscula las iniciales de la función que desempeña la persona que administra la medicación. Ej: Lic. Licenciada, I/E Interna de Enfermería; E/E Estudiante de Enfermería; A/E Auxiliar de Enfermería.

Consideraciones de enfermería: La enfermera o el enfermero líder del subproceso será responsable directo del llenado correcto del kardex y cumplimiento del mismo. En ausencia del o de la líder será responsabilidad del personal de enfermería de turno respetándose la jerarquía. La transcripción médica se hará utilizando esferográfico de tinta azul durante las 24 horas del día; cuando un medicamento no se administra por cualquier motivo, se encerrará en un círculo la hora correspondiente y chequeará iniciales de nombre, apellido y función que desempeña; administrándose la medicación cuando disponga del mismo estructurándose el nuevo horario; cuando ha sido cambiada la dosis y vía de los medicamentos, se utilizará un nuevo casillero; cuando un medicamento deja de ser prescrito, se colocará en el casillero de horas, las letras CD con esferográfico de tinta roja; y, en la administración de medicamentos se debe tomar en cuenta la condición del usuario, la farmacología, y la disponibilidad del medicamento.

La frecuencia de horario se hará tomando en cuenta la primera dosis de administración de medicamentos; las siglas BID, TID, QUID; y, se consideran para administración de medicamento durante el día de actividad del usuario, respetando las horas de sueño.

En las soluciones parenterales se registrará las horas de frecuencia de administración, considerando el goteo indicado:

14 gotas = 1000 cc cada 24 horas

28 gotas = 1000 cc cada 12 horas

42 gotas = 1000 cc cada 8 horas

56 gotas = 1000 cc cada 6 horas

En indicadores de goteos diferentes a las anteriores, el personal de enfermería calculará el tiempo de la infusión para registrar el horario de la administración; las soluciones parenterales serán rotuladas en adhesivos; previa su administración,

anotando los siguientes datos: Nombres y apellidos del usuario; Nombre del Subproceso; No. de Cama; indicación terapéutica prescrita, vía y dosis, fecha, hora, inicial del hombre y primer apellido de la persona que administra la medicación e iniciales de la función que desempeña. En indicaciones de Medicamentos PRN, se colocará un punto en el casillero hora, y se especificará la misma en el momento de administrarse, respetando la frecuencia de acuerdo a la prescripción médica. El formulario de kardex, siempre conservará su integridad como un formulario específico de la historia clínica única.

Igualmente, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013) expresa que:

“El Informe de Enfermería es “el registro escrito de las actividades del cuidado de enfermería en el expediente clínico. Tiene como objetivo consignar los datos respecto al paciente en forma real, completa, secuencial, legible y oportuna para facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud garantizando la continuidad del Cuidado de Enfermería”. (MSP, 2013)

Recursos:

Formulario de evolución y prescripciones-005

Esferográfico de color azul

Esferográfico de color rojo

Información a registrar:

Medidas terapéuticas aplicadas por los diferentes miembros del equipo de salud.

Medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de enfermería.

Medidas terapéuticas realizadas por la enfermera que no fueron ordenadas por el médico.

Conductas del paciente y otras observaciones en relación con el estado de salud.

Respuestas específicas del paciente a la medicación y otros cuidados.

#### Pasos a seguir:

Llenar el encabezamiento de la hoja del registro específico con los datos de identificación.

Identificar el turno para iniciar las anotaciones en el siguiente orden:

Fecha

Hora

Identificar necesidades (Valoración del estado de salud, parámetros).

Anotaciones específicas para cada tratamiento o actividad.

Reacciones presentadas por el enfermo: anotar el sitio, duración, tipo, intensidad, hora de aparición, tratamiento utilizado para aliviarlo y sus efectos.

Anotar observaciones sobre signos y síntomas objetivos y detalles específicos en caso de dolor, prurito o sensación de quemadura.

Registrar síntomas con las palabras del paciente, en caso de inflamación anotar edema o hipertrofia o cualquier señal de crecimiento anormal o lesiones en los tejidos.

Coloración de la piel y mucosas.

En caso de secreciones y exudados: determine tipo, cantidad, características y procedencia, drenajes: color, olor, consistencia, cuantificar. (Pus, sangre, serosidad, mucosidad, otros.)

En casos de síntomas mentales: Describir estado de conciencia, delirio, ansiedad, depresión, temor, inestabilidad de ánimo, cualquier signo de desorientación.

Describir todo tipo de tratamientos respiratorios, piel, farmacológicos u otros.

Escribir efectos terapéuticos, reacciones físicas o psicológicas.

Firmar con nombre y apellidos completos al margen derecho.

#### Consideraciones:

Precisa (concisa, breve), evitar las vaguedades, algunas palabras como "paciente" pueden eliminarse pues es evidente que lo registrado pertenece al enfermo y a nadie más, igualmente el nombre, sexo, edad.(Tratado de Enfermería Práctica. B.W. DuGas )

Concreta y real. Clara.

Evitar el uso de símbolos químicos.

Utilizar solo abreviaturas aceptadas.

En lo posible nombre genérico de medicamentos.

Interrogación cuando hay dudas.

En caso de error no borrar ni tachar. Colocar lo escrito entre paréntesis y arriba de lo escrito la palabra error.

No dar opiniones. Evitando utilizar palabras como regular, bien, igual, por su valor subjetivo; aclarar el significado que se quiere expresar al anotar estos términos.

Utilizar el color azul en turno diurno y rojo en los turnos nocturnos.

Todas las anotaciones deben ser con letra legible, para evitar interpretaciones, errores, palabras mal escritas distorsionan la comunicación.

Ser exactos sobre lo que se informe. Recuerde que la historia clínica es un documento legal.

Utilizar los colores adecuados según la hora de anotación azul (7am-7pm); rojo (7pm-7am).

No dejar espacios en blanco. Trazar una línea en los espacios al terminar una nota.

Al escribir notas textuales del paciente, encierre entre comillas

Utilizar correctamente los términos científicos.

No anotar un procedimiento antes de realizarlo

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013), indica respecto al formulario consentimiento informado es:

“El acto jurídico mediante el cual una persona acorde a su capacidad de comprensión, entendimiento y voluntariamente decide aceptar o rechazar, un procedimiento médico basado en la información dada, dicha información debe ser clara, real y completa sobre los procedimientos, riesgos y efectos para la salud y la vida, respetándose por ende, la inviolabilidad de la persona. Esta información debe ser presentada de forma verbal, escrita y firmado por el paciente. Constituye una obligación ética y legal para el médico así como un punto clave en la relación médico-paciente”

El Código de Ética Médica del Ecuador (2013) dice: Art. 15.- El Médico no hará ninguna intervención quirúrgica sin previa autorización del enfermo, y si éste no pudiera darla recurrirá a su representante o a un miembro de la familia, salvo que esté de por medio la vida del paciente a corto plazo. En todos los casos la autorización incluirá el tipo de intervención, los riesgos y las posibles complicaciones. Y, Art. 16.-

Igualmente, los casos que sean sometidos a procedimientos de diagnóstico o de terapéutica que signifiquen riesgo, a juicio del médico tratante, deben tener la autorización del paciente, de su representante o de sus familiares. También lo hará en caso de usar técnicas o drogas nuevas a falta de otros recursos debidamente probados como medios terapéuticos y salvaguardando la vida e integridad del paciente."

El código de ética médica contempla la importancia de advertir sobre los riesgos de los tratamientos médicos y quirúrgicos a realizar. A través del tiempo esto se ha hecho en diferentes formas y todavía en algunas instituciones no se realiza. Inicialmente sólo se hacía en forma verbal, luego en forma escrita dentro de la historia clínica por el Médico tratante y, ocasionalmente, por otro profesional de la salud (psicóloga, enfermera o trabajadora social).

Luego aparecieron los formatos preimpresos; inicialmente estos formatos eran para consentimientos generales firmados por el paciente al ingreso a una institución, en los cuales no se consignaban los riesgos específicos de los procedimientos, por lo cual no tenían ninguna validez legal.

Este formato debe ser entregado por el médico con tiempo suficiente para ser leído y comprendido por la usuaria potencial y debe acompañarse de explicaciones verbales en lenguaje sencillo de cómo la ley ordena que se otorgue consentimiento previo al procedimiento propuesto.

También se recomienda acompañar el formato con múltiples explicaciones educativas del procedimiento y del problema que presenta la paciente, en términos accesibles al lenguaje común de las usuarias, aclarando los beneficios y riesgos, ya sea en forma verbal o por medio de cartillas, videos y/o conferencias.

Se debe tener un tiempo adicional para resolver las preguntas que surjan a fin de que no queden dudas. Se debe informar, también, que en el futuro se puede cambiar de opinión y revocar el consentimiento por simple decisión.

El formato debe ser firmado y anexado a la historia clínica, consignando en ella la fecha de la anexión.

Autorización, exoneración y retiro: Este documento constituye el resumen de todo el contenido del expediente clínico, y debe ser llenada en formularios expresamente diseñados para el fin propuesto.

Este formulario es un documento de suma utilidad, no solo por razones estadísticas sino para fines de estudio e investigación, porque permite un análisis rápido de un caso en particular o de un crecido número de casos, siempre y cuando se conserven archivos de copias ordenadas por patologías, en los registros respectivos del servicio donde son atendidos. Así mismo tiene carácter de informe resumido, motivo por el cual el médico tratante debe entregar una copia al paciente en el momento del alta, con énfasis en las indicaciones y/o recomendaciones que creyera convenientes y que el paciente deba cumplir.

Se deben completar campos como:

Institución del sistema, unidad operativa, código UO, código localización: parroquia, cantón, provincia; y, número de H. Clínica.

Apellido paterno, apellido materno, nombres, servicio, sala, cama, fecha, hora

Autorización para cirugía, tratamiento clínico o procedimiento diagnóstico

Nombre del paciente y, teléfono, cédula ciudadanía y firma

Nombre de representante legal o parentesco con su respectivo teléfono, cédula de ciudadanía y firma.

Exoneración de responsabilidad por aborto

Nombre del paciente y, teléfono, cédula ciudadanía y firma

Nombre de representante legal o parentesco con su respectivo teléfono, cédula de ciudadanía y firma.

Exoneración de responsabilidad por abandono del hospital sin autorización médica

Nombre del paciente y, teléfono, cédula ciudadanía y firma

Nombre del testigo, parentesco con su respectivo teléfono, cédula de ciudadanía y firma.

Nombre del profesional de la salud, teléfono, cédula de ciudadanía y firma.

#### Retiro de menor de edad o persona incapacitada

Nombre del representante legal, parentesco y, teléfono, cédula ciudadanía y firma

Nombre del testigo, parentesco con su respectivo teléfono, cédula de ciudadanía y firma.

Nombre del médico, teléfono, cédula de ciudadanía y firma.

#### Autorización de extracción de órganos para donación y/o trasplante

Nombre del representante legal, parentesco, teléfono, cédula ciudadanía y firma

Nombre del testigo, parentesco con su respectivo teléfono, cédula de ciudadanía y firma.

Nombre del médico, teléfono, cédula de ciudadanía y firma.

#### Autorización para necropsia

Nombre del representante legal, parentesco, teléfono, cédula ciudadanía y firma

Nombre del testigo, parentesco con su respectivo teléfono, cédula de ciudadanía y firma.

Nombre del Médico, teléfono, cédula de ciudadanía y firma.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013), como máximo rector de la salud, expresa que el Formulario de control preoperatorio es:

“Un conjunto de normas y acciones cuyo propósito es llevar al paciente en óptimas condiciones al perioperatorio (durante la operación), que tiene como objetivo conocer las actividades que requiere la preparación del paciente, para afrontar la intervención quirúrgica en las mejores condiciones posibles y minimizar el riesgo de complicaciones postoperatorias”.

Recursos materiales: formulario del control preoperatorio; esferográfico azul; estetoscopio, tensiómetro, termómetro, reloj con segundero; maquina rasuradora; y, balanza.

#### Descripción del llenado:

Se inicia anotando el nombre y apellido del paciente, nombre del subproceso, intervención quirúrgica a realizarse, fecha y hora.

Se realizara la entrevista con el paciente para proporcionarle información necesaria acerca de su intervención quirúrgica.

Se debe revisar que la historia clínica del paciente se encuentre completa (hoja de control preoperatorio, consentimiento informado, exámenes de laboratorio, signos vitales, etc.)

Se le hará firmar al paciente y familiar cuidador la autorización para la cirugía.

Verificar que se haya realizado el EKG y el chequeo cardiovascular al paciente.

Confirmar que se encuentren los resultados de los exámenes de laboratorio y radiografías de control.

Revisar que se haya realizado la prueba de VIH.

Anotar el grupo sanguíneo del paciente.

Comprobar si el paciente amerita sangre total, plasma y otros.

Se debe pesar al paciente antes de la intervención y registrar su peso en kg.

Se le indicara al paciente que se realice el baño si está en condiciones de hacerlo, caso contrario el personal auxiliar de enfermería debe realizarlo.

Se indagara si el paciente es alérgico a algún medicamento, sustancia u otros.

Se registrara si se ha realizado la valoración pre anestésica de rutina.

Se debe tomar los signos vitales antes de la intervención (PA, T°, P, R) y registrarlos en el formulario.

Se preparara el campo operatorio realizando el rasurado de la región corporal a ser intervenida con su respectiva técnica, si esta lo amerita o según criterio médico.

Se verificara que las uñas del paciente estén cortas y sin esmalte.

Comprobar exhaustivamente que el paciente se haya retirado las joyas y prótesis.

Indicarle a la paciente en caso de ser mujer que debe de estar sin maquillaje.

Se le proporcionara al paciente ropa de sala de operaciones justo antes de acudir a quirófano.

Se debe indicar al paciente con anticipación que debe estar en ayunas el día de la intervención dependiendo el tipo de la cirugía.

Según indicación médica se le dirá al paciente la necesidad de estar con la vejiga vacía.

Se registrara el tipo de sondas colocadas si existiere.

En cada actividad se colocara el responsable de la preparación realizada, en la cual se registrara la inicial del primer nombre y el apellido completo con su respectiva función y la indicación especial dada por el médico.

Además se registrara otras indicaciones del médico cirujano que no estén antes mencionadas (colocación de enema).

Se anotaran los materiales y medicamentos que el paciente debe llevar a quirófano para su intervención.

Por último el responsable de enviar el paciente a quirófano deberá firmar el formulario.

Consideraciones: Se deberá registrar con letra clara y legible. Es importante que todo lo descrito se cumpla con veracidad ya que un dato ficticio podría ocasionar serias complicaciones.

Para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013), el formulario balance hídrico es:

“El resultado de comparar el volumen y composición tanto de los líquidos recibidos como de las perdidas, enmarcando esta comparación en un tiempo determinado (habitualmente 24 horas), lo que permite actuar sobre las diferencias encontradas y posibilita mantener el medio interno del paciente. Su objetivo es conocer la cantidad de líquidos administrados y eliminados por el paciente, en un tiempo determinado, para la valoración del equilibrio hidroelectrolítico.

Consideraciones: La regulación hídrica se realiza mediante:

Ingresos:

Enterales: agua, medicamentos y nutrición.

Parenterales: medicamentos diluidos, hemoderivados y otros (alimentación parenteral)

Agua endógena: derivada del metabolismo de los principios inmediatos (glúcidos, proteínas y grasas) y la lisis de los tejidos (peso en kg x 5)

Egresos:

Diuresis: medida en ml/kg/hs.

Perdidas por fiebre sostenida superior a 37°C

Perdidas concurrentes: heces, vómitos, aspiración gástrica, aspiración intestinal, ileostomía, colostomía y drenajes hemáticos.

Perdidas insensibles producidas por piel y pulmones (peso en kg x 15).

Recursos materiales:

Formulario de control de ingesta y eliminación

Esferográfico de color azul

Calculadora

Reloj

Recipiente calibrado para medir ingesta

Recipiente calibrado para medir diuresis.

Técnica de ejecución:

Explique al paciente y familia la razón por la cual se requiere una medición correcta de la ingesta y eliminación de líquidos.

Establezca un plan sistemático para registrar la cantidad de líquidos ingeridos en cada turno.

Realice la higiene de las manos con un jabón antiséptico o una solución hidroalcohólica.

Cuantifique la ingesta de líquidos del paciente cada 24 horas, teniendo en cuenta la cantidad de líquidos ingeridos (agua, jigo, leche, o el agua de la medicación, nutrición enteral, etc.) y los líquidos por vía venosa (transfusión, mediación o nutrición parenteral).

Cuantifique la cantidad de líquidos eliminados cada 24 horas: el total de la diuresis (ya sea espontánea o por sonda vesical, vómitos, deposiciones líquidas, drenajes, etc)

Valore el estado de la piel y mucosas, color de la orina y aparición de edemas.

Calcule el agua endógena.

Calcule las pérdidas insensibles.

Contabilice todos los líquidos ingresados.

Contabilice todos los líquidos egresados.

Realice el balance de líquidos:

Balance de líquidos = ingresos totales – egresos totales

Si el balance hídrico es positivo, aumento de los líquidos ingresados, el paciente se encuentra en estado hipervolemico.

Si por el contrario es negativo, aumento de los líquidos egresados, el paciente se encuentra en estado hipovolémico.

En el balance hídrico donde los líquidos ingresados son iguales a las pérdidas, el paciente se encuentra en estado euvolemico.

Enseñe al paciente y cuidador como contabilizar los líquidos que ingiere por boca y la diuresis.

Registre fecha y hora de comienzo y finalización del control.

Para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013), el formulario de censo diario es:

“Un instrumento que sirve para registrar diariamente el movimiento de pacientes y de camas disponibles ocurridos en cada sala de hospitalización. Tiene como objetivo adquirir el resumen diario de las actividades de hospitalización, utilizando el formulario de censo diario-555; y, esferográfico de color azul como recursos materiales.

Se llena de la siguiente manera: En el encabezado, iniciar el llenado en la parte superior del formulario con el nombre del Servicio, N° de sala, la fecha a la que corresponde el censo indicando día, mes y año.

Cuando un paciente va a ingresar, en el recuadro de los ingresos se deberá registrar en las celdas correspondientes el número de cama, el número de historia clínica con los apellidos y nombres del paciente y al final la suma del total de ingresos.

En las transferencias de otras especialidades se anotaran los ingresos indicando N° de cama, N° de historia clínica con los apellidos y nombres del paciente y la sumatoria total.

De la misma forma en el recuadro de los egresos se deberá registrar en las celdas que corresponden el número de cama, el número de historia clínica con los apellidos y nombres del paciente y al final la suma del total de altas.

En las transferencias a otras especialidades se anotaran los egresos indicando N° de cama, N° de historia clínica con los apellidos y nombres del paciente y la sumatoria total.

Se anotaran las defunciones en el recuadro correspondiente con el N° de cama, N° de historia clínica, los apellidos y nombres del fallecido separados por horas de internación en las celdas señaladas (-48 y +48 horas), y la sumatoria total de defunciones.

Resumen del día: En los siguientes casilleros se transferirán los datos de las sumas totales de los cuadros antes mencionados:

Existencia de paciente a las “0” horas (casillero 1), es el dato del censo de la columna 15 del día anterior.

Ingresos: suma total de ingresos (casillero 2) y suma total de transferencias a otras especialidades (casillero 3), total de datos de casilleros 2 y 3 (casillero 4).

Egresos: suma total de altas (casillero 5), suma total de transferencias a otras especialidades (casillero 6), suma total de defunciones (-48H casillero 7) y (+48H casillero 8), total de datos de casilleros 5+6+7+8 (casillero 9); total días pacientes: sumatoria de los casilleros 1+4-6 (casillero 10); resumen de camas: ocupadas (casillero 11), desocupadas (casillero 12), dañadas y/o contaminadas

(casillero 13) y total de camas disponibles a las 24 horas 11+12-13 (casillero 14); y, total pacientes a las 24 horas: suma de los casilleros 1+4-9 (casillero 15).

Para obtener los datos necesarios se tiene que realizar el Censo Diario de pacientes de cada una de las salas de internación del establecimiento y estar seguro de la exactitud del mismo.

La información es de total responsabilidad del Servicio de Enfermería, es imprescindible que la persona encargada (enfermera de turno) obtenga los datos y que recorra la sala cama por cama todos los días.

Cuando no hay movimiento en las salas, es decir no hay ingresos, egresos, transferencias ni defunciones, también se debe llenar el censo diario.

El día censal se considera igual al día calendario, abarca el periodo comprendido entre las 0 y las 24 horas.

Se debe transferir la columna "15" a la columna "1" del censo del siguiente día.

El Censo Diario se entregara en el departamento de estadística antes de las 8h00, incluidos sábados, domingos y días feriados.

## VARIABLE

Variable Independiente: Calidad de los registros de enfermería

Definición:

Son aquellas particularidades o atributos que debe presentar el registro de enfermería, del Proceso de Enfermería brindada a la persona, durante las veinticuatro horas del día.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Calidad de los registros de enfermería

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
Calidad de los registros de enfermería	Son aquellas particularidades o atributos que debe presentar el registro de enfermería, del Proceso de Enfermería brindada a la persona, durante las veinticuatro horas del día.	CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS	Edad	<20 años 21-30 31-40 41-50 >50
			Sexo	Masculino Femenino
			Nivel de educación	Primaria Secundaria Superior
		FACTORES LABORALES	Categoría del puesto	Enf. Auxiliar. Enf. General. Enf. Especialista.
			Antigüedad del puesto	0-5 años. 6-10 años. 11-15 años. 17-20 años. Más de 21 años.
			Satisfacción por el servicio	Nada Poco Mucho

			Estado emocional	Apatía. Tristeza. Alegría. Estrés. Enojo. Frustración.																																									
			Conocimientos sobre protocolos y normas de los registros de enfermería	Nada Poco Mucho																																									
			Flujo de pacientes por asignación	De 1-3. De 4-6. Más de 6																																									
			No. de profesionales que trabajan por turno/área No. de no profesionales que trabajan por turno/área	<table border="0"> <thead> <tr> <th rowspan="2">SERVICIO</th> <th colspan="3">Profesionales</th> <th colspan="3">No profesionales</th> </tr> <tr> <th>M</th> <th>T</th> <th>N</th> <th>M</th> <th>T</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cirugía ♀</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cirugía ♂</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Clínica ♀</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Clínica ♂</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	SERVICIO	Profesionales			No profesionales			M	T	N	M	T	N	Cirugía ♀	<input type="checkbox"/>	Cirugía ♂	<input type="checkbox"/>	Clínica ♀	<input type="checkbox"/>	Clínica ♂	<input type="checkbox"/>																				
SERVICIO	Profesionales			No profesionales																																									
	M	T	N	M	T	N																																							
Cirugía ♀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Cirugía ♂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Clínica ♀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Clínica ♂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
			No de camas por subprocesos	<table border="0"> <thead> <tr> <th>SERVICIO</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cirugía ♀</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cirugía ♂</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Clínica ♀</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Clínica ♂</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	SERVICIO		Cirugía ♀	<input type="checkbox"/>	Cirugía ♂	<input type="checkbox"/>	Clínica ♀	<input type="checkbox"/>	Clínica ♂	<input type="checkbox"/>																															
SERVICIO																																													
Cirugía ♀	<input type="checkbox"/>																																												
Cirugía ♂	<input type="checkbox"/>																																												
Clínica ♀	<input type="checkbox"/>																																												
Clínica ♂	<input type="checkbox"/>																																												
			Promedio de estadía de pacientes	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Días</th> <th>Cirugía</th> <th>Clínica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2-5</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6-9</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>10-13</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>14-17</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Días	Cirugía	Clínica	2-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10-13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14-17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Días	Cirugía	Clínica																																											
2-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
6-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
10-13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											
14-17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																											

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA																																										
		FACTORES DE CALIDAD	Tiempo de llenado del registro	5min. <input type="checkbox"/> 10min. <input type="checkbox"/> 15min <input type="checkbox"/>																																										
			Signos vitales Formulario No. 020: Balance hídrico  Medición y actividades	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Correcto</th> <th style="text-align: center;">Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Datos de identificación del paciente</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Parámetros: P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Llenado por turno</td> <td style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Correcto</th> <th style="text-align: center;">Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">M T N</td> <td style="text-align: center;">M T N</td> </tr> </tbody> </table> </td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ingresos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eliminación</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No. Parámetros chequeados:</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">T N</td> </tr> <tr> <td>1-3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4-6</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7-10</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Uso de normas</td> <td style="text-align: center;">Correcto</td> <td style="text-align: center;">Incorrecto</td> </tr> <tr> <td>Color de esferográfico</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Presencia de enmendadura o tachón</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Correcto	Incorrecto	Datos de identificación del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parámetros: P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>			Llenado por turno	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Correcto</th> <th style="text-align: center;">Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">M T N</td> <td style="text-align: center;">M T N</td> </tr> </tbody> </table>	Correcto	Incorrecto	M T N	M T N		Ingresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eliminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No. Parámetros chequeados:	M	T N	1-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de normas	Correcto	Incorrecto	Color de esferográfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presencia de enmendadura o tachón	<input type="checkbox"/>
	Correcto	Incorrecto																																												
Datos de identificación del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Parámetros: P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>																																														
Llenado por turno	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Correcto</th> <th style="text-align: center;">Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">M T N</td> <td style="text-align: center;">M T N</td> </tr> </tbody> </table>	Correcto	Incorrecto	M T N	M T N																																									
Correcto	Incorrecto																																													
M T N	M T N																																													
Ingresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Eliminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
No. Parámetros chequeados:	M	T N																																												
1-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
4-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
7-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Uso de normas	Correcto	Incorrecto																																												
Color de esferográfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Presencia de enmendadura o tachón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
			Formulario 005: Hoja de registros de evolución y prescripciones médicas y de enfermería.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">ITEMS</th> <th style="text-align: center;">Correcto</th> <th style="text-align: center;">Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Datos de identificación del servicio</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Informe de enfermería</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fecha y hora del informe</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Clara y legible</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Terminología adecuada</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Datos concisos y puntuales</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	ITEMS	Correcto	Incorrecto	Datos de identificación del servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informe de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha y hora del informe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clara y legible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terminología adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datos concisos y puntuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
ITEMS	Correcto	Incorrecto																																												
Datos de identificación del servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Informe de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Fecha y hora del informe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Clara y legible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Terminología adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Datos concisos y puntuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												

				Firma y sello de responsable <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Registro de insumos utilizados <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uso de esferográfico indicado azul-rojo-verde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presencia de enmendadura o tachones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																	
			Formulario No. 22: Kardex	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Correcto</th> <th>Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Detalle</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Datos de identificación</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Chequeo de Med. Administrado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Uso de los 5 correctos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Uso de abreviaturas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia de horarios</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Chequeo de Medicamentos no administrados</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Chequeo de Medicación discontinuada</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Uso de esferográfico indicado azul-rojo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Presencia de enmendadura o tachón</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Correcto	Incorrecto	Detalle			Datos de identificación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chequeo de Med. Administrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de los 5 correctos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de abreviaturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuencia de horarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chequeo de Medicamentos no administrados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chequeo de Medicación discontinuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de esferográfico indicado azul-rojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presencia de enmendadura o tachón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Correcto	Incorrecto																																			
Detalle																																					
Datos de identificación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Chequeo de Med. Administrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Uso de los 5 correctos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Uso de abreviaturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Frecuencia de horarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Chequeo de Medicamentos no administrados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Chequeo de Medicación discontinuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Uso de esferográfico indicado azul-rojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Presencia de enmendadura o tachón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
			Formulario 024: Consentimiento informado	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Siempre</th> <th>A veces</th> <th>Nunca</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumplimiento del llenado</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cirugía ♀</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cirugía ♂</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Clínica ♀</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Clínica ♂</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Siempre	A veces	Nunca	Cumplimiento del llenado				Cirugía ♀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía ♂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clínica ♀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clínica ♂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Siempre	A veces	Nunca																																		
Cumplimiento del llenado																																					
Cirugía ♀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Cirugía ♂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Clínica ♀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Clínica ♂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
			Formulario Control Preoperatorio	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Correcto</th> <th>Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Datos de identificación del paciente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No. de Parámetros chequeados</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1-7</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8--16</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>17-23</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>24 y +</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Correcto	Incorrecto	Datos de identificación del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No. de Parámetros chequeados			1-7		<input type="checkbox"/>	8--16		<input type="checkbox"/>	17-23		<input type="checkbox"/>	24 y +		<input type="checkbox"/>												
	Correcto	Incorrecto																																			
Datos de identificación del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
No. de Parámetros chequeados																																					
1-7		<input type="checkbox"/>																																			
8--16		<input type="checkbox"/>																																			
17-23		<input type="checkbox"/>																																			
24 y +		<input type="checkbox"/>																																			

			Formulario: Control de ingesta y eliminación	<p>ITEMS</p> <p>Ingesta</p> <p>Oral</p> <p>Parenteral</p> <p>Eliminación</p> <p>Datos de identificación</p>	<p>Correcto</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Incorrecto</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
			<p>Formulario 555:</p> <p>Censo diario.</p> <p>Total de pctes 24 horas.</p> <p>Columna izq.</p> <p>Columna der.</p>	<p>Encabezado</p> <p>Datos</p> <p>Ingresos</p> <p>Transferencias a otras especialidades</p> <p>Egresos</p> <p>Defunciones</p> <p>Resumen del día</p> <p>Presencia de enmendadura o tachones</p>	<p>Correcto</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Incorrecto</p> <p><input type="checkbox"/></p>

## CAPITULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### TIPO DE ESTUDIO

Estudio prospectivo-descriptivo-analítico ya que se investigó al personal de enfermería profesional y no profesional del subproceso cirugía y clínica del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo; y, la recolección de la información de las H. Clínicas durante Diciembre/2013-Mayo/2014. Es descriptivo porque se refirió a la calidad de los registros de enfermería en los subprocesos clínica y cirugía; y, analítico porque se llegó al conocimiento detallado y profundo de uno de los problemas presentados en éstos subprocesos como lo es el deficiente manejo de los registros de enfermería.

#### ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en los subprocesos de cirugía y clínica del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, de Diciembre/2013-Mayo/2014.

#### UNIVERSO

La población estuvo constituida por 58 miembros del equipo de enfermería profesional y no profesional que integran los subprocesos cirugía y clínica del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo; y, la población de Historias Clínicas necesarias para la recolección de información de registros que es de 600 como promedio durante este periodo.

#### MUESTRA

La muestra estuvo conformada por: 17 Enfermeras profesionales; y, 41 Auxiliares de Enfermería.

Para la toma de datos de las H. Clínicas se extrajo una muestra del 30% del universo; que corresponde a 261 H. Clínicas que fueron seleccionadas para la recolección de la información, mediante la aplicación de la fórmula estándar para cálculo de muestra.

## FÒRMULA PARA CÀLCULO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$N = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot n}{Z^2 \cdot P \cdot Q + N \cdot e^2}$$

$$n = ?$$

$$N = 600$$

$$P = 50\%$$

$$Q = 50\%$$

$$Z = 1.96$$

$$e = 5\%$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (600)}{(1.96)^2 \cdot (0.5) (0.5) + (600) (0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.5) (0.5) (600)}{(3.84) \cdot (0.5) (0.5) + (600) (0.0025)}$$

$$n = \frac{576}{0.96 + 1.25}$$

$$n = \frac{576}{2.21}$$

$$n = 260.63 \approx 261 \text{ pacientes}$$

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal de enfermeras de los Subprocesos Cirugía y Clínica del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

Personal de auxiliares de enfermería de los Subprocesos Cirugía y Clínica del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

Registros de enfermería que se utilizan en los subprocesos antes mencionados

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personal que no pertenece al área de enfermería

Registros que no pertenecen al área de cirugía y clínica.

## MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Métodos: El método que se utilizó es el aleatorio simple, pues ya que la recolección de la información se la hizo al personal profesional y no profesional al azar en los diferentes turnos, sean estos: mañana, tarde o noche en los subprocesos clínica y cirugía.

Técnicas e instrumentos: Se utilizó una encuesta (Anexo No. 1) dirigida al personal de enfermería profesional y no profesional con preguntas abiertas en donde se ejecutaron todos los indicadores de las variables planteadas para evaluar su estado socio demográfico, así como también para conocer cuáles son los factores que influyen en la calidad de los registros de enfermería.

También se llevó una ficha de recolección de datos (Anexo No. 2) de las H. Clínica, en la que se seleccionaron los diferentes registros de enfermería que se llevan durante este periodo, con 12 parámetros ampliamente detallados para obtener una información clara y concisa, para ello se tomaron los registros de las Historias Clínicas que se encontraron activos de los pacientes ingresados en los diferentes subprocesos.

Se recaudaron los diferentes registros, normas y formularios que maneja el personal de enfermería en las áreas objeto de estudio.

Se realizó coordinación con el Departamento de Gestión de Enfermería para la autorización de aplicación del estudio y revisión de protocolos y registros que se llevan en dicho Departamento.

## PROCESAMIENTO DEL ANALISIS DE LA INFORMACION.

El análisis de la información recogida se procesó de forma cualitativa mediante resumen, presentación de información y elaboración de las conclusiones. Los datos cuantitativos una vez resumidos, organizados e interpretados y tabulados para el análisis se representaron en tablas y gráficos con la ayuda del programa Microsoft Excel y la redacción en el programa Microsoft Word.

## RECURSOS

---

Humanos:	Director de Tesis, Miembros del Tribunal, Investigadoras, pacientes, Equipo de Salud de cirugía y clínica.
Técnicos:	Encuesta, revisión bibliográfica, estadísticas (tablas y gráficos).
Materiales:	Libros, material de escritorio, internet, transporte.
Institucionales:	Universidad Técnica de Manabí. Subprocesos de cirugía y clínica del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.
Financieros:	La investigación tendrá un costo de \$1583.55, será financiado con recursos propios de los egresados en un 100%.

---

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA NO. 1

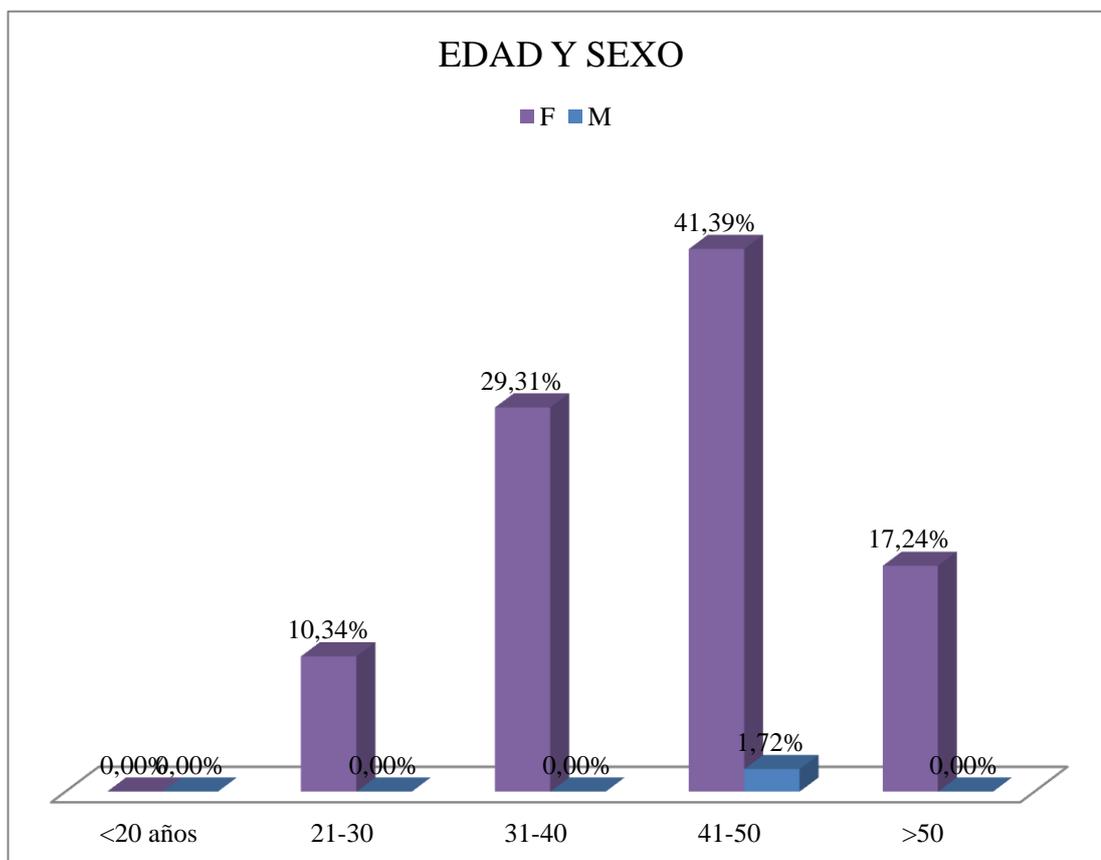
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

EDAD \ SEXO	F	%	M	%	TOTAL %
<20 años	0	0,00%	0	0,00%	0,00%
21-30	6	10,34%	0	0,00%	10,34%
31-40	17	29,31%	0	0,00%	29,31%
41-50	24	41,39%	1	1,72%	43,11%
>50	10	17,24%	0	0,00%	17,24%
TOTAL	57	98,28%	1	1,72%	100,00%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía

Elaboración: Investigadoras

GRÁFICO NO. 1



## ANALISIS E INTERPRETACION:

En la Tabla y Gráfico No. 1 se observa que del total de la población en estudio con respecto a la edad y sexo, correspondiente al sexo femenino el 41.39% pertenece al grupo de 41-50 años; el 29.31% es de 31-40 años; el 17.24% de la edad de >50 años; y, el 10.34% de 21-30 años; mientras que únicamente el 1.72% de 45-50 años corresponde al sexo masculino.

Según los datos observamos que dentro del ámbito laboral predomina el sexo femenino del personal profesional y no profesional de enfermería, de la edad adulta, viéndose un leve incremento de personal joven; no obstante existe personal masculino laborando en esta área. La enfermería es una profesión dinámica y su práctica cambia constantemente. Es una de las profesiones de asistencia, con una tradición larga y honorable de servicios a la humanidad, que en la mayor parte del mundo ha sido ejercida básicamente por mujeres, aunque en los últimos años ha aumentado el número de varones enfermeros dejando de lado el prejuicio de que esta profesión era solo para mujeres; sin embargo, los hombres aún son menos del 2% de la cifra total de enfermeras.

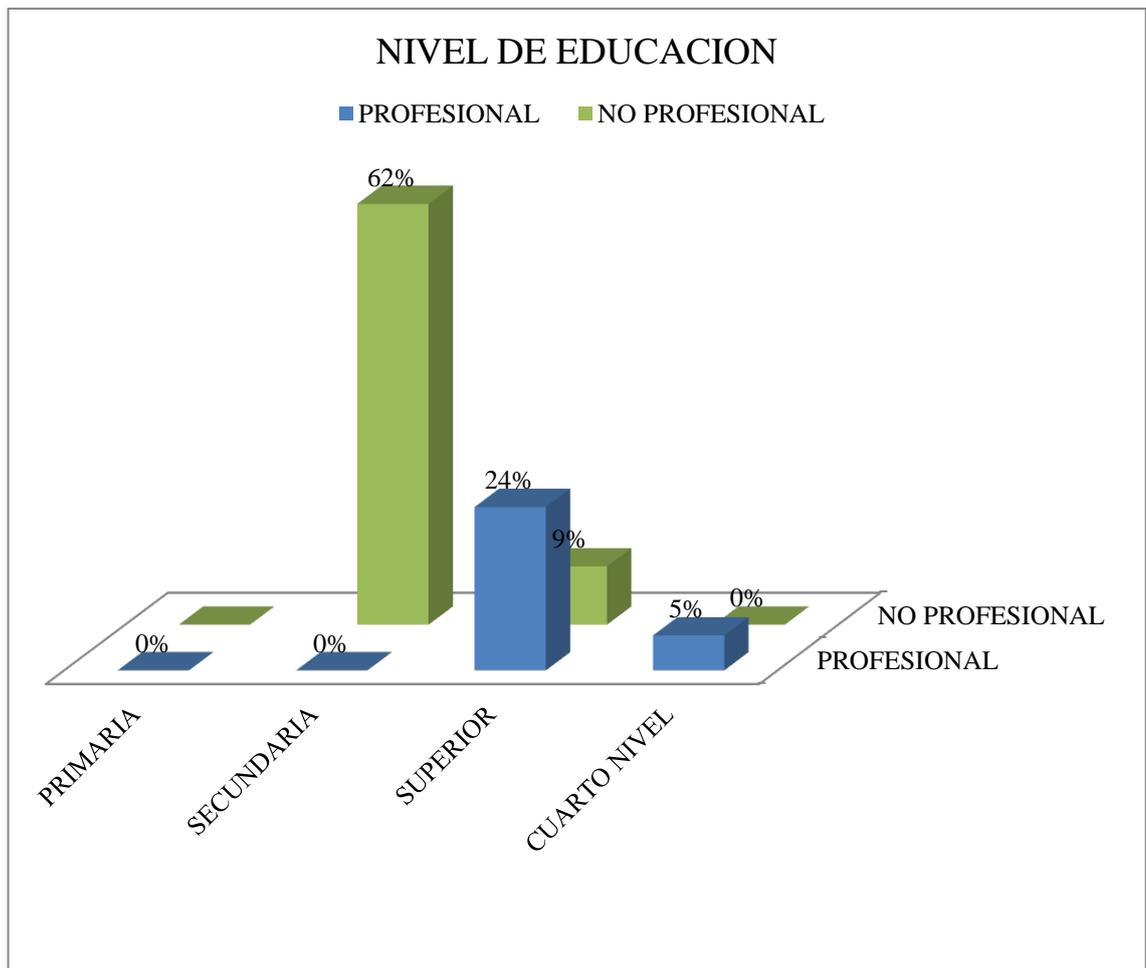
TABLA NO. 2

DISTRIBUCION SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

PERSONAL DE ENFERMERIA	PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR		CUARTO NIVEL		TOTAL
		%		%		%		%	
PROFESIONAL	0	0%	0	0%	14	24%	3	5%	29%
NO PROFESIONAL	0	0%	36	62%	5	9%	0	0%	71%
TOTAL	0	0%	36	62%	19	33%	3	5%	100%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRÁFICO NO. 2



## ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN:

En la Tabla y Gráfico No. 2 se observa que del total de la población en estudio con respecto al nivel de educación, el 62% tiene instrucción secundaria correspondiente al personal no profesional; el 24% superior correspondiente al personal profesional; el 9% tiene instrucción superior correspondiente al personal no profesional; y un 5% de personal profesional con un cuarto nivel de educación.

El nivel de educación tiene un significado importante en la interacción enfermera-paciente, dependiendo de su grado de capacitación para responder a cambios particulares en cada situación de cuidado, y aceptar su responsabilidad en las decisiones que toma durante su desempeño laboral. Sin embargo en los subprocesos de estudio el personal que más trasciende para el cuidado del paciente es el no profesional con un nivel medio de educación, cabe recalcar que parte de este personal está capacitado con conocimiento, destrezas y habilidades prácticas, elementos fundamentales para la recuperación del paciente.

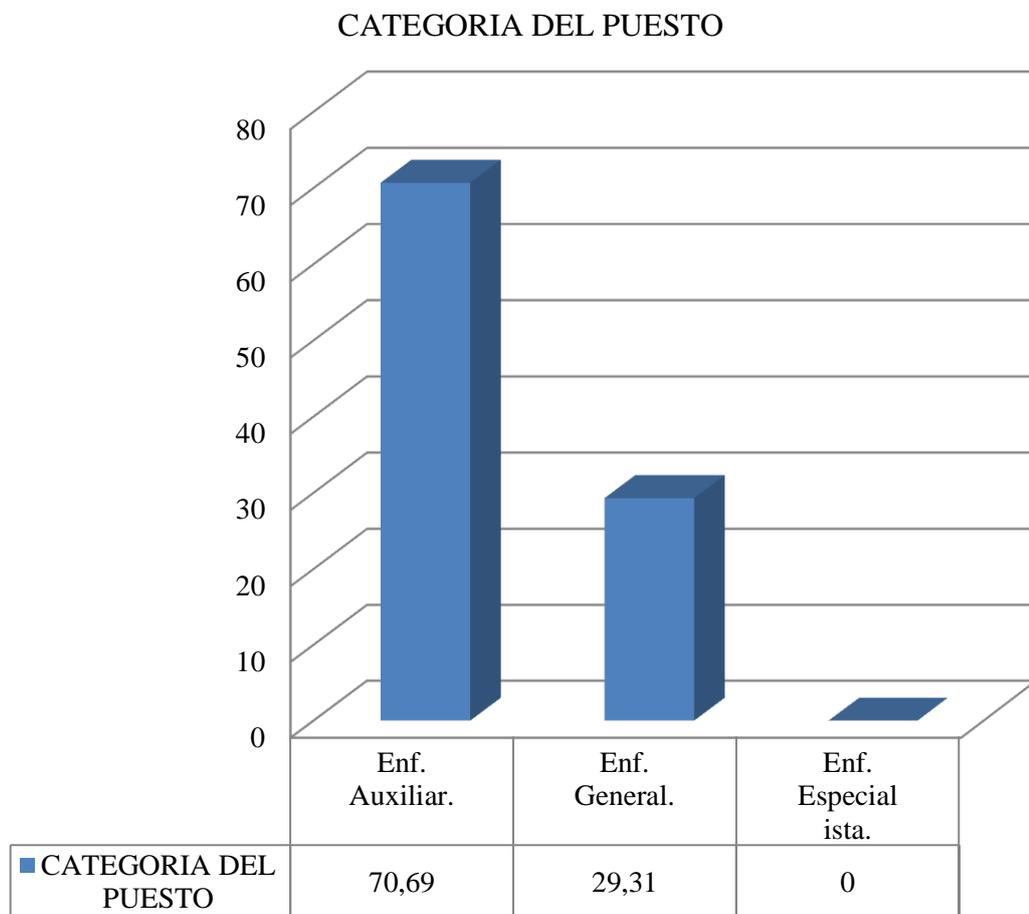
TABLA NO. 3

DISTRIBUCION SEGÚN CATEGORÍA DEL PUESTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

CATEGORÍA DEL PUESTO	F	%
Enf. Auxiliar.	41	70,69
Enf. General.	17	29,31
Enf. Especialista.	0	0,00
TOTAL	58	100.00

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRÁFICO NO. 3



## ANÁLISIS E INTERPRETACION:

En la Tabla y Gráfico No. 3 se observa que del total de la población en estudio con respecto a la categoría del puesto, el 70.69% es Enfermera Auxiliar; y, el 29.31% es Enfermera General.

En los hospitales públicos de nuestro medio labora mayor personal auxiliar que enfermeras profesionales; realidad que observamos en nuestras áreas de estudio ya que por ser áreas abiertas y en los cuales ingresa mayor número de pacientes la demanda de este personal es elevada.

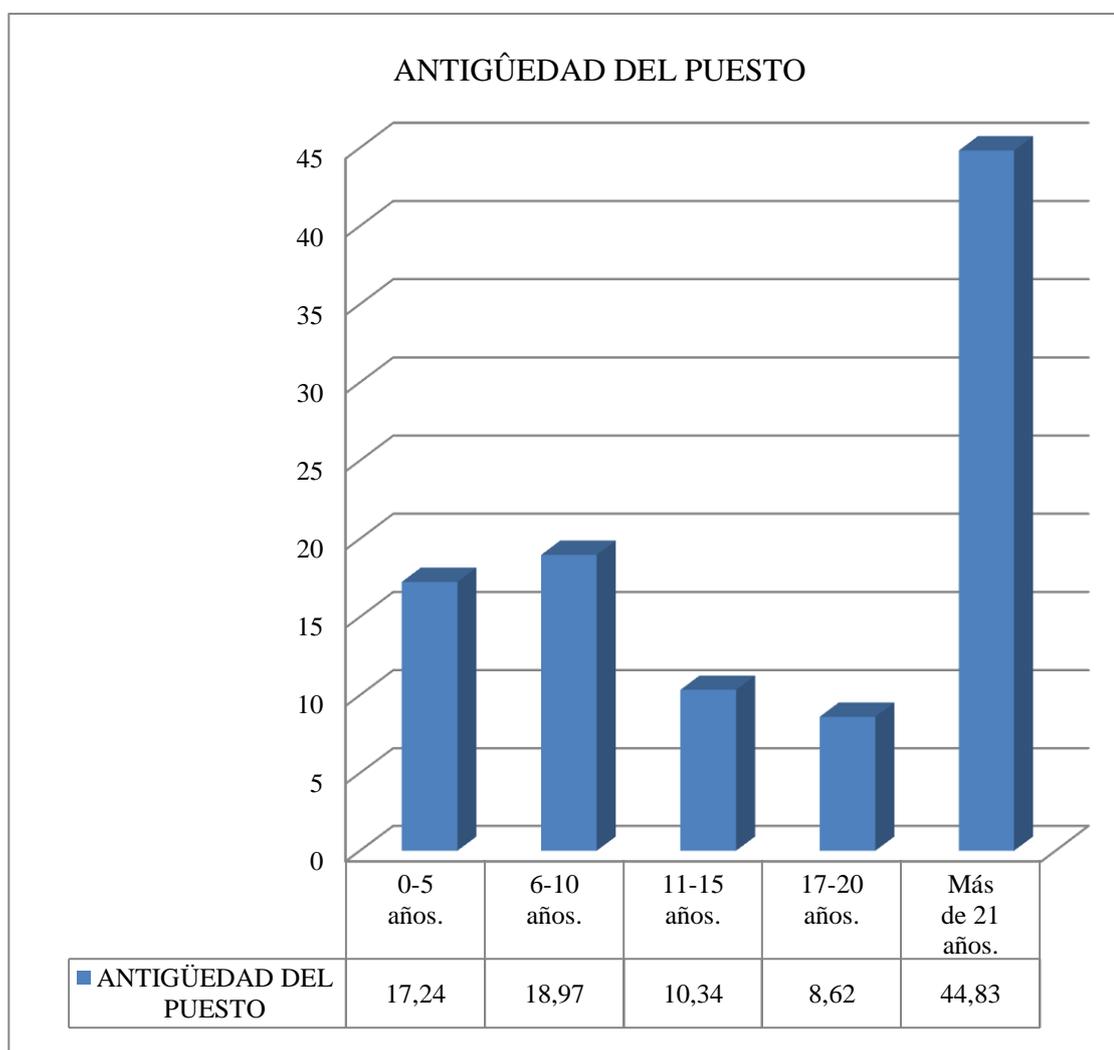
TABLA No. 4

DISTRIBUCION SEGÚN ANTIGÜEDAD DEL PUESTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

ANTIGÜEDAD DEL PUESTO	F	%
0-5 años.	10	17,24
6-10 años.	11	18,97
11-15 años.	6	10,34
17-20 años.	5	8,62
Más de 21 años.	26	44,83
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRAFICO No 4



#### ANÁLISIS E INTERPRETACION:

En la Tabla y Gráfico No. 4 se observa que del total de la población en estudio con respecto a la antigüedad del puesto, el 44.83% tienen más de 21 años de antigüedad; el 18.97% tiene entre 6 y 10 años; el 17.24% de 0-5 años; el 10.34% de 11 a 15 años; y, el 8.62% entre 17 y 20 años.

El personal de enfermería que labora en los subprocesos en estudio tiene muchos años en el puesto de trabajo, pero a la vez se observa un incremento de personal nuevo deduciendo que este es personal profesional el cual han contratado en los últimos años. A mayores años de trabajo del personal de enfermería, mayor es la experiencia adquirida. En enfermería, el campo de la experiencia se basa fundamentalmente en la acumulación de conocimientos y el desarrollo de las habilidades prácticas.

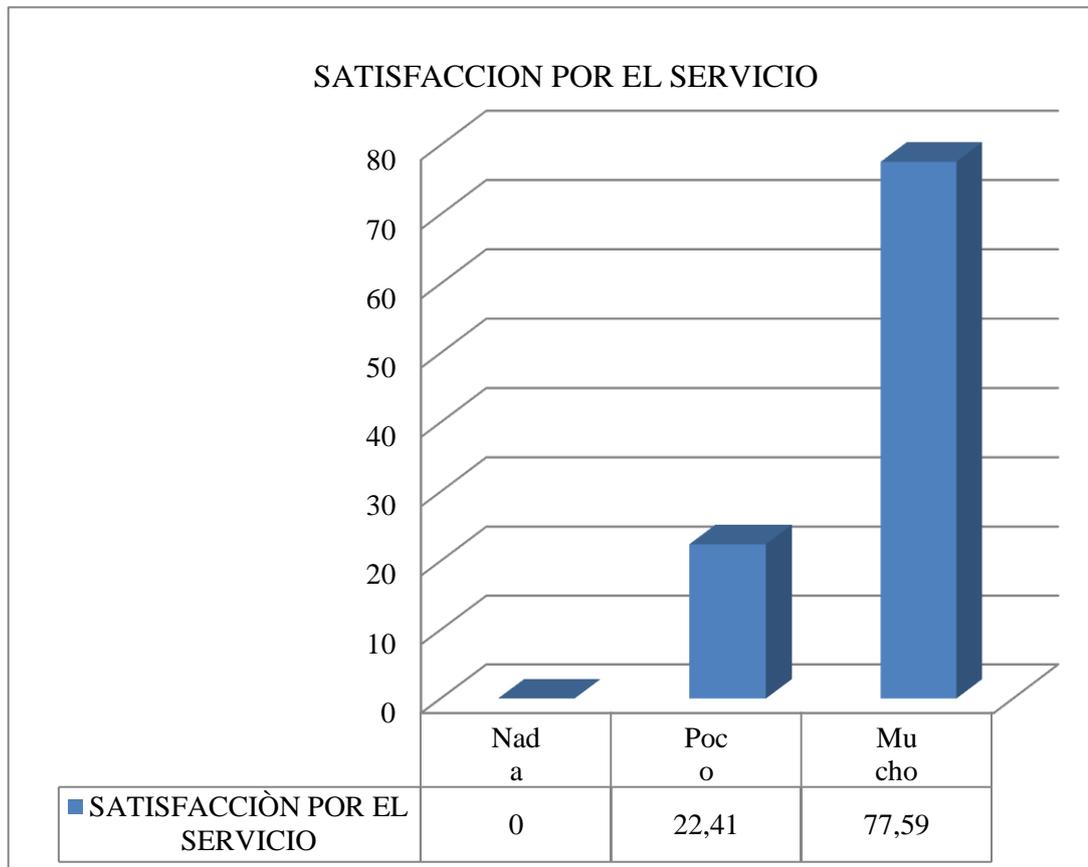
TABLA NO. 5

DISTRIBUCION SEGÚN SATISFACCIÓN POR EL SERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

SATISFACCIÓN POR EL SERVICIO	F	%
Nada	0	0,00
Poco	13	22,41
Mucho	45	77,59
TOTAL	58	100.00

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRÁFICO NO. 5



#### ANÁLISIS E INTERPRETACION:

En la Tabla y Gráfico No. 5 se observa que del total de la población en estudio con respecto a la satisfacción por el servicio, el 77.59% se sintieron satisfechos en el área que laboran; y, el 22.41% se siente poco satisfecho.

El grado de satisfacción del personal de Enfermería es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran en los cuidados específicos de la especialidad.

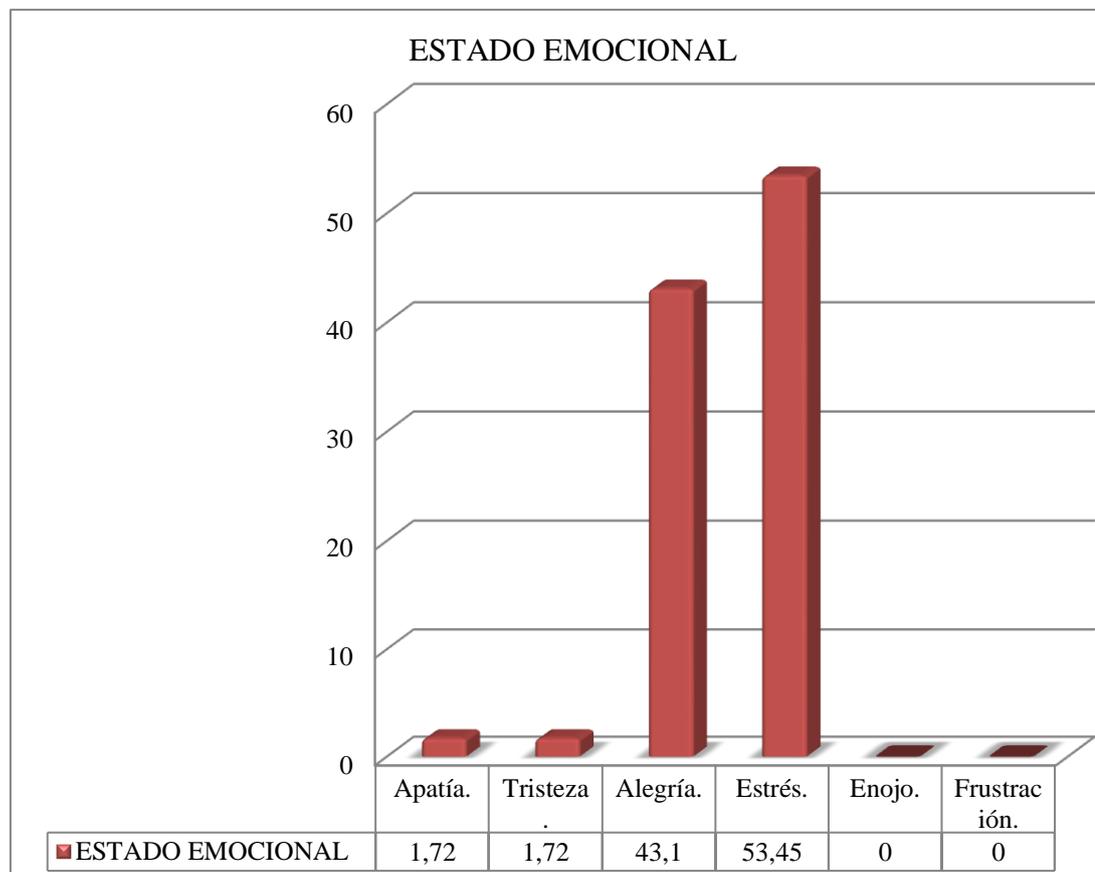
TABLA NO. 6

DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO EMOCIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

ESTADO EMOCIONAL	F	%
Apatía.	1	1,72
Tristeza.	1	1,72
Alegría.	25	43,10
Estrés.	31	53,45
Enojo.	0	0,00
Frustración.	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRÁFICO NO. 6



## ANÁLISIS E INTERPRETACION:

En la Tabla y Gráfico No. 6 se observa que del total de la población en estudio con respecto al estado emocional, el 53.45% se siente estresado; el 43.1% siente alegría; y, el 1.72% en conjunto sienten tristeza y apatía.

Si la Enfermería es una profesión que la mayoría de la actividad que realiza es bajo estrés, es sumamente importante entonces que todo el trabajo que desempeña lo realice con placer y satisfacción. En la medida en que la enfermera esté satisfecha con su trabajo, los pacientes serán mejor atendidos. Existen aspectos tales como: el interés por el trabajo, el reconocimiento, el grado de responsabilidad, el desarrollo profesional con el trabajo, la política de promoción, que constituyen aspectos motivacionales intrínsecos, y si no son bien atendidos, pueden traer como consecuencia un mal trabajo en la profesión. Los aspectos motivacionales extrínsecos están relacionados con el ambiente del trabajo, la política organizacional, las supervisiones frecuentes, las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo y el apoyo de compañeras y jefes.

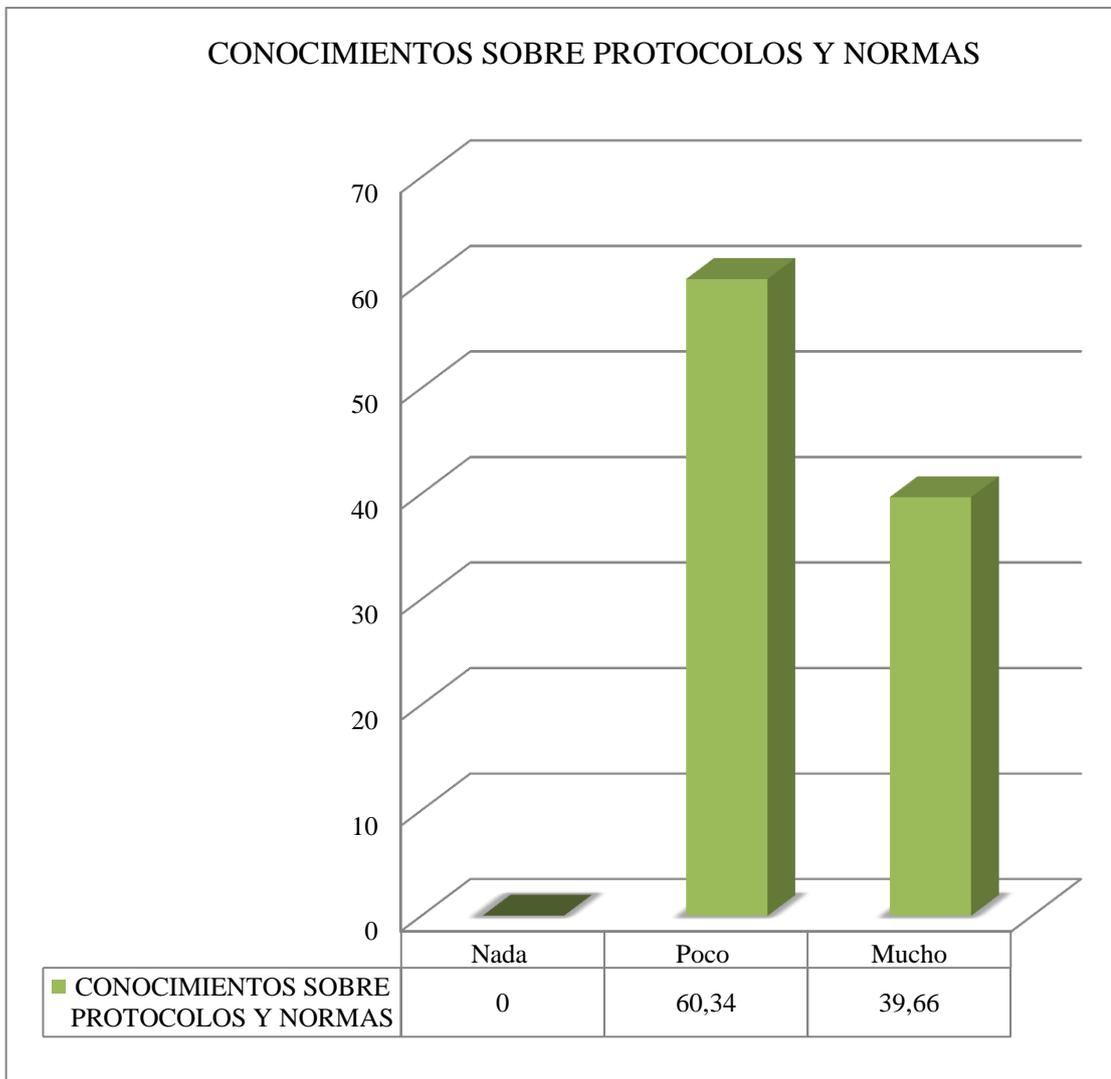
TABLA No. 7

DISTRIBUCION SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE PROTOCOLOS Y NORMAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

CONOCIMIENTOS SOBRE PROTOCOLOS Y NORMAS	F	%
Nada	0	0,00
Poco	35	60,34
Mucho	23	39,66
TOTAL	58	100.00

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRÁFICO NO. 7



## ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN:

En la Tabla y Gráfico No. 7 se observa que del total de la población en estudio con respecto a los conocimientos sobre protocolos y normas; el 60,34% tiene poco conocimiento; y, el 39,66% dice tener mucho.

El personal de Enfermería necesita conocer y entender su propia práctica de adiestramiento en servicio, tanto como las normas de atención que han sido establecidas por las instituciones y sus servicios de enfermería, sin embargo, la mayoría de las enfermeras y enfermeros recibe poca información formal, ya que sus funciones deben estar reguladas por protocolos y normas de carácter interno, que si no se cumplen son objeto de una acción disciplinaria.

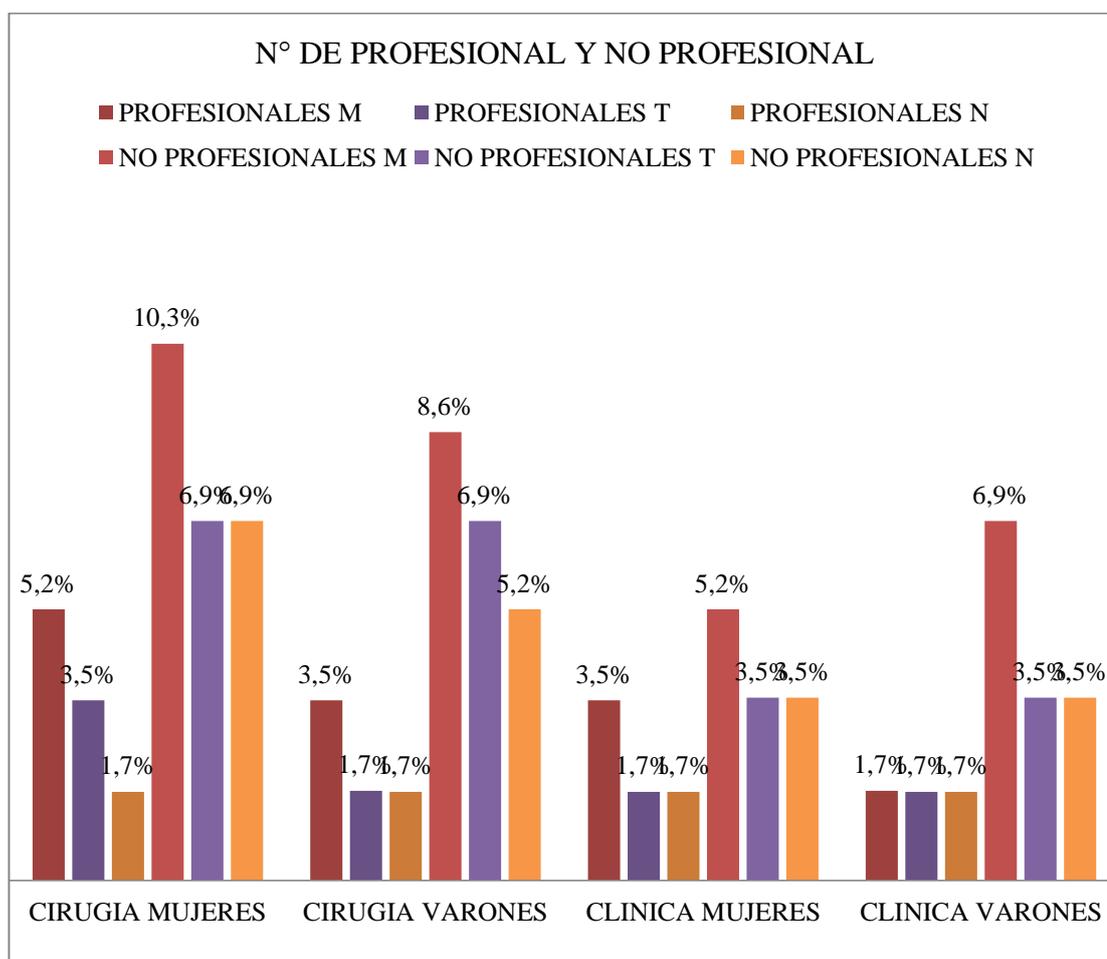
TABLA No. 8

DISTRIBUCION SEGÚN NÚMERO DE PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES QUE TRABAJAN POR TURNO Y POR AREA EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

PERSONAL	PROFESIONALES						NO PROFESIONALES						TOTAL
	M	%	T	%	N	%	M	%	T	%	N	%	
CIRUGIA MUJERES	3	5,2%	2	3,5%	1	1,7%	6	10,3%	4	6,9%	4	6,9%	34,5%
CIRUGIA VARONES	2	3,5%	1	1,7%	1	1,7%	5	8,6%	4	6,9%	3	5,2%	27,6%
CLINICA MUJERES	2	3,5%	1	1,7%	1	1,7%	3	5,2%	2	3,5%	2	3,5%	19,0%
CLINICA VARONES	1	1,7%	1	1,7%	1	1,7%	4	6,9%	2	3,5%	2	3,5%	19,0%
TOTAL	8	13,8%	5	8,6%	4	6,8%	18	31,0%	12	20,8%	11	19,1%	100,0%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRAFICO N°8



## ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN:

En la Tabla y Gráfico No. 8 se observa que del total de la población en estudio con respecto al número de profesional y no profesional que labora por turno y por área en su mayoría es el personal no profesional durante los diferentes turnos; resaltando el 10,3% en cirugía de mujeres, seguido de un 8,6% en cirugía de varones en las mañanas; y durante la tarde y noche con un 6,9% respectivamente para cirugía de mujeres y varones.

En los diferentes subprocesos del estudio labora mayor personal no profesional y en todos los turnos; debido a la demanda de actividades que no ameritan de una atención especial a pacientes que no se encuentran con múltiples deterioro de sus funciones físicas y metabólicas.

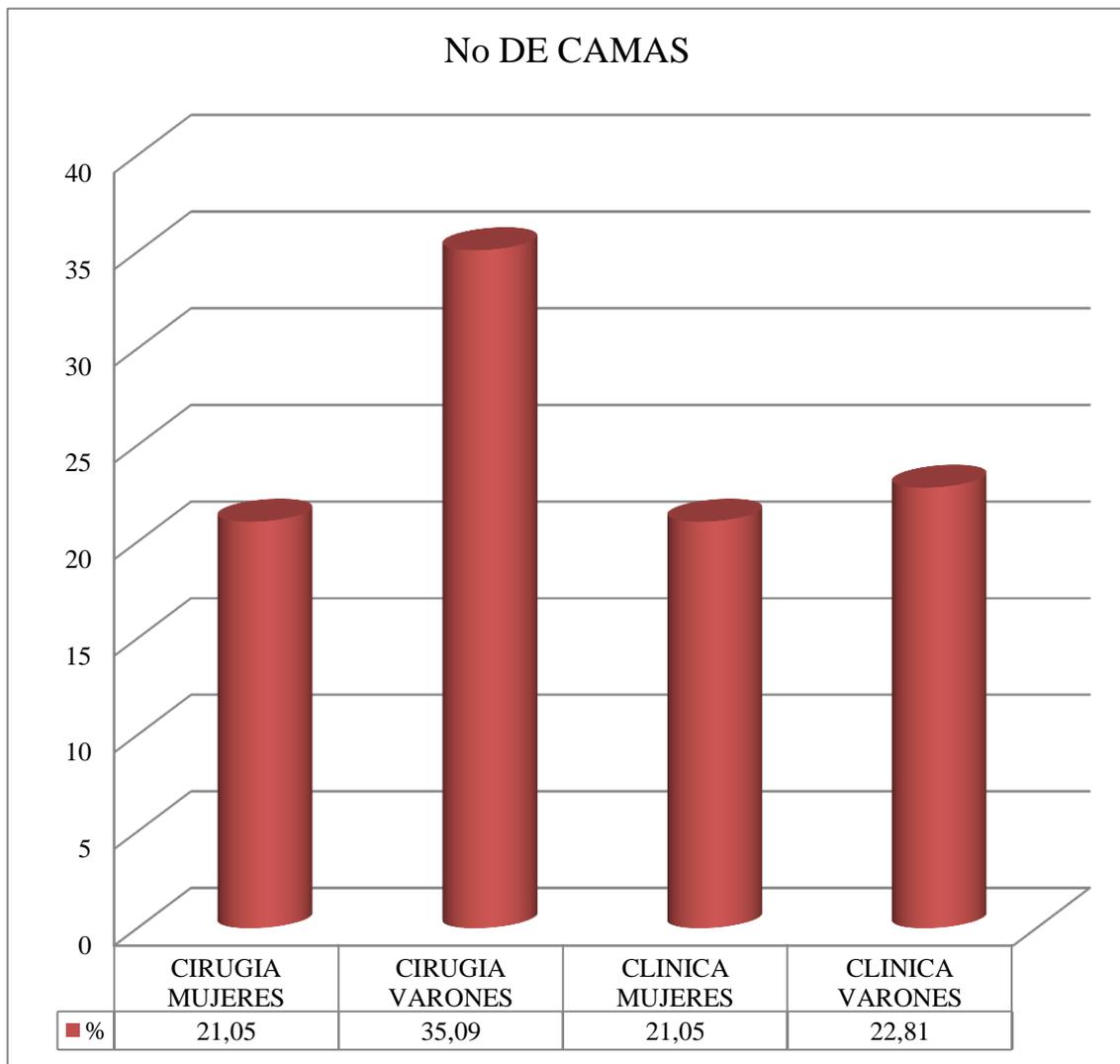
TABLA No. 9

DISTRIBUCION SEGÚN NÚMERO DE CAMAS DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

SERVICIO	F	%
CIRUGIA MUJERES	24	21,05
CIRUGIA VARONES	40	35,09
CLINICA MUJERES	24	21,05
CLINICA VARONES	26	22,81

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRAFICO N°9



## ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN

En la Tabla y Gráfico No. 9 se observa que con respecto al número de camas por subprocesos, el 35.09% pertenece a las camas que están disponibles en cirugía de varones; el 22.81% es de las camas disponibles en clínica de varones; y, el 21.05% de las camas disponibles tanto en clínica como en cirugía de mujeres.

Según la realidad, en nuestro medio la población más expuesta a enfermedades es la de varones y según datos epidemiológicos los hospitales derivan su distribución de camas mayor en subprocesos en los cuales se vaya a acoger pacientes de este sexo.

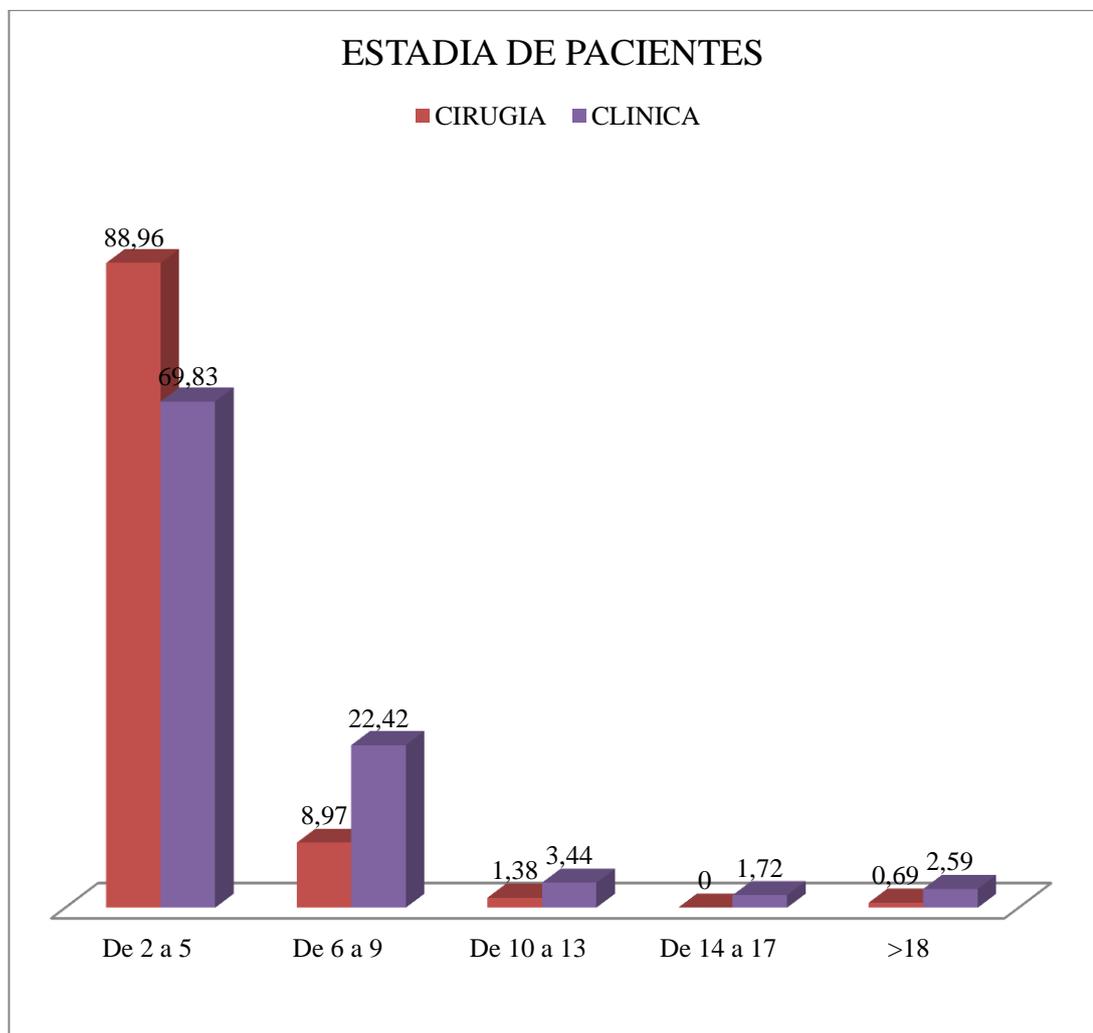
TABLA No. 10

DISTRIBUCION SEGÚN PROMEDIO DE ESTADIA DE PACIENTES DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

DIAS	CIRUGIA	%	CLINICA	%
De 2 a 5	129	88,96	81	69,83
De 6 a 9	13	8,97	26	22,42
De 10 a 13	2	1,38	4	3,44
De 14 a 17	0	0	2	1,72
>18	1	0,69	3	2,59
TOTAL	145	100	116	100

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRAFICO No. 10



## ANALISIS E INTERPRETACION

En la Tabla y Gráfico No. 10 se observa que del total de la población en estudio con respecto a su estadía en los subprocesos de cirugía y clínica, el 88.96% permanece de 2 a 5 días de estadía en el subproceso de cirugía; el 69.83% permanece de 2-5 días de estadía en el subproceso de clínica; el 22.42% permanece de 6 a 9 días en clínica; el 8.97% permanece de 6 a 9 días en cirugía; el 3.44% permanece de 10 a 13 días en clínica; el 2.59% permanece >18 días; el 1.72% permanece de 14 a 17 días en clínica; el 1,38% permanece de 10 a 13 días en cirugía; y, 0.69% es de >18 días en cirugía.

Dependiendo de la cirugía, complicación o la complejidad de la enfermedad que presenten los pacientes deben estar más días hospitalizados para la recuperación y rehabilitación de su salud.

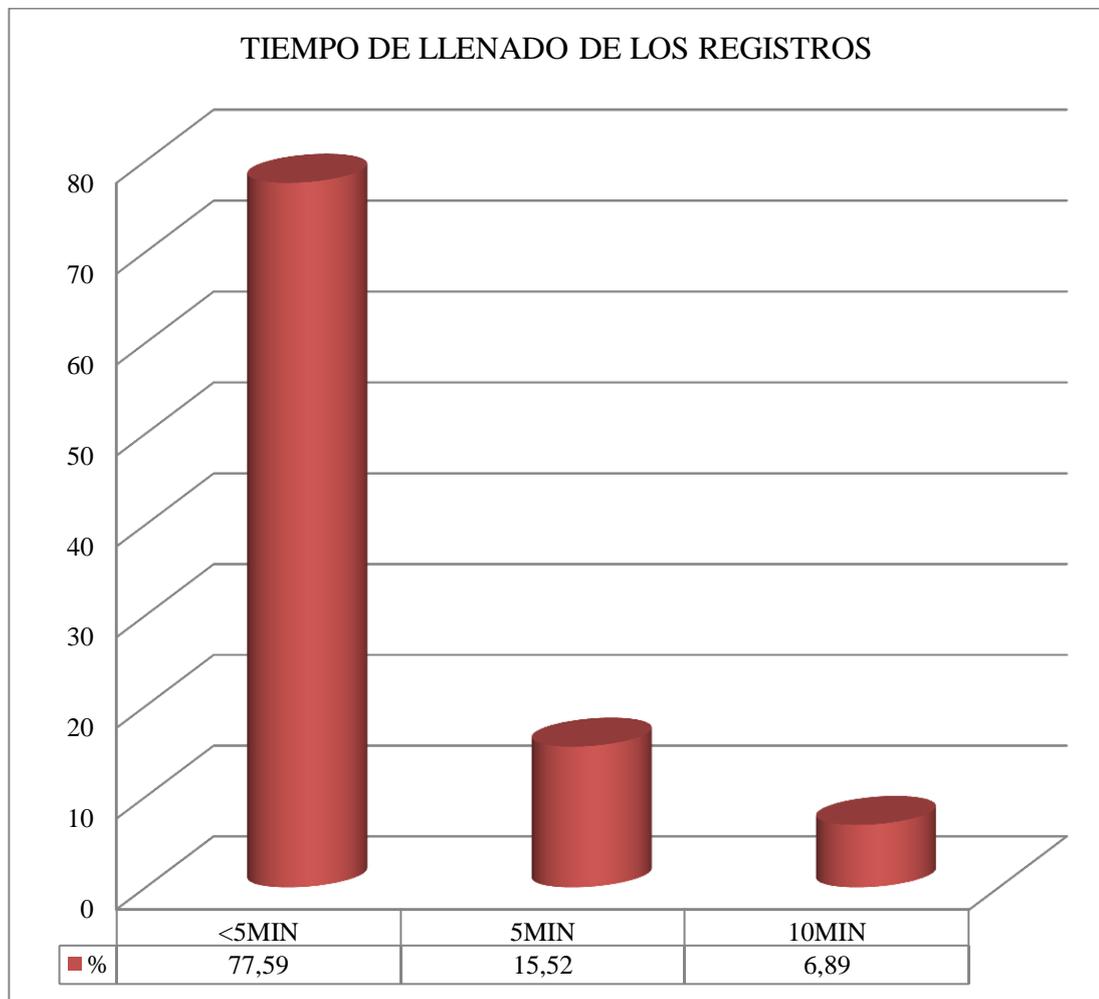
TABLA No. 11

DISTRIBUCION SEGÚN TIEMPO DE LLENADO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DE LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

TIEMPO	F	%
<5MIN	45	77,59
5MIN	9	15,52
10MIN	4	6,89
TOTAL	58	100

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRAFICO No. 11



## ANALISIS E INTERPRETACION

En la Tabla y Gráfico No. 11 se observa que del total de la población en estudio con respecto al tiempo de llenado de los registros de enfermería, el 77.59% pertenece al personal que se tarda <de 5 minutos; el 15.52% es del personal que se tarda 5 minutos; y, el 6.89% es del que se tarda 10 minutos.

El tiempo de llenado de los registros de enfermería debe estar enmarcado en la complejidad de cada uno de ellos. Debemos recalcar que el personal no profesional que labora en los diferentes subprocesos es mayor, lo que implica que no son muy puntuales y enfatizantes al momento del llenado de los registros; mientras que la enfermera profesional se encarga de los registros de mayor interés como es el Kardex, Notas de enfermería, en las mañanas y en días de semana y, al ser ella minuciosa al momento del llenado se tarda más tiempo con pacientes complicados, críticos o que hayan ameritado tratamiento especial lo cual se debe puntualizar o resaltar en la Historia Clínica.

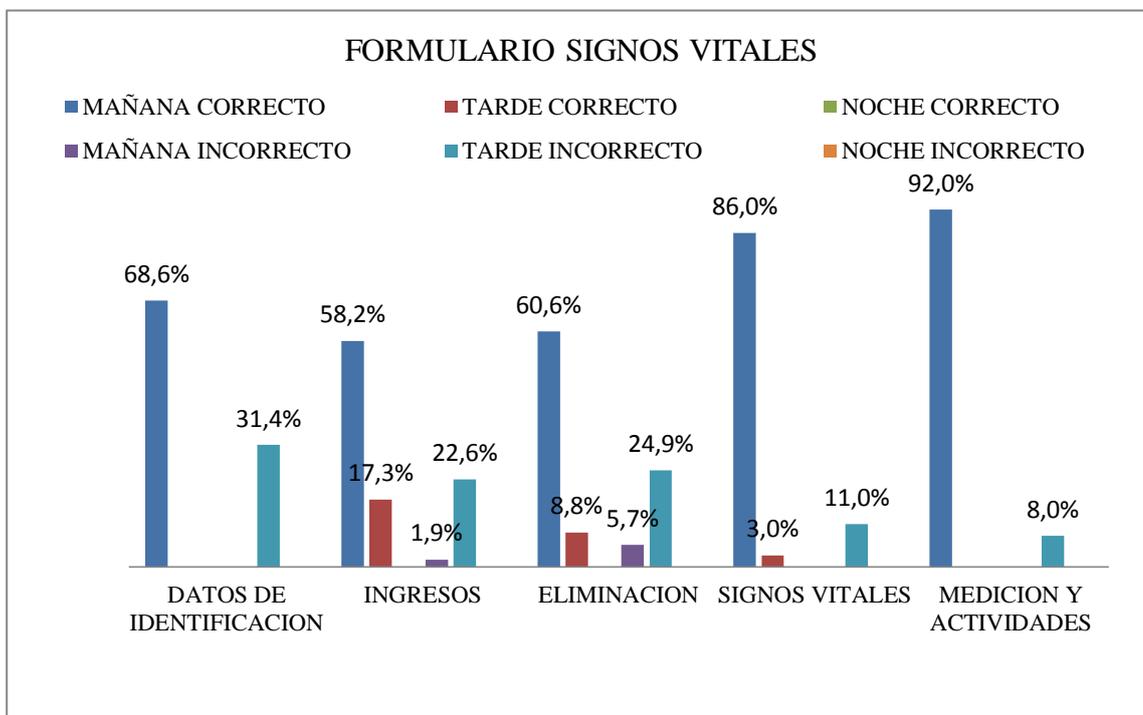
TABLA No. 12

EVALUACION SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE SIGNOS VITALES (No 020)  
 POR TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y  
 CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO.  
 DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

PARAMETROS	CORRECTO						TOTAL	INCORRECTO						TOTAL
	M		T		N			M		T		N		
TURNOS	M	%	T	%	N	%	M	%	T	%	N	%		
DATOS DE IDENTIFICACION	-	-	-	-	-	-	179	-	-	-	-	-	82	
INGRESOS	152	58,2	45	17,3	0	0	75,5	5	1,9	59	22,6	0	0	24,5
ELIMINACION	158	60,6	23	8,8	0	0	69,4	15	5,7	65	24,9	0	0	30,6
SIGNOS VITALES	252	96,6	6	2,3	0	0	98,9	0	0	3	1,1	0	0	1,1
PULSO														
RESPIRACION	180	69	11	4,2	0	0	73,2	0	0	70	26,8	0	0	26,8
TEMPERATURA	261	100	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	0
P. ARTERIAL	257	98,5	0	0	0	0	98,5	0	0	4	1,5	0	0	1,5
MEDICION Y ACTIVIDADES DE 1 A 3	0	0	6	2,3	0	0	-	0	0	0	0	0	0	-
DE 4 A 6	4	1,5	250	95,8	0	0	-	0	0	0	0	0	0	-
DE 7 A 10	257	98,5	5	1,9	0	0	-	0	0	0	0	0	0	-

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
 Elaboración: Investigadoras

GRAFICO No. 12



## ANALISIS E INTERPRETACION

En la Tabla y Gráfico No. 12 se observa que del total de las Historias Clínicas en estudio con respecto al formulario de signos vitales; según los parámetros analizados el llenado en su mayoría son correctos en el turno de la mañana; siendo más alto el de medición y actividades con un 92%; seguido del registro de los signos vitales con un 86%; mientras que el porcentaje incorrecto mayor es en el llenado de los datos de identificación en la tarde con un 31.4%; seguido del registro de eliminación con un 24.9% incorrecto.

El formulario de signos vitales es una herramienta de registro de los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo q tiene como objetivo conservar un registro secuencial de las actividades de enfermería correspondiente a la medición de las variaciones de los signos vitales, ingreso y eliminación de líquidos, mediciones y actividades de enfermería de un paciente hospitalizado o en observación, por ende su incorrecto llenado o datos no reales conlleva a valorar erróneamente el estado de salud del paciente dando un manejo inadecuado a su tratamiento. Este formulario lo maneja en su mayoría el personal profesional de enfermería por ello los resultados demuestran poca presencia de incorrecciones

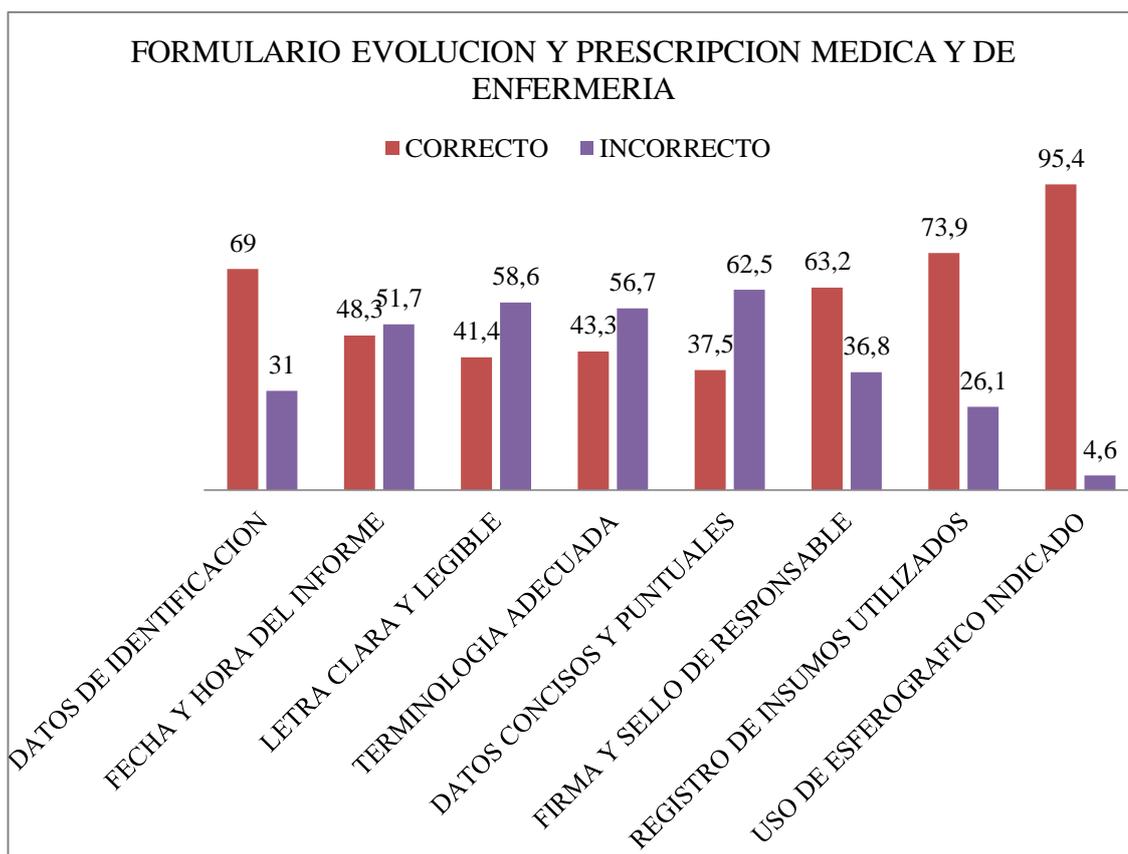
TABLA No. 13

DISTRIBUCION SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES MÉDICAS Y DE ENFERMERIA (No 005) EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

PARAMETROS	CORRECTO	%	INCORRECTO	%	TOTAL
DATOS DE IDENTIFICACION	180	69	81	31	100%
FECHA Y HORA DEL INFORME	126	48,3	135	51,7	100%
LETRA CLARA Y LEGIBLE	108	41,4	153	58,6	100%
TERMINOLOGIA ADECUADA	113	43,3	148	56,7	100%
DATOS CONCISOS Y PUNTUALES	98	37,5	163	62,5	100%
FIRMA Y SELLO DE RESPONSABLE	165	63,2	96	36,8	100%
REGISTRO DE INSUMOS UTILIZADOS	193	73,9	68	26,1	100%
USO DE ESFEROGRAFICO INDICADO	249	95,4	12	4,6	100%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRAFICO No. 13



## ANALISIS E INTERPRETACION

En la Tabla y Gráfico No. 13 se observa que del total de las Historias Clínicas en estudio con respecto al formulario de Evolución y prescripciones médicas y de enfermería en cuanto al llenado existe una aproximación de porcentajes correctos e incorrectos; siendo el más alto el uso de esferográfico indicado (mañana-azul, tarde-verde, noche-rojo) con un 95.4% correcto; seguido de los datos de identificación con el 69%; mientras que el porcentaje incorrecto mayor es el de los datos concisos y puntuales con un 62.5%; seguido de letra clara y legible con un 58.6% incorrecto.

Este formulario tiene como objetivo conservar un registro secuencial del progreso clínico, variaciones del tratamiento y prescripciones realizadas por el profesional responsable del paciente hospitalizado. Comparando los datos obtenidos en los parámetros descritos existe una similitud de datos correctos e incorrectos que pueda deberse al poco interés, el exceso de pacientes por personal, estrés laboral, y mayor número de personal no profesional laborando en los subprocesos en estudio. Siendo este un documento de interés legal se debería llevar con mayor control y supervisión en la elaboración del informe de enfermería, con fecha y hora exacta, con letra clara y legible, sin enmendaduras ni tachones, utilizando terminología adecuada, y resaltando datos concisos y puntuales de la condición del paciente, su tratamiento, procedimientos realizados y complicaciones que esté presente, registrando siempre la firma y sello del responsable.

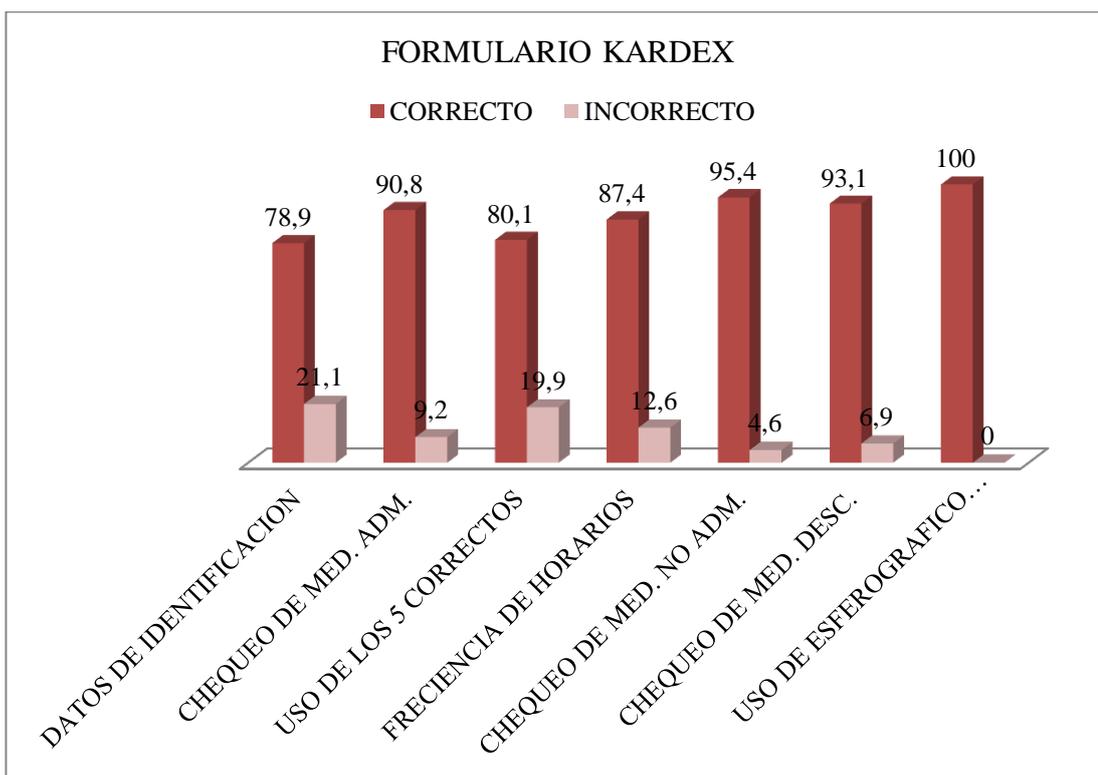
TABLA No. 14

DISTRIBUCION SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE KARDEX (No 22) POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

PARAMETROS	CORRECTO	%	INCORRECTO	%	TOTAL
DATOS DE IDENTIFICACION	206	78,9	55	21,1	100%
CHEQUEO DE MED. ADM.	237	90,8	24	9,2	100%
USO DE LOS 5 CORRECTOS	209	80,1	52	19,9	100%
FRECIENCIA DE HORARIOS	228	87,4	33	12,6	100%
CHEQUEO DE MED. NO ADM.	249	95,4	12	4,6	100%
CHEQUEO DE MED. DESC.	243	93,1	18	6,9	100%
USO DE ESFEROGRAFICO INDICADO	261	100	0	0	100%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRAFICO No. 14



## ANALISIS E INTERPRETACION

En la Tabla y Gráfico No. 14 se observa que del total de las historias clínicas en estudio con respecto al registro del formulario de Kardex en su mayoría es correcto; siendo el uso de esferográfico indicado el más elevado con un 100%; seguido de chequeo de medicamento no administrado con un 95.4% correcto; mientras que el porcentaje incorrecto mayor es el registro de los datos de identificación con un 21.1%; seguido del uso de los 5 correctos con un 19.9% incorrecto.

El Kardex es un formulario de la historia clínica única diseñado por el Ministerio de Salud Pública que sirve para controlar y registrar las prescripciones médicas. Tiene como objetivo mantener de manera secuencial y ordenada el registro de la medicación administrada. Por lo tanto un incorrecto manejo del mismo provocaría una alteración en la secuencia, administración y una aplicación errada del tratamiento. Su elaboración y aplicación debe ser de forma minuciosa colocando los datos de identificación completos, respetando la frecuencia de horarios y sin chocar medicamentos de la misma acción terapéutica, chequeando al momento los medicamentos administrados, no administrados y discontinuado para evitar equivocaciones, aplicando los 5 correctos y utilizando el esferográfico indicado (azul-mañana y tarde, rojo- noche y med. discontinuado).

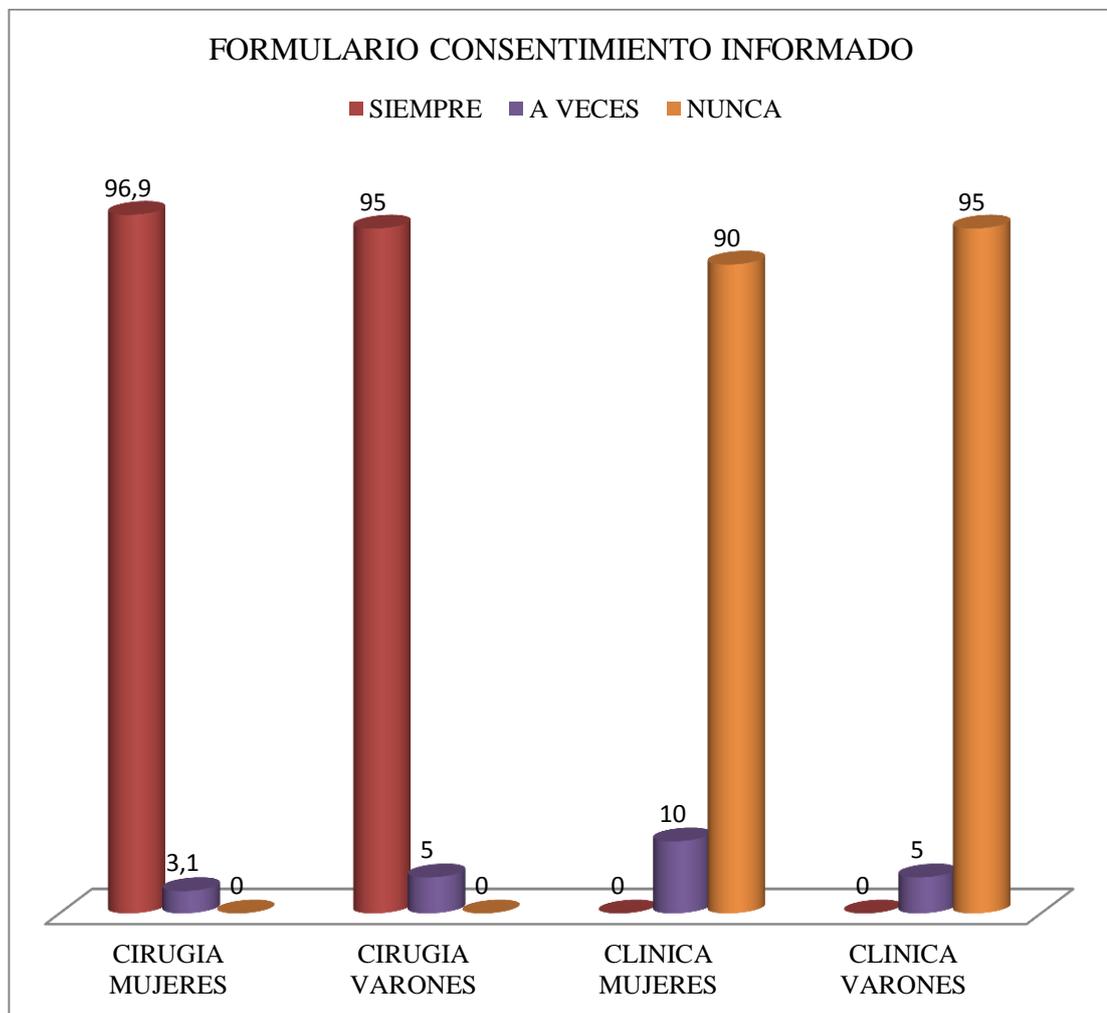
TABLA No. 15

DISTRIBUCION SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR AREA, POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

CUMPLIMIENTO DEL LLENADO	SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%	TOTAL
CIRUGIA MUJERES	253	96,9	8	3,1	0	0	100%
CIRUGIA VARONES	248	95	13	5	0	0	100%
CLINICA MUJERES	0	0	26	10	235	90	100%
CLINICA VARONES	0	0	13	5	248	95	100%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
 Elaboración: Investigadoras

GRAFICO No. 15



## ANALISIS E INTERPRETACION

En la Tabla y Gráfico No. 15 se observa que del total de las historias clínicas en estudio con respecto al registro del formulario de consentimiento informado en su mayoría se cumple con el llenado siempre en el área de cirugía de mujeres y varones con el 96.9% y, 95% respectivamente; mientras que en clínica de varones y mujeres los datos registran que en su mayor parte nunca se cumple con el llenado de este, con un 95% y 90% correspondientemente.

El código de ética médica contempla la importancia de advertir sobre los riesgos de los tratamientos médicos y quirúrgicos a realizar. Este formato debe ser entregado por el personal de salud con tiempo suficiente para ser leído y comprendido por el usuario potencial y debe acompañarse de explicaciones verbales en lenguaje sencillo de cómo la ley ordena que se otorgue consentimiento previo al procedimiento propuesto. Por ende en el área de cirugía siempre se cumple con el llenado antes de una intervención, pero a veces al realizar un procedimiento que lo amerite no se lo llena. A diferencia del área de clínica en el cual se lo maneja rara vez debido al pensamiento erróneo de que este solo sirve para intervenciones quirúrgicas y exoneración por abandono, no se lo aplica en los procedimientos a realizar ya que esto nos excluye de cualquier complicación en el paciente evitándonos problemas legales.

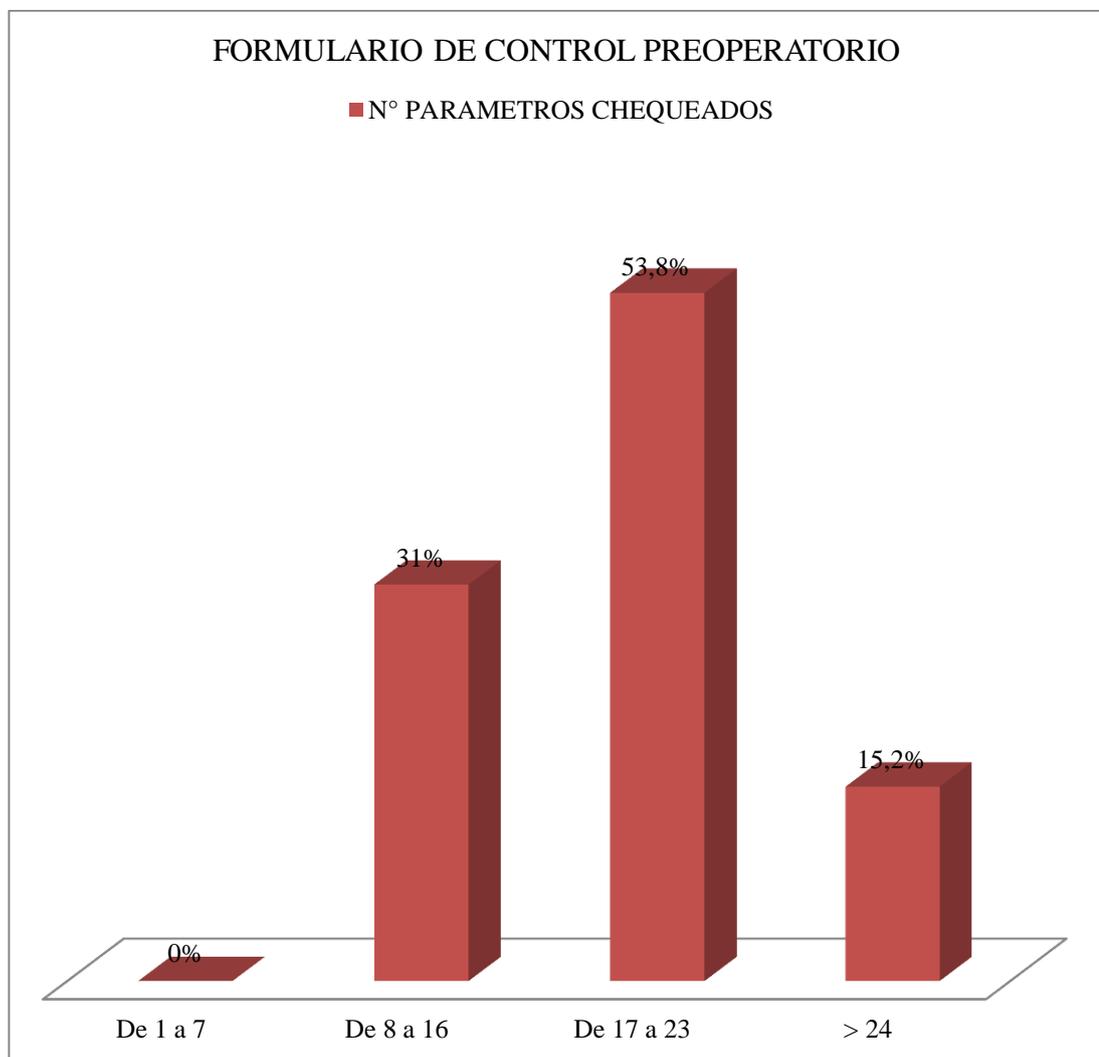
TABLA No. 16

DISTRIBUCION SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE CONTROL PREOPERATORIO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

N° DE PARAMETROS CHEQUEADOS	F	TOTAL
De 1 a 7	0	0%
De 8 a 16	45	31%
De 17 a 23	78	53,8%
> 24	22	15,2%
TOTAL	145	100%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRAFICO No. 16



## ANALISIS E INTERPRETACION

En la Tabla y Gráfico No. 16 se observa que del total de las historias clínicas en estudio con respecto al registro del formulario de control preoperatorio el número de parámetros chequeados es mayor de 17 a 23 con un 53.8%; de 8 a 16 con un 31%; y, > 24 con un 15.2%.

El formulario de control preoperatorio es un conjunto de normas y acciones cuyo propósito es llevar al paciente en óptimas condiciones al perioperatorio (durante la operación). Su objetivo es conocer las actividades que requieren la preparación del paciente, para afrontar la intervención quirúrgica en las mejores condiciones posibles y minimizar el riesgo de complicaciones postoperatorias. El manejo, registro y aplicación del mismo debe ser de forma correcta y realizando las actividades allí descritas, cabe recalcar que este formulario solo se lleva en el subproceso de cirugía; el cual consta de 24 parámetros los que se llenan dependiendo de la cirugía y paciente.

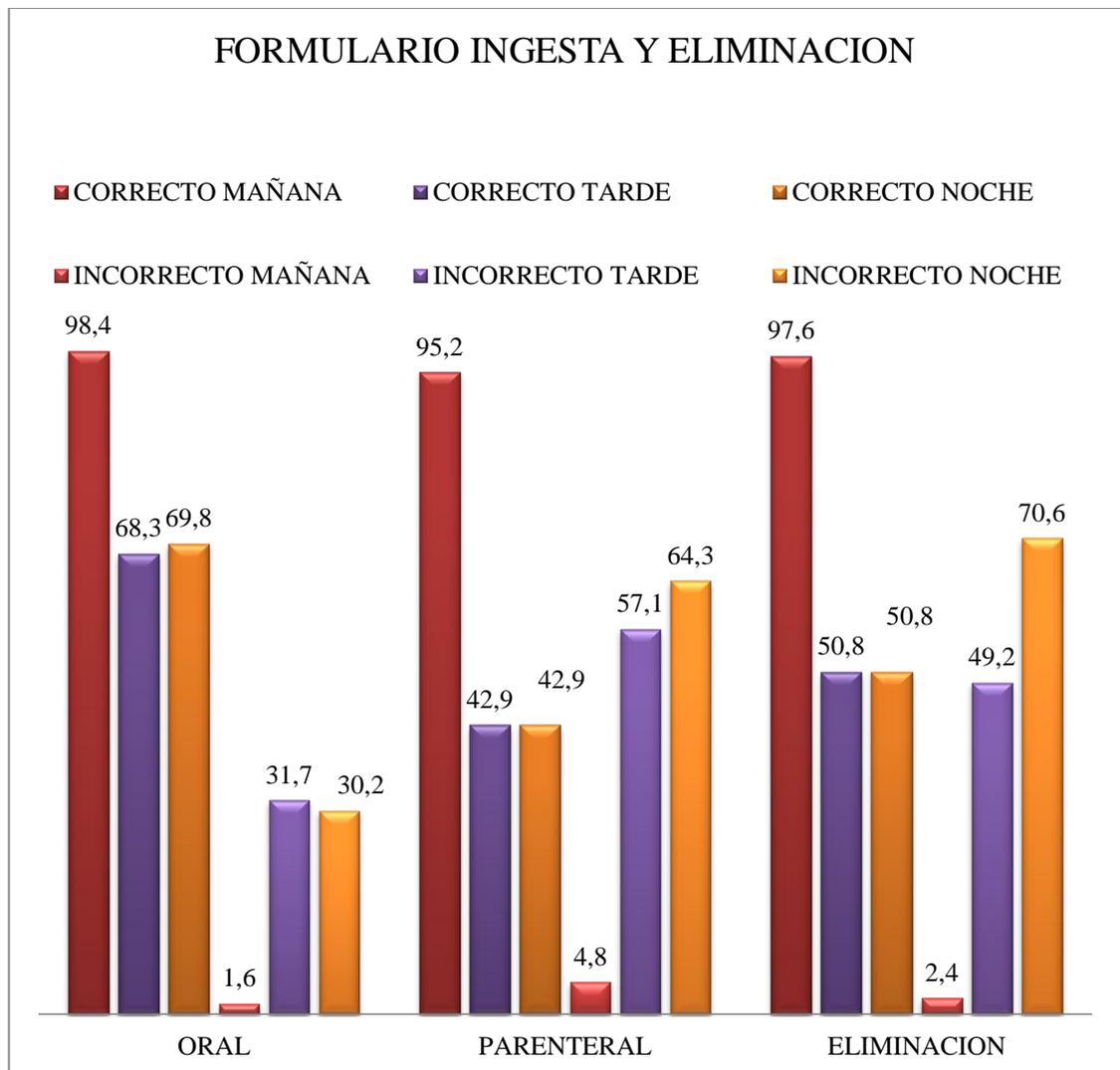
TABLA No. 17

DISTRIBUCION SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE CONTROL DE INGESTA Y ELIMINACION POR TURNO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

PARAMETROS	CORRECTO						INCORRECTO					
	M	%	T	%	N	%	M	%	T	%	N	%
ORAL	124	98,4	86	68,3	88	69,8	2	1,6	40	31,7	38	30,2
PARENTERAL	120	95,2	54	42,9	54	42,9	6	4,8	72	57,1	81	64,3
ELIMINACION	123	97,6	64	50,8	64	50,8	3	2,4	62	49,2	89	70,6

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRAFICO No. 17



## ANALISIS E INTERPRETACION

En la Tabla y Gráfico No. 17 se observa que del total de las historias clínicas en estudio con respecto al registro del formulario de ingesta y eliminación según los parámetros analizados el llenado en su mayoría es correcto en el turno de la mañana; siendo el más alto el registro de los ingresos orales con un 98.4%; mientras que el porcentaje incorrecto mayor es en el registro de las eliminaciones con un 70.6%; seguido de un 64.3% de los ingresos parenterales.

En el formulario de ingesta y eliminación se registran los ingresos anotando el volumen (cc) de líquidos ingeridos por vía oral (agua, jugo, sopa), suministrados por vía parenteral (medicamentos, paquetes globulares, alimentación) y la suma de ambos valores. Del mismo modo se registrara las eliminaciones anotando el volumen (cc) eliminado de orina, drenaje y otros y la suma de los valores anteriores. Este formulario se debe llenar con mucha responsabilidad verificando personalmente la cantidad de ingesta y eliminaciones para asegurar un tratamiento que mantenga el equilibrio hidroelectrolítico del paciente. Sin embargo, en la realidad esto no se cumple en su mayoría en los turnos de la tarde y noche ya que hay mayor personal no profesional y por no verificar durante las horas de sueño realizan una sumatoria equivocada y por ende un balance erróneo.

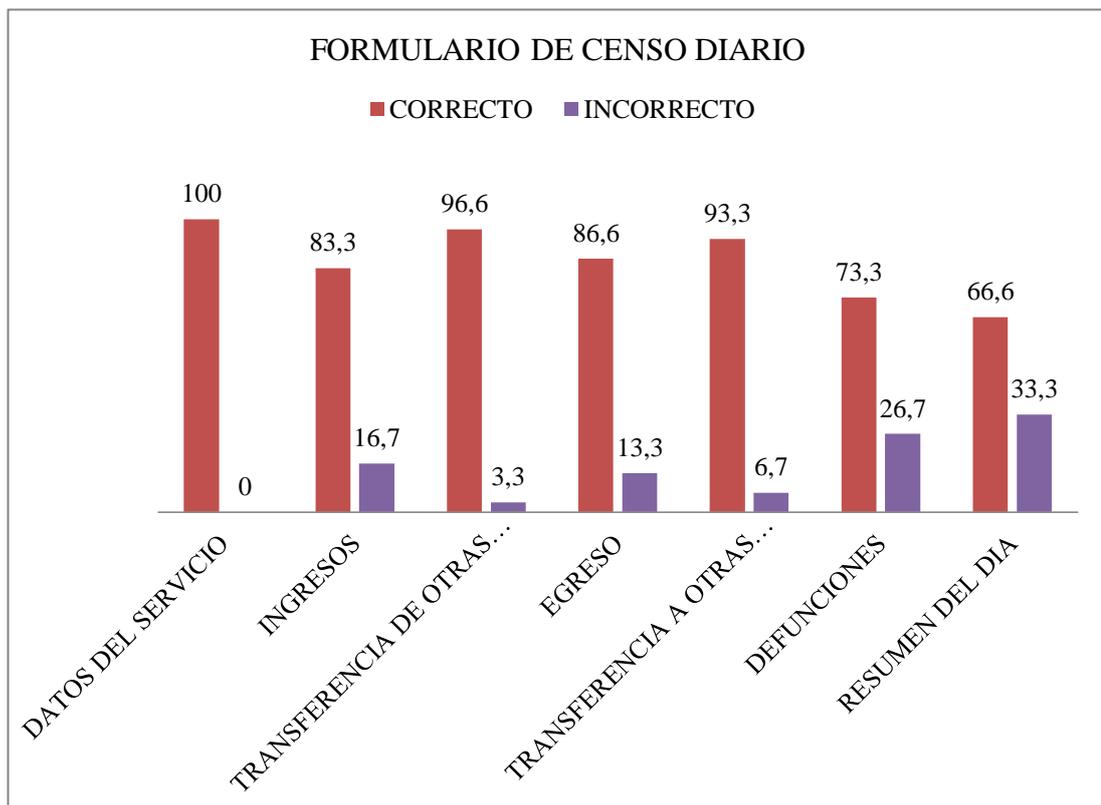
TABLA No. 18

DISTRIBUCION SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE CENSO DIARIO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SUBPROCESOS CIRUGÍA Y CLÍNICA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE/2013 – MAYO/2014.

ITEMS	CORRECTO	%	INCORRECTO	%	TOTAL
DATOS DEL SERVICIO	30	100	0	0	100%
INGRESOS	25	83,3	5	16,7	100%
TRANSFERENCIA DE OTRAS ESPECIALIDADES	29	96,6	1	3,3	100%
EGRESO	26	86,6	4	13,3	100%
TRANSFERENCIA A OTRAS ESPECIALIDADES	28	93,3	2	6,7	100%
DEFUNCIONES	22	73,3	8	26,7	100%
RESUMEN DEL DIA	20	66,6	10	33,3	100%

Fuente: Encuesta al personal de Enfermería de los Subprocesos Clínica y Cirugía  
Elaboración: Investigadoras

GRAFICO No. 18



## ANALISIS E INTERPRETACION

En la Tabla y Gráfico No. 18 se observa que del total de formularios en estudio con respecto al registro del censo diario según los parámetros analizados el llenado en su mayoría es correcto; siendo el más alto los datos del servicio con un 100%; mientras que el porcentaje incorrecto mayor es el resumen del día con un 33.3%.

Este formulario es un instrumento que sirve para registrar diariamente el movimiento de pacientes y de camas disponibles ocurridos en cada sala. Tiene como objetivo adquirir el resumen diario de las actividades de hospitalización. Es llenado por el personal de enfermería profesional y no profesional. Para obtener los datos necesarios se tiene que realizar el Censo Diario de pacientes de cada una de las salas de internación del establecimiento y estar seguro de la exactitud del mismo.

La información es de total responsabilidad del Servicio de Enfermería, es imprescindible que la persona encargada (enfermera de turno) obtenga los datos y que recorra la sala cama por cama todos los días.

El llenado de este formulario en su mayoría es correcto pero existe un porcentaje incorrecto en el resumen del día, dato que se registra con la sumatoria de los parámetros allí descritos.

## CAPÍTULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### Conclusiones

Una vez culminada la presente investigación, se concluye:

Se determinó las características sociodemográficas de la población en estudio mediante la aplicación de una encuesta, resultando que: el 41.39% son de sexo femenino y pertenece al grupo de 41-50 años; el 62% tiene instrucción secundaria y es personal no profesional; el 24% tiene instrucción superior y es personal profesional; el 70.69% es Enfermera Auxiliar; el 44.83% tienen más de 21 años de antigüedad; el 77.59% se sintieron satisfechos de laborar en éstas áreas; y, el 53.45% se siente estresado; y el 43.1% siente alegría.

Se estableció el manejo de cada uno de los formularios utilizados por el personal de enfermería de los subprocesos Cirugía y Clínica, el 10.3% del personal no profesional labora en cirugía de mujeres; y, el 6.9% en cirugía de mujeres y varones respectivamente; el 35.09% pertenece a las camas que están disponibles en cirugía de varones; el 88.96% permanece de 2 a 5 días de estadía en el subproceso de cirugía; y, el 77.59% pertenece al personal que se tarda <de 5 minutos;

Respecto al formulario de signos vitales; según los parámetros analizados el llenado en su mayoría son correctos en el turno de la mañana; siendo más alto el de medición y actividades con un 92%; seguido del registro de los signos vitales con un 86%; mientras que el porcentaje incorrecto mayor es en el llenado de los datos de identificación en la tarde con un 31.4%; seguido del registro de eliminación con un 24.9% incorrecto.

En cuanto al formulario de evolución y prescripciones médicas y de enfermería en cuanto al llenado existe una aproximación de porcentajes correctos e incorrectos; siendo el más alto el uso de esferográfico indicado (mañana-azul, tarde-verde, noche-rojo) con un 95.4% correcto; seguido de los datos de identificación con el 69%; mientras que el porcentaje incorrecto mayor es el de los datos concisos y puntuales con un 62.5%; seguido de letra clara y legible con un 58.6% incorrecto; y, el registro del formulario de Kardex en su mayoría es correcto; siendo el uso de esferográfico indicado el más

elevado con un 100%; seguido de chequeo de medicamento no administrado con un 95.4% correcto; mientras que el porcentaje incorrecto mayor es el registro de los datos de identificación con un 21.1%; seguido del uso de los 5 correctos con un 19.9% incorrecto.

Referente al registro del formulario de consentimiento informado en su mayoría se cumple con el llenado siempre en el área de cirugía de mujeres y varones con el 96.9%; y, 95% respectivamente; mientras que en clínica de varones y mujeres los datos registran que en su mayor parte nunca se cumple con el llenado de este, con un 95% y 90% correspondientemente.

Respecto al registro del formulario de control preoperatorio el número de parámetros chequeados es mayor de 17 a 23 con un 53.8%; de 8 a 16 con un 31%; y, > 24 con un 15.2%; el registro del formulario de ingesta y eliminación según los parámetros analizados el llenado en su mayoría es correcto en el turno de la mañana; siendo el más alto el registro de los ingresos orales con un 98.4%; mientras que el porcentaje incorrecto mayor es en el registro de las eliminaciones con un 70.6%; seguido de un 64.3% de los ingresos parenterales; y, el registro del censo diario según los parámetros analizados el llenado en su mayoría es correcto; siendo el más alto los datos del servicio con un 100%; mientras que el porcentaje incorrecto mayor es el resumen del día con un 33.3%.

Se socializaron los protocolos de registros de enfermería, misma que se cumplió en un 100%, concluyendo que fue un éxito el desarrollo de la misma. Los asistentes en general manifestaron su satisfacción por esta actividad, dando sugerencias para que se repitan estos eventos de gran importancia para beneficio tanto de la institución como para el equipo de salud.

## Recomendaciones

Una vez concluida la investigación se recomienda:

A la Universidad Técnica de Manabí:

Que continúe promoviendo la ejecución de este tipo de proyectos, que permitan recibir el reconocimiento de las autoridades de salud, por la aportación que se realiza para bien tanto de la institución y de los usuarios.

Enfatizar la difusión de las características de los registros de enfermería en el proceso enseñanza-aprendizaje, ya que existe un desconocimiento sobre el llenado de los mismos, lo que repercute en la atención brindada en los servicios de cirugía y clínica.

A las autoridades del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”:

Establecer una relación adecuada a nivel interno, con el propósito de desarrollar una gestión de formación continua en materia de capacitación en base a la atención integral al paciente hospitalizado en los subprocesos clínica y cirugía, a fin de colaborar con su recuperación.

El interés de los asistentes a participar de la socialización pone ha descubierto la necesidad de mantener espacios de capacitación permanente para optimizar nuestra intervención de salud, por lo que se requiere empoderarse de los temas de la calidad de atención, organización y actualización de conocimientos.

A los Líderes de los Subprocesos clínica y cirugía:

Realizar supervisión, monitoreo y evaluación continuo al equipo de salud, sobre el manejo adecuado de los registros de enfermería, con el fin de brindar una atención integral al paciente hospitalizado.

Establecer un programa de capacitación permanente del talento humano en los citados subprocesos que faculte mejorar la calidad de atención al usuario.

Al personal de enfermería profesional y no profesional de Subprocesos Clínica y Cirugía:

Atender y manejar al paciente que ingresa a estos servicios, utilizando las normas y protocolos, de acuerdo al caso, en forma adecuada, con el propósito de obtener una recuperación más precoz y satisfactoria del paciente hospitalizado, brindando así una atención de calidad, con eficiencia y eficacia.

Capacitarse sobre normas y protocolos para el correcto llenado de los registros que se utilizan diariamente en estas áreas de salud, para así brindar información confiable y segura.

Mantener contacto permanente y buenas relaciones, con todos los departamentos del hospital de esta forma todo procedimiento se hace más viable, logrando de esta forma el cumplimiento de metas y objetivos.

Seguir demostrando eficiencia y eficacia en todas y cada una de las actividades propuestas para lograr resultados óptimos.

## PRESUPUESTO

ITEMS VALOR	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Copias Encuestas	80	\$ 0,05	\$ 4,00
Internet / meses	5	\$ 20,00	\$ 100,00
Libros, revistas científicas	3	\$ 20,00	\$ 60,00
Transporte	12	\$ 15,00	\$ 180,00
Alimentación	12	\$ 10,00	\$ 120,00
Computadora	1	\$ 500,00	\$ 500,00
Cámara digital	1	\$ 300,00	\$ 300,00
Material didáctico	12	\$ 1,50	\$ 18,00
Flash memory	1	\$ 15,00	\$ 15,00
Capacitación	1	\$ 100,00	\$ 100,00
Asesoría Técnica	1	\$ 150,00	\$ 150,00
Copias de la tesis	215	\$ 0,02	\$ 4,30
Impresión de la tesis	215	\$ 0,15	\$ 32,25
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 1.583,55</b>

## CRONOGRAMA VALORADO

ACTIVIDADES	MESES																															
	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Revisión del tema, planteamiento del problema, introducción		X	X																													
Revisión de Justificación y Objetivos.						X	X																									
Revisión de marco teórico y variables										X	X																					
Revisión de Operacionalización de variables y Diseño metodológico													X	X	X																	
Aplicación de encuestas, recolección de información y tabulación																X	X	X														
Revisión de tablas, análisis e interpretación de resultados																			X	X												
Revisión de conclusiones, recomendaciones y aplicación de la propuesta																							X	X								
Modificaciones de la tesis																								X	X							
Presentación final de tesis																												X				
Sustentación																																X

CAPÍTULO V  
PROPUESTA



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA

HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA”  
AREAS CLÍNICA Y CIRUGÍA

SOCIALIZACION  
PROTOCOLOS DE REGISTROS DE ENFERMERIA

RESPONSABLES:

CEDEÑO MEZA KARINA RAQUEL  
CEVALLOS CEDEÑO SANDY LILIANA

PORTOVIEJO, JUNIO DEL 2014.

## PLANIFICACION

### FORMULARIOS:

Signos vitales  
Evolución y prescripciones  
Notas de enfermería  
Censo diario  
Informes de laboratorio  
Informe diario  
Cambio de turno  
Control preoperatorio  
Balance hídrico  
Kardex

### RESPONSABLES:

Cedeño Meza Karina Raquel  
Cevallos Cedeño Sandy Liliana

### LUGAR:

Subproceso Clínica y Cirugía del Hospital Regional y Docente “Dr. Verdi Cevallos Balda”.

### HORA:

14: 00 am.

### FECHA:

30 de Mayo del 2014.

### AYUDA AUDIOVISUAL:

Diapositivas

### DIRIGIDO A:

Personal de enfermería que labora en los Subprocesos Clínica y Cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

## INTRODUCCIÓN

Los protocolos de Enfermería constituyen uno de los pilares básicos que de alguna manera determinan el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de los cuidados. Como guías de actuación son importantes porque documentan la asistencia que proporciona y debe proporcionar la enfermera; son un medio de comunicación; y, ayudan en el desarrollo de los planes de calidad.

La atención de enfermería se basa en el cuidado integral del individuo teniendo como base la dignidad, necesidades derechos y no simplemente la enfermedad. Los cambios y tendencias del cuidado han impuesto nuevos roles en la práctica profesional de la enfermera, presentándose con frecuencia dilemas y conflictos éticos que le exigen tener conocimientos de principios y valores para un mejor análisis de las situaciones y orientación adecuada del ejercicio, debiendo la enfermera hacer uso de sus conocimientos en ética y bioética para la satisfacción de las necesidades del paciente en búsqueda de su bienestar.

La intención principal de esta propuesta es la de ofrecer a todo el personal de los Subprocesos Clínica y Cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, la socialización protocolos y procedimientos de registros de enfermería para brindar atención integral de los pacientes que se encuentran hospitalizados, que les ayude a actuar frente a una situación, magnitud y la gravedad de su patología ya sea esta aguda y/o crónica, a conocer mejor su estado de salud y mantener un ambiente de calidad, confort y bienestar. Además constituyen una guía no sólo para el personal del área sino para todas aquellas personas que se integren por primera vez o que deseen saber sobre estos subprocesos.

En conclusión la calidad es el resultado de todo el proceso de atención en salud, para llegar a la consecución de esta es necesario implementar un sistema de gestión de la calidad como lo son los protocolos, que propenda por lograr el equilibrio entre las necesidades del usuario, infraestructura disponible para la atención, objetivos de la institución, satisfacción de quien provee el cuidado y del usuario.

## ANTECEDENTES

Es la convicción del departamento de enfermería de que “el cuidado que recibe el usuario, debe ser de calidad, con el fin de prevenir riesgos de infecciones cruzadas, accidentes y otras complicaciones que perjudiquen el tratamiento que recibe el usuario”.

En tal virtud ha sido una constante aspiración de los Subprocesos Clínica y Cirugía el disponer de protocolos de registros de enfermería que sirva de guía, orientación y asesoramiento sobre la manera de cómo debe realizarse su correcto llenado.

## JUSTIFICACIÓN

Los subprocesos Clínica y Cirugía cuentan con personal preparado para dar atención de óptima calidad al paciente hospitalizado, por lo que es necesario basarse en normas, protocolos, procedimientos, funciones y actividades establecidas para la atención de este tipo de pacientes.

Reconociendo la importancia de brindar atención de óptima calidad, se socializan protocolos de registros de enfermería, constituyéndose en un aporte para el mejoramiento de la atención basada en conocimientos científicos y de esta manera proteger la integridad bio-psico-social de los pacientes de éstos subprocesos.

## FILOSOFÍA

Enfermería es una profesión netamente social y humana, que proporciona atención integral, oportuna, basadas en principios científicos, técnicos y humanísticos, que contribuyen a la satisfacción de las necesidades del individuo, representando su escala de valores antes del nacimiento y después de su muerte.

La actualización de conocimientos se fomenta mediante la socialización, para garantizar los cuidados brindados al paciente y por ende mantener el prestigio institucional del hospital y del departamento de enfermería, lo que refleja su propia filosofía.

El paciente es un ser bio-psico-social, con necesidades, particulares, las cuales deben ser satisfechas a través de la atención continua y de calidad de enfermería, para lograr una pronta recuperación.

Enfermería es parte integral del equipo de salud, por lo que coordina sus actividades con los demás para dar atención del paciente, familia y comunidad.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Ofrecer al equipo de enfermería que labora en los Subprocesos Clínica y Cirugía, protocolos para la atención integral de los pacientes que se encuentran hospitalizados, mejorando la atención del cuidado directo al usuario.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conseguir que Enfermería conozca y cumpla con las actividades y tareas asignadas.

Ayudar al correcto funcionamiento y organización del servicio en base a normas, protocolos y procedimientos establecidos con el fin de mejorar el proceso de atención de enfermería.

Identificar problemas, necesidades, riesgos del paciente y familia para emprender acciones de enfermería tendientes a reducir los mismos.

Apoyar a la pronta recuperación del paciente brindando los cuidados de Enfermería necesarios.

 <p>HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" Portoviejo</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</p>	<p>Gestión de cuidados de Enfermería</p> 
<p>Vigencia: Desde</p>	<p>Edición No. 001</p>	<p>Alcance: Gestión de Cuidados de Enfermería</p>
<p>Revisado por:</p>		<p>Aprobó:</p>
<p>Protocolo: FORMULARIO DE SIGNOS VITALES</p>		<p>Procedimiento No. Pág. No.</p>
<p><b>DEFINICION:</b></p> <p>Es una herramienta de registro de los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante del pulso, temperatura, respiración y presión arterial.</p> <p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Conservar un registro secuencial de las actividades de enfermería correspondiente a la medición de las variaciones de los signos vitales, ingreso y eliminación de líquidos, mediciones y actividades de enfermería de un paciente hospitalizado o en observación.</p> <p><b>RECURSOS MATERIALES:</b></p> <p>Formulario signos vitales - 020</p> <p>Esferográficos rojo y azul</p> <p>Termómetro</p> <p>Tensiómetro</p> <p>Estetoscopio</p> <p>Reloj</p> <p><b>INSTRUCCIONES DE LLENADO:</b></p> <p>Encabezamiento:</p> <p>Iniciar el llenado en la parte superior del formulario con el nombre del establecimiento, nombre y apellido del paciente, el sexo, edad, N° de hoja y el de historia clínica.</p>		

Posteriormente se deberá anotar la fecha (día, mes y año), los días de internación y los días postquirúrgicos, este último se lo hará con esfero color rojo.

Signos vitales:

En el recuadro siguiente se registrara el pulso y la temperatura del paciente, trazando una línea de unión de los puntos del pulso con esfero color rojo y de la temperatura con color azul, en horarios de la mañana y de la tarde.

Registrar en las celdas correspondientes a la mañana y tarde los datos de la frecuencia respiratoria por minuto,

En los casilleros de la presión arterial se registrara por separado la presión

Sistólica (la más alta) y la presión diastólica (la más baja) en la mañana y tarde.

Balance hídrico:

Se registrarán los ingresos anotando el volumen (cc) de líquidos ingeridos por vía oral, suministrados por vía parenteral y la suma de ambos valores.

Del mismo modo se registrara las eliminaciones anotando el volumen (cc) eliminado de orina, drenaje y otros y la suma de los valores anteriores.

Mediciones y actividades:

Registrar en las celdas correspondientes los datos diarios de aseo/baño (AM y PM), medición de peso en kg, dieta administrada o si el paciente estuviere en NPO, números de comidas, números de deposiciones, actividad física (reposo, relativo o reposo absoluto), cambio de sonda, recanalización de vía y por ultimo escribir el nombre del responsable correspondiente al registro.

CONSIDERACIONES:

Registrar con letra y números claros y legibles los datos en los casilleros correspondientes.

Se utilizara el esfero de color rojo solo para registrar el pulso partiendo desde el valor promedio adulto (80).

El balance hídrico de ingresos como eliminaciones se los registrara en volumen (cc) diario.

 <p>HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" Portoviejo</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</p>	<p>Gestión de cuidados de Enfermería</p> 
<p>Vigencia: Desde</p>	<p>Edición No. 002</p>	<p>Alcance: Gestión de Cuidados de Enfermería</p>
<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobó:</p>	
<p>Protocolo: FORMULARIO EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES</p>	<p>Procedimiento No. Pág. No.</p>	
<p><b>DEFINICION:</b></p> <p>Es el instrumento legal que sirve para registrar de forma resumida la valoración del paciente, considerando lo que el paciente o su familia manifiesta, contiene comportamiento de los signos vitales, aspectos relevantes del examen físico.</p> <p>Valoración general y/o específica, según la patología presente, así como los resultados del plan de atención aplicando la metodología por problemas.</p> <p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Conservar un registro secuencial del progreso clínico, variaciones del tratamiento y prescripciones realizadas por el profesional responsable del paciente hospitalizado.</p> <p><b>RECURSOS MATERIALES:</b></p> <p>Formulario de evolución y prescripciones - 005</p> <p>Esferográfico de color azul</p> <p>Esferográfico de color rojo</p> <p><b>INSTRUCCIONES DE LLENADO:</b></p> <p>Encabezado:</p> <p>En la parte superior cuenta con un casillero en el que se anotaran con letra clara y legible datos de identificación como: nombre del establecimiento, el nombre y apellido de paciente, el sexo, edad, N° de hoja y N° de historia clínica.</p>		

**Evolución:**

En este segmento se escribirá la fecha, registrando el día, mes y año de la atención.

Continuamente se registrara la hora de inicio de la atención.

En el casillero de notas de evolución se debe describir el progreso del tratamiento y los nuevos datos de anamnesis, examen físico y diagnóstico.

Siempre registrar la firma del responsable al pie de cada nota.

**Prescripciones:**

En el casillero de indicaciones se registrara las prescripciones médicas, indicaciones de actividades para enfermería u otro personal de salud, farmacoterapia y procedimientos.

Registrar la firma al pie del grupo de prescripciones.

En el casillero de administración de fármacos se registrará la administración verificada de cada prescripción con la firma personal de enfermería.

**CONSIDERACIONES:**

Se utilizará el esfero de color rojo solo para registrar la administración de fármacos e insumos por parte del personal de enfermería.

 <p>HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" Portoviejo</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</p>	<p>Gestión de cuidados de Enfermería</p> 
<p>Vigencia: Desde</p>	<p>Edición No. 003</p>	<p>Alcance: Gestión de Cuidados de Enfermería</p>
<p>Revisado por:</p>		<p>Aprobó:</p>
<p>Protocolo: FORMULARIO BALANCE HÍDRICO</p>		<p>Procedimiento No. Pág. No.</p>
<p><b>DEFINICION:</b></p> <p>Es el resultado de comparar el volumen y composición tanto de los líquidos recibidos como de las perdidas, enmarcando esta comparación en un tiempo determinado (habitualmente 24 horas), lo que permite actuar sobre las diferencias encontradas y posibilita mantener el medio interno del paciente.</p> <p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Conocer la cantidad de líquidos administrados y eliminados por el paciente, en un tiempo determinado, para la valoración del equilibrio hidroelectrolítico.</p> <p><b>CONSIDERACIONES:</b></p> <p>La regulación hídrica se realiza mediante:</p> <p><b>INGRESOS:</b></p> <p>Enterales: agua, medicamentos y nutrición.</p> <p>Parenterales: medicamentos diluidos, hemoderivados y otros (alimentación parenteral)</p> <p>Agua endógena: derivada del metabolismo de los principios inmediatos (glúcidos, proteínas y grasas) y la lisis de los tejidos (peso en kg x 5)</p> <p><b>EGRESOS:</b></p> <p>Diuresis: medida en ml/kg/hs.</p> <p>Perdidas por fiebre sostenida superior a 37°C</p> <p>Perdidas concurrentes: heces, vómitos, aspiración gástrica, aspiración intestinal,</p>		

ileostomía, colostomía y drenajes hemáticos.

Perdidas insensibles producidas por piel y pulmones (peso en kg x 15).

**RECURSOS MATERIALES:**

Formulario de control de ingesta y eliminación

Esferográfico de color azul

Calculadora

Reloj

Recipiente calibrado para medir ingesta

Recipiente calibrado para medir diuresis.

**TECNICA DE EJECUCION:**

Explique al paciente y familia la razón por la cual se requiere una medición correcta de la ingesta y eliminación de líquidos.

Establezca un plan sistemático para registrar la cantidad de líquidos ingeridos en cada turno.

Realice la higiene de las manos con un jabón antiséptico o una solución hidroalcohólica.

Cuantifique la ingesta de líquidos del paciente cada 24 horas, teniendo en cuenta la cantidad de líquidos ingeridos (agua, jigo, leche, o el agua de la medicación, nutrición enteral, etc.) y los líquidos por vía venosa (transfusión, mediación o nutrición parenteral).

Cuantifique la cantidad de líquidos eliminados cada 24 horas: el total de la diuresis (ya sea espontánea o por sonda vesical, vómitos, deposiciones líquidas, drenajes, etc)

Valore el estado de la piel y mucosas, color de la orina y aparición de edemas.

Calcule el agua endógena.

Calcule las pérdidas insensibles.

Contabilice todos los líquidos ingresados.

Contabilice todos los líquidos egresados.

Realice el balance de líquidos:

Balance de líquidos = ingresos totales – egresos totales

Si el balance hídrico es positivo, aumento de los líquidos ingresados, el paciente se encuentra en estado hipervolemico.

Si por el contrario es negativo, aumento de los líquidos egresados, el paciente se encuentra en estado hipovolémico.

En el balance hídrico donde los líquidos ingresados son iguales a las pérdidas, el paciente se encuentra en estado euvolemico.

Enseñe al paciente y cuidador como contabilizar los líquidos que ingiere por boca y la diuresis.

Registre fecha y hora de comienzo y finalización del control.

 <p>HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" Portoviejo</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</p>	<p>Gestión de cuidados de Enfermería</p> 
<p>Vigencia: Desde</p>	<p>Edición No. 004</p>	<p>Alcance: Gestión de Cuidados de Enfermería</p>
<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobó:</p>	
<p>Protocolo: NOTAS DE ENFERMERÍA</p>	<p>Procedimiento No. Pág. No.</p>	
<p><b>DEFINICIÓN:</b></p> <p>Es el registro escrito de las actividades del cuidado de Enfermería en el Expediente Clínico.</p> <p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Consignar los datos respecto al paciente en forma real, completa, secuencial, legible y oportuna para facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud garantizando la continuidad del Cuidado de Enfermería.</p> <p><b>RECURSOS:</b></p> <p>Formulario de evolución y prescripciones-005 Esferográfico de color azul Esferográfico de color rojo</p> <p><b>INFORMACIÓN A REGISTRAR:</b></p> <p>Medidas terapéuticas aplicadas por los diferentes miembros del equipo de salud. Medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de enfermería. Medidas terapéuticas realizadas por la enfermera que no fueron ordenadas por el médico. Conductas del paciente y otras observaciones en relación con el estado de salud. Respuestas específicas del paciente a la medicación y otros cuidados.</p> <p><b>PASOS A SEGUIR:</b></p> <p>Llenar el encabezamiento de la hoja del registro específico con los datos de identificación. Identificar el turno para iniciar las anotaciones en el siguiente orden: Fecha Hora Identificar necesidades (Valoración del estado de salud, parámetros). Anotaciones específicas para cada tratamiento o actividad.</p>		

Reacciones presentadas por el enfermo: anotar el sitio, duración, tipo, intensidad, hora de aparición, tratamiento utilizado para aliviarlo y sus efectos.

Anotar observaciones sobre signos y síntomas objetivos y detalles específicos en caso de dolor, prurito o sensación de quemadura.

Registrar síntomas con las palabras del paciente, en caso de inflamación anotar edema o hipertrofia o cualquier señal de crecimiento anormal o lesiones en los tejidos.

Coloración de la piel y mucosas.

En caso de secreciones y exudados: determine tipo, cantidad, características y procedencia, drenajes: color, olor, consistencia, cuantificar. (Pus, sangre, serosidad, mucosidad, otros.)

En casos de síntomas mentales: Describir estado de conciencia, delirio, ansiedad, depresión, temor, inestabilidad de ánimo, cualquier signo de desorientación.

Describir todo tipo de tratamientos respiratorios, piel, farmacológicos u otros.

Escribir efectos terapéuticos, reacciones físicas o psicológicas.

Firmar con nombre y apellidos completos al margen derecho.

#### CONSIDERACIONES:

Precisa (concisa, breve), evitar las vaguedades, algunas palabras como "paciente" pueden eliminarse pues es evidente que lo registrado pertenece al enfermo y a nadie más, igualmente el nombre, sexo, edad. (Tratado de Enfermería Práctica. B.W. DuGas )

Concreta y real.

Clara.

Evitar el uso de símbolos químicos.

Utilizar solo abreviaturas aceptadas.

En lo posible nombre genérico de medicamentos.

Interrogación cuando hay dudas.

En caso de error no borrar ni tachar. Colocar lo escrito entre paréntesis y arriba de lo escrito la palabra error.

No dar opiniones. Evitando utilizar palabras como regular, bien, igual, por su valor subjetivo; aclarar el significado que se quiere expresar al anotar estos términos. Utilizar el color azul en turno diurno y rojo en los turnos nocturnos.

Todas las anotaciones deben ser con letra legible, para evitar interpretaciones, errores, palabras mal escritas distorsionan la comunicación.

Ser exactos sobre lo que se informe. Recuerde que la historia clínica es un documento legal.

Utilizar los colores adecuados según la hora de anotación azul (7am-7pm); rojo (7pm-7am).

No dejar espacios en blanco. Trazar una línea en los espacios al terminar una nota.

Al escribir notas textuales del paciente, encierre entre comillas

Utilizar correctamente los términos científicos.

No anotar un procedimiento antes de realizarlo

 <p>HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” Portoviejo</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</p>	<p>Gestión de cuidados de Enfermería</p> 
<p>Vigencia: Desde</p>	<p>Edición No. 005</p>	<p>Alcance: Gestión de Cuidados de Enfermería</p>
<p>Revisado por:</p>		<p>Aprobó:</p>
<p>Protocolo:  <b>CENSO DIARIO</b></p>		<p>Procedimiento No. Pág. No.</p>
<p><b>DEFINICION:</b></p> <p>Es un instrumento que sirve para registrar diariamente el movimiento de pacientes y de camas disponibles ocurridos en cada sala de hospitalización.</p> <p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Adquirir el resumen diario de las actividades de hospitalización.</p> <p><b>RECURSOS MATERIALES:</b></p> <p>Formulario de censo diario 555</p> <p>Esferográfico de color azul</p> <p><b>INSTRUCCIONES DE LLENADO:</b></p> <p><b>Encabezado:</b></p> <p>Iniciar el llenado en la parte superior del formulario con el nombre del Servicio, N° de sala, la fecha a la que corresponde el censo indicando día, mes y año.</p> <p>En el recuadro de los ingresos se deberá registrar en las celdas correspondientes el número de cama, el número de historia clínica con los apellidos nombres del paciente y al final la suma del total de ingresos.</p> <p>En las transferencias de otras especialidades se anotaran los ingresos indicando N° de cama, N° de historia clínica con los apellidos y nombres del paciente y la sumatoria total.</p> <p>De la misma forma en el recuadro de los egresos se deberá registrar en las celdas que corresponden el número de cama, el número de historia clínica con los apellidos y nombres del paciente y al final la suma del total de altas.</p>		

En las transferencias a otras especialidades se anotaran los egresos indicando N° de cama, N° de historia clínica con los apellidos y nombres del paciente y la sumatoria total.

Se anotaran las defunciones en el recuadro correspondiente con el N° de cama, N° de historia clínica, los apellidos y nombres del fallecido separados por horas de internación en las celdas señaladas (-48y+48horas), y la sumatoria total de defunciones.

Resumen del día:

En los siguientes casilleros se transferirán los datos de las sumas totales de los recuadros antes mencionados:

Existencia de paciente a las "0" horas (casillero 1), es el dato del censo de la columna 15 del día anterior.

Ingresos: suma total de ingresos (casillero 2) y suma total de transferencias a otras especialidades (casillero 3), total de datos de casilleros 2 y 3 (casillero 4).

Egresos: suma total de altas (casillero 5), suma total de transferencias a otras especialidades (casillero 6), suma total de defunciones (-48 H casillero 7) y (+ 48H casillero 8), total de datos de casilleros 5+6+7+8 (casillero 9)

Total días pacientes: sumatoria de los casilleros 1+4-6 (casillero 10).

Resumen de camas: ocupadas (casillero 11), desocupadas (casillero 12), dañadas y/o contaminadas (casillero 13) y total de camas disponibles a las 24 horas 11+12+13 (casillero 14).

Total pacientes a las 24 horas: suma de los casilleros 1+4-9 (casillero 15).

#### CONSIDERACIONES:

Para obtenerlos datos necesarios se tiene que realizar el Censo Diario de pacientes de cada una de las salas de internación del establecimiento y estar seguro de la exactitud del mismo.

La información es de total responsabilidad del Servicio de Enfermería, es imprescindible que la persona en cargada (enfermera de turno) obtenga los datos y que recorra la sala cama por cama todos los días.

Cuando no hay movimiento en las salas, es decir no hay ingresos, egresos, transferencias ni defunciones, también se debe llenar el censo diario.

El día censal se considera igual al día calendario, abarca el periodo comprendido entre las 0 y las 24 horas.

Se debe transferir la columna "15" a la columna "1" del censo del siguiente día.

El Censo Diario se entregara en el departamento de estadística antes de las 8h00, incluidos sábados, domingos y días feriados.

 <p>HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” Portoviejo</p>	<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b></p>	<p>Gestión de cuidados de Enfermería</p> 
<p>Vigencia: Desde</p>	<p>Edición No. 007</p>	<p>Alcance: Gestión de Cuidados de Enfermería</p>
<p>Revisado por:</p>		<p>Aprobó:</p>
<p>Protocolo: <b>CONTROL PREOPERATORIO</b></p>		<p>Procedimiento No. Pág. No.</p>
<p><b>DEFINICION:</b></p> <p>Conjunto de normas y acciones cuyo propósito es llevar al paciente en óptimas condiciones al perioperatorio (durante la operación),</p> <p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Conocer las actividades que requiere la preparación del paciente, para afrontar la intervención quirúrgica en las mejores condiciones posibles y minimizar el riesgo de complicaciones postoperatorias.</p> <p><b>RECURSOS MATERIALES:</b></p> <p>Formulario del control preoperatorio. Esferográfico azul. Estetoscopio, tensiómetro, termómetro, reloj con segundero. Maquina rasuradora. Balanza.</p> <p><b>DESCRIPCIÓN DEL LLENADO:</b></p> <p>Se inicia anotando el nombre y apellido del paciente, nombre del subproceso, intervención quirúrgica a realizarse, fecha y hora. Se realizara la entrevista con el paciente para proporcionar le información necesaria acerca de su intervención quirúrgica. Se debe revisar que la historia clínica del paciente se encuentre completa (hoja de control preoperatorio, consentimiento informado, exámenes de laboratorio, signos vitales, etc.) Se le hará firmar al paciente y familiar cuidador la autorización para la cirugía. Verificar que se haya realizado el EKG y el chequeo cardiovascular al paciente, Confirmar que se encuentren los resultados de los exámenes de laboratorio y</p>		

radiografías de control.

Revisar que se haya realizado la prueba de VIH.

Anotar el grupo sanguíneo del paciente.

Comprobar si el paciente amerita sangre total, plasma y otros.

Se debe pesar al paciente antes de la intervención y registrar su peso en kg.

Se le indicara al paciente que se realice el baño si está en condiciones de hacerlo, caso contrario el personal auxiliar de enfermería debe realizarlo.

Se indagara si el paciente es alérgico a algún medicamento, sustancia u otros.

Se registrara si se ha realizado la valoración preanestésica de rutina.

Se debe tomar los signos vitales antes de la intervención (PA, T°, P, R) y registrarlos en el formulario.

Se preparara el campo operatorio realizando el rasurado de la región corporal a ser intervenida con su respectiva técnica, si esta lo amerita o según criterio médico.

Se verificara que las uñas del paciente estén cortas y sin esmalte.

Comprobar exhaustivamente que el paciente se haya retirado las joyas y prótesis.

Indicarle a la paciente en caso de ser mujer que debe de estar sin maquillaje.

Se le proporcionara al paciente ropa de sala de operaciones justo antes de acudir a quirófano.

Se debe indicar al paciente con anticipación que debe estar en ayunas el día de la intervención dependiendo el tipo de la cirugía.

Según indicación médica se le dirá al paciente la necesidad de estar con la vejiga vacía.

Se registrara el tipo de sondas colocadas si existiere.

En cada actividad se colocara el responsable de la preparación realizada, en la cual se registrara la inicial del primer nombre y el apellido completo con su respectiva función y la indicación especial dada por el médico.

Además se registrara otras indicaciones del médico cirujano que no estén antes mencionadas (colocación de enema).

Se anotaran los materiales y medicamentos que el paciente debe llevara quirófano para su intervención.

Por último el responsable de enviar el paciente a quirófano deberá firmar el formulario.

**CONSIDERACIONES:**

Se deberá registrar con letra clara y legible.

Es importante que todo lo descrito se cumpla con veracidad ya que un dato ficticio podría ocasionar serias complicaciones.

 <p>HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” Portoviejo</p>	<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b></p>	<p>Gestión de cuidados de Enfermería</p> 
<p>Vigencia: Desde</p>	<p>Edición No. 003</p>	<p>Alcance: Gestión de Cuidados de Enfermería</p>
<p>Revisado por:</p>		<p>Aprobó:</p>
<p>Protocolo:  <b>KARDEX</b></p>		<p>Procedimiento No. Pág. No.</p>
<p><b>DEFINICIÓN:</b></p> <p>Es un formulario de la historia clínica única diseñado por el Ministerio de Salud Pública que sirve para controlar y registrar las prescripciones médicas.</p> <p><b>OBJETIVOS:</b></p> <p>Mantener de manera secuencial y ordenada el registro de la medicación administrada.</p> <p><b>PASOS A SEGUIR:</b></p> <p>En la parte superior cuenta con un casillero en el que se anotarán con letra clara y legible datos de identificación como: Nombre del establecimiento, Nombres y apellidos del paciente, Sexo, Número de hoja correspondiente considerándose el numeral de manera secuencial ascendente y número de Historia clínica.</p> <p><b>MEDICAMENTO: PRESENTACIÓN, VÍA, DOSIS, FRECUENCIA</b></p> <p>Cada casillero será, utilizado para un medicamento; considerando las indicaciones médicas diarias. Se registrará siguiendo el orden correspondiente.</p> <p>Soluciones parenterales  Medicamentos intravenosos  Medicamentos intramusculares  Medicamentos subcutáneos  Medicamentos intradérmicos  Medicamentos orales</p> <p>Y otras vías como: oftálmicas, ópticas, inhalatorias, dérmicas, vaginales y rectales.</p> <p>Cuando el usuario no tenga indicaciones de soluciones parenterales se iniciará desde el primer casillero siguiendo el orden antes mencionado.</p> <p>En casos de reingreso se revisará el formulario de Kardex del Ingreso anterior, y si hay disponibilidad de casilleros de fecha, se actualizará esta y se continuará el registro de medicamentos en el mismo formulario.</p> <p><b>AMINISTRACIÓN: DÍA, MES Y AÑO</b></p> <p>En este casillero se anotará la fecha indicando día, mes y año, utilizando números ordinales (no romanos). Ej. 11-07-13.</p>		

En el casillero hora, se colocará el horario en que se administrará la medicación prescrita, haciendo uso del horario establecido y respetando la hora de medicación administrada anteriormente.

En el casillero correspondiente a inicial, se anotaràn las iniciales del nombre y apellido de la persona que administra la medicación, utilizando letra imprenta y con mayúscula.

En el casillero correspondiente a función, se anotaràn con letra imprenta y con mayúscula las iniciales de la función que desempeña la persona que administra la medicación. Ej: Lic. Licenciada. I/E Interna de Enfermería. E/E Estudiante de Enfermería; y, A/E Auxiliar de Enfermería.

#### CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

La Enfermera o el Enfermero Líder del subproceso será responsable directo del llenado correcto del kardex y cumplimiento del mismo.

En ausencia del o la líder será responsabilidad del personal de enfermería de turno respetándose la jerarquía.

La transcripción médica se hará utilizando esferográfico de tinta azul durante las 24 horas del día.

Cuando un medicamento no se administra por cualquier motivo, se encerrará en un círculo la hora correspondiente y chequeará iniciales de nombre, apellido y función que desempeña; administrándose la medicación cuando disponga del mismo estructurándose el nuevo horario.

Cuando ha sido cambiada la dosis y vía de los medicamentos, se utilizará un nuevo casillero.

Cuando un medicamento deja de ser prescrito, se colocará en el casillero de horas, las letras DC con esferográfico de tinta rojo.

En la administración de medicamentos se debe tomar en cuenta la condición del usuario, la farmacología, y la disponibilidad del medicamento.

La frecuencia de horario se hará tomando en cuenta la primera dosis de administración de medicamentos.

Las siglas BID, TID, QUID; se consideran para administración de medicamento durante el día de actividad del usuario, respetando las horas de sueño.

En las soluciones parenterales se registrará las horas de frecuencia de administración, considerando el goteo indicado.

14 gotas = 1000 c.c. cada 24 horas

28 gotas = 1000 c.c. cada 12 horas

42 gotas = 1000 c.c. cada 8 horas

56 gotas = 1000 c.c. cada 6 horas

En indicaciones de goteos diferentes a las anteriores, el personal de enfermería calculará el tiempo de la infusión para registrar el horario de la administración.

Las soluciones parenterales serán rotuladas en adhesivos; previa su administración, anotando los siguientes datos: Nombres y apellidos del usuario, Nombre del subproceso, No. de Cama, Indicación terapéutica prescrita, vía y dosis, fecha, hora, inicial del nombre y primer apellido de la persona que administra la medicación e iniciales de la función que desempeña.

En indicaciones de Medicamentos PRN, se colocará un punto en el casillero hora, y se especificará la misma en el momento de administrarse, respetando la frecuencia de acuerdo a la prescripción médica.

El formulario de kardex siempre conservará su integridad como un formulario específico de la historia clínica única.

## BIBLIOGRAFÍA

- Almeida de Jara, Elisa et Als (2005) Manual de la enfermería: Enfermería Básica. Edición MMV. Móstoles – Madrid. ESPAÑA. Pág. 46
- Beare-Myers. (2005) El Tratado de Enfermería Mosby. 1ª. Edic. Edit. Mosby Doyna Libros. Colombia – Santa Fe de Bogotá
- Bernocchi, D. (2010) Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, 2da. Edición. Editorial Mc Graw Hill. México.
- Castro, J. (2011) "Consecuencias jurídico-penales y patrimoniales de la mal praxis en el ejercicio profesional de la enfermería". Medicina legal de Costa Rica. 10(1):27-31. Nov. 92. Disponible URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=580742&indexSearch=ID> [Citado el 28 de octubre 2011]
- Código de Ética Médica del Ecuador (2013) Formulario Consentimiento informado. Art. 15 y Art. 16.
- Congreso Nacional del Ecuador (2006) Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Arts. 11 y 27
- Consejo Nacional de Salud (2008) Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Arts. 76, 77, 78, y 79.
- Cortès G. et Al (2009) “Guía para elaborar Proceso, Registro, Protocolo y Cuidado de Enfermería” 3ra Edición Disponible URL:[http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1\\_7.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_7.pdf). [Citado el 23 de agosto 2009]. Pag 15-18.
- Domic E. (2004) The importance of nursing records. Medwave. May;4(4):e2793 doi: 10.5867/medwave.

- García García, M.A., y cols. (2005) Principios de ética y legislación quirúrgica. 1ª. Edic. Edit. DAE. Valencia.
- García Ramírez, Silvia, et als. (2007) Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Investigación, nº 28, Mayo-Junio. Pag. 2-6
- GlenoraErb André, Bárbara, y cols. (2005) Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y prácticas. 7ª. Edición. Vol I. Editorial: McGraw – Hill – Interamericano. España.
- Hernanz, G. (2004) Estudio sobre la cumplimentación de los Registros de Enfermería. Medicina Interna. Hospital Universitario Gregorio Marañón.
- Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo (2013) Manuales de Actividades de los subprocesos Cirugía y Clínica.
- Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo (2013). Planificaciòn Estratègica 2013. Dpto. Estadística.
- Lefevre, Rosalinda, et als (2002) Aplicación del proceso de enfermería. 4ª Ed. Ed Interamericana. McGraw-Hill. Guía paso a paso. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm>
- Martínez Ques, A.A. (2004) Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. Revista Gallega de Actualidad Sanitaria. Marzo. Vol. 3. Pags. 54-59.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013) Normas y protocolos de atención de enfermería. Normas del Formulario No. 020-Signos Vitales; 005-Evoluciòn y prescripciones; 000-Control preoperatorio; 000-Balance Hídrico; 555-censo diario.
- Ortega V. María C., y cols. (2009) Manual de evaluación de la calidad del servicio en enfermería. 2ª. Edic. Edit. Médica Panamericana. Pag. 1
- Pecho M, (2001) Proyecto de Auditoría en Enfermería. Hospital III José Cayetano Heredia. Es Salud – Piura. [Consultado Septiembre 28,2009].

- Prietas de Romano Gloria, y otros. (2007) Notas de enfermería; tribunal nacional ético de enfermería (01/05/2007). Disponible URL: [http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=68&Itemid=62](http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=68&Itemid=62) [consultado 3 de agosto 2011]
- Real Academia Española. (2007) Diccionario de la lengua española 22ª Ed [Sistema en Línea. Recuperado en Internet]. Madrid: Real Academia Española, [24 jun 2004; 3 dic 2007]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
- Rodríguez Salvá, Armando, et als (2010) Inventario del clima organizacional como una herramienta necesaria para evaluar la calidad del trabajo. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Versión On-line. V.48 N.2 Ciudad de la Habana Mayo-Ago. Pág. 1
- Sánchez S, y otros. (2002) Calidad de las anotaciones de enfermería del profesional de enfermería en el servicio de Neonatología del Hospital Regional José Cayetano Heredia, [Tesis Licenciatura en enfermería]. Universidad Nacional de Piura. Pag.15-18.
- Urquiza, R. (2004) Conceptos de Calidad en Salud. Evid. Actual. Práct. Ambul. Pags. 152-155
- Wanden-Berghel, C. et Als. (2008) Información en Nutrición Domiciliaria: la importancia de los registros. Nutr. Hosp. v.23 n.3 Madrid mayo-jun.

## ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDAENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS  
CIRUGÍA Y CLÍNICA

SRAS/TAS. ENFERMERAS: Con el objeto de determinar los datos sociodemográficos del personal de enfermería que labora en los Subprocesos Clínica y Cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, le solicitamos a Ud. contestar la siguiente encuesta. Los resultados serán tomados en cuenta solamente para nuestro trabajo investigativo.

## CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

Edad

<20 años  21-30  31-40  41-50  >50 

Sexo

Masculino  Femenino 

Nivel de educación

Primaria  Secundaria  Superior 

## FACTORES LABORALES

Categoría del puesto

Enf. Auxiliar.  Enf. General.  Enf. Especialista. 

Antigüedad del puesto

0-5 años.  6-10 años.  11-15 años.  17-20 años.  Más de 21 años. 

Satisfacción por el servicio

Nada  Poco  Mucho 

Estado emocional

Apatía.  Tristeza.  Alegría.  Estrés.  Enojo.  Frustración. 

Conocimientos sobre protocolos y normas de los registros de enfermería

Nada  Poco  Mucho 

Flujo de pacientes por asignación

De 1-3.  De 4-6.  Más de 6 

Gracias



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No. de profesionales y no profesionales que trabajan por turno/área

SERVICIO	Profesionales			No profesionales		
	M	T	N	M	T	N
	Cirugía ♀	<input type="checkbox"/>				
Cirugía ♂	<input type="checkbox"/>					
Clínica ♀	<input type="checkbox"/>					
Clínica ♂	<input type="checkbox"/>					

No de camas por subprocesos

SERVICIO	
Cirugía ♀	<input type="checkbox"/>
Cirugía ♂	<input type="checkbox"/>
Clínica ♀	<input type="checkbox"/>
Clínica ♂	<input type="checkbox"/>

Promedio de estadía de pacientes

Días	Cirugía	Clínica
2-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tiempo de llenado del registro

5min.       10min.       15min

Signos vitales

Formulario No. 020: Balance hídrico

Datos de identificación del paciente	<input type="checkbox"/>	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>			
Parámetros: P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>						
Llenado por turno	Correcto		Incorrecto			
	M	T	N	M	T	N
Ingresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eliminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medición y actividades	No. Parámetros chequeados:			M	T	N
	1-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	4-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	7-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Formulario 005: Hoja de registros de evolución y prescripciones médicas y de enfermería.

Uso de normas	Correcto	Incorrecto
Color de esferográfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presencia de enmendadura o tachòn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEMS		
Datos de identificaciòn del servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informe de enfermeria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha y hora del informe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clara y legible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminologia adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datos concisos y puntuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Firma y sello de responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registro de insumos utilizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de esferográfico indicado azul-rojo-verde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presencia de nmendadura o tachones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario No. 22: Kardex

Detalle	Correcto	Incorrecto
Datos de identificaciòn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chequeo de Med. Administrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de los 5 correctos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de abreviaturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuencia de horarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chequeo de Medicamentos no administrados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chequeo de Medicaciòn discontinuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de esferográfico indicado azul-rojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presencia de enmendadura o tachòn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario 024: Consentimiento informado

Cumplimiento del llenado	Siempre	A veces	Nunca
Cirurgia ♀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia ♂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clínica ♀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clínica ♂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario Control Preoperatorio

Datos de identificaciòn del paciente	Correcto	Incorrecto
No. Parámetros chequeados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-7		<input type="checkbox"/>
8--16		<input type="checkbox"/>
17-23		<input type="checkbox"/>
24 y +		<input type="checkbox"/>





**HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"**  
PORTOVIEJO - MANABI

MINISTERIO de Salud Pública

SEDE: (H-4) Nº: (H-4) Nº HISTORIA CLINICA

EMBELECNOS NOMBRE APELLIDO

**1 MEDICAMENTO**  
PRESENTACIÓN, VIA, DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA

**2 ADMINISTRACIÓN**  
DÍA Y MES

IMPRESIONALES DEL RESPONSABLE Y FIRMA ADECUADA DE LA FARMACIA

	DÍA Y MES											
	HORA	INI	FIN	HORA	INI	FIN	HORA	INI	FIN	HORA	INI	FIN
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

SMS-MSP / HCU Form. 022 / 2010

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS (1)

FORMULARIO No. 022 – KARDEX

**HOSPITAL PROVINCIAL Y DOCENTE "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"**  
PORTOVIEJO

**GESTIÓN DE ENFERMERÍA**  
CONTROL PREOPERATORIO

Nombre y Apellidos de usuario ..... Subproceso .....

Intervención Quirúrgica ..... Fecha ..... Hora .....

PREPARACIÓN	SI/NO	RESPONSABLE	INDICACIONES ESPECIALES/MEDENP
Entrevista con el usuario			
Historia clínica completa			
Autorización para cirugía			
EKG, y chequeo cardiovascular			
Exámenes de laboratorio			
Radiografías de control			
Prueba de VIH			
Grupo sanguíneo			
Sangre total, plasma, otras			
Peso			
Baño			
Refiere ser alérgico a:			
Valoración pre-anestésica			
Signos vitales: PA: ..... T: ..... R: .....			
Preparación de campo operatorio			
Uñas cortas y sin esmalte			
Retiro de joyas y prótesis			
Sin maquillaje			
Ropa de sala de operaciones			
En ayunas			
Vejea vacía			
Tipo de sondas colocadas			
Otros			

MATERIALES Y MEDICAMENTOS

RESPONSABLE DE ENVIAR USUARIO A QUIRÓFANO ..... HORA .....

FORMULARIO No. 000 CONTROL PREOPERATORIO

**HOSPITAL "DR. VERDI CEBALLOS BALDA" PORTOVIJEJO**

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COG. UO	COG. LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COG. UO	COG. LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
<b>1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO</b>				
PROPOSITOS		TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS		
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS		
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		FIRMA		
<b>2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</b>				
PROPOSITOS		INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS		
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS		
NOMBRE DEL CIRUJANO		FIRMA		
<b>3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA</b>				
PROPOSITOS		ANESTESIA PROPUESTA		
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS		
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO		FIRMA		
<b>4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE</b>				
<p>A. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO SUFICIENTEMENTE ADECUADA DE LOS OBJETOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO/INTERVENCIÓN PARA MI ENFERMEDAD.</p> <p>B. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE QUE SE REALIZARÁ DURANTE EL TRATAMIENTO/INTERVENCIÓN.</p> <p>C. CONCORDO A QUE SE REALICEN LOS EXÁMENES/ANÁLISIS/PRUEBAS/ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS NECESARIOS PARA MI TRATAMIENTO.</p> <p>D. CONCORDO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA.</p> <p>E. HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS OFERTADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO SOY RESPONSABLE DE LOS RESULTADOS.</p> <p>F. HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO.</p> <p>G. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DEL TRATAMIENTO A MI DISPOSICIÓN, A LOS COSTOS ECONÓMICOS Y A LA CONFORMACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL (EN SU CASO DE APLICAR).</p> <p>H. HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE PUEDO CONSIDERAR NECESARIO.</p> <p>I. DECLARO QUE HE ENTENDIDO EL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIDAD SOBRE LOS BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA INTERVENCIÓN/PROCEDIMIENTO QUE ME OFERTARÁ, ASÍ COMO LOS RESULTADOS QUE SON POSIBLES O CONFORMACIÓN DE LOS RIESGOS DE LAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO/INTERVENCIÓN QUE ME OFERTARÁ.</p>				<p>PROFESIONAL TRATANTE</p> <p>FIRMA</p>
<b>5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>				
<p>DECLARO QUE HE ENTENDIDO EL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIDAD SOBRE LOS BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA INTERVENCIÓN/PROCEDIMIENTO QUE ME OFERTARÁ, ASÍ COMO LOS RESULTADOS QUE SON POSIBLES O CONFORMACIÓN DE LOS RIESGOS DE LAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO/INTERVENCIÓN QUE ME OFERTARÁ.</p>				

FORMULARIO No. 024 –  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COG. UO	COG. LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COG. UO	COG. LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
<b>1 AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO</b>				
AUTORIZO AL PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS OPERACIONES/INTERVENCIÓNES, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS CUYOS PROPOSITOS Y RIESGOS PARA MI, TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD.				
NOMBRE DEL PACIENTE				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Y TÍTULO				
<b>2 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO</b>				
DECLARO QUE ALGUN PROFESIONAL O FUNCIONARIO DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA REALIZADO PROCEDIMIENTOS PARA PROVOCAR ESTE ABORTO Y QUE HE SIDO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA MI ENFERMEDAD.				
NOMBRE DEL PACIENTE				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Y TÍTULO				
<b>3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA</b>				
DECLARO QUE HE RETIRO VOLUNTARIAMENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y CONCIERTO AL PROFESIONAL TRATANTE Y AL PERSONAL ADMINISTRATIVO POR LOS RIESGOS A LA SALUD QUE SE ME HA AGENTADO CLARAMENTE.				
NOMBRE DEL PACIENTE				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Y TÍTULO				
<b>4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA</b>				
DECLARO QUE HE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN RESPONSABILIDAD INDEBIDAMENTE CERTIFICADA, CON LA AUTORIZACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE.				
DECLARO QUE HE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN RESPONSABILIDAD Y SIN LA AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE DE SERO O PARTIRSE DE LAS CONSECUENCIAS DE ESTE ACTO DE RETIRO Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LAS CONSECUENCIAS QUE PUEDAN OCURRIR.				
NOMBRE DEL PACIENTE				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Y TÍTULO				
<b>5 AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE</b>				
DECLARO QUE HE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN RESPONSABILIDAD INDEBIDAMENTE CERTIFICADA, CON LA AUTORIZACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE.				
DECLARO QUE HE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN RESPONSABILIDAD INDEBIDAMENTE CERTIFICADA, CON LA AUTORIZACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE.				
AUTORIZO PARA QUE, UNA VEZ TRANSCURRIDAS 48 HORAS DE MI MUERTE CENSOAL, MIS ÓRGANOS SEAN EXTRAÍDOS PARA TRASPLANTE.				
ORGANOS EXTRAÍDOS				
NOMBRE DE LOS RECEPTORES				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL				
NOMBRE DEL TITULO				
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE				
<b>6 AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA</b>				
AUTORIZO AL MÉDICO AUTORIZADO DE ESTE HOSPITAL PARA QUE REALICE LA NECROPSIA AL CUERPO DEL PACIENTE.				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL				
NOMBRE DEL TITULO				
NOMBRE DEL MÉDICO				



## ANEXO No. 4: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

### APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS AL PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CLÍNICA Y CIRUGÍA

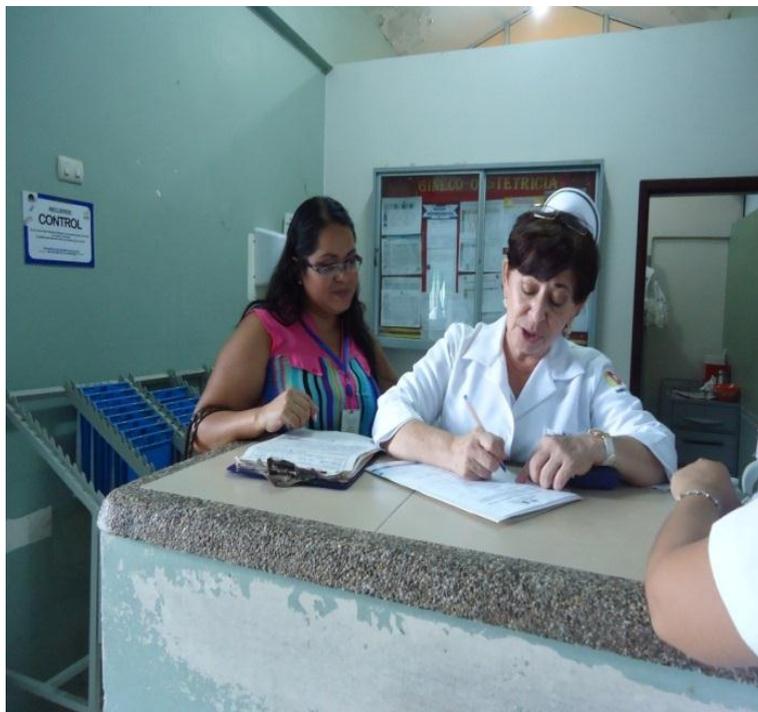


Foto No. 1.- Aplicación de las Encuestas al Personal Profesional de Enfermería del Subproceso Cirugía Mujeres



Foto No. 2.- Aplicación de las Encuestas al Personal no Profesional de Enfermería del Subproceso Cirugía Mujeres.



Foto No.3.- Aplicación de las Encuestas al Personal de Enfermería del Subproceso Clínica de Mujeres y Varones .



Foto No. 4.- Aplicación de las Encuestas al Personal de Enfermería del Subproceso Clínica Mujeres y Varones.

APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS AL PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBPROCESOS CLÍNICA Y CIRUGÍA



Foto No. 5.- Aplicación de encuestas al personal Profesional del Subproceso Cirugía de Varones.



Foto No. 6.- Aplicación de encuestas al personal Profesional del Subproceso Cirugía de Varones.

SOCIALIZACIÓN DE NORMAS Y PROTOCOLOS DE REGISTROS DE ENFERMERÍA  
AL PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DE LOS SUBPROCESOS  
CLÍNICA Y CIRUGÍA



Foto No. 7.- Intervención de la Egresada Sra. Sandy Cevallos, durante la socialización de los protocolos.



Foto No. 8.- Intervención de la Egresada Sra. Karina Alava, durante la socialización de los protocolos.

SOCIALIZACIÓN DE NORMAS Y PROTOCOLOS DE REGISTROS DE ENFERMERÍA  
AL PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DE LOS SUBPROCESOS  
CLÍNICA Y CIRUGÍA



Foto No. 9.- Intervención de la Lcda. Jacqueline Gorozabel, en la socialización de protocolo.



Foto No. 10.- Clausura de la Socialización a cargo de la Lcda. Jacqueline Gorozabel.

## CERTIFICACION



### **CERTIFICACION:**

*Quien suscribe, Directora (E) del Hospital Provincial "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, a petición de parte interesada, Certifica:*

*Que, las Señoritas **CEDEÑO MEZA KARINA** y **CEVALLOS CEDEÑO SANDY LILIANA**, egresadas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Técnica de Manabí, aplicaron la guía de observación y encuesta de los registros de enfermería en los subprocesos de Medicina Interna y Cirugía de esta casa de Salud, los días miércoles 4 y jueves 5 de junio de 2014.*

*Es todo cuanto puedo certificar.*

*Portoviejo, junio 13 del 2014*



*Dra. Maribel del Rocío Barriga Lara*

**DIRECTORA (E) DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"**

Certificación otorgada por la Dra. Maribel Barriga Lara, Directora (E) del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

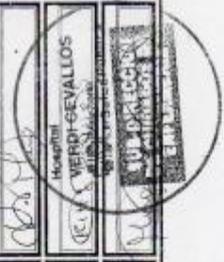
ASISTENCIA A LA SOCIALIZACION DE PROTOCOLOS DE REGISTROS DE ENFERMERIA



REUNIÓN: Capacitación Sobre Normas y Protocolos de los Registros de Enfermería  
 FECHA: 26.03.2014  
 ASUNTO: Sitio Sardi Cevallos Cedeño y Sitio Karina Padino Pezo

LIDER: Sada Paqueline Gonzalez

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO	SERVICIO/CARGO	TELEFONO	DIRECCIÓN ELECTRONICA	FIRMA
Susana Dalgado Zucena	Matrícula UC	0990145001	sdal@es.sds.gov.ec	Susana Dalgado
Victoria Villacreses Pae	Neonatólogo/a	0994796050		Victoria Villacreses
Marlene Alvarez Montalvo	UCIP / la.	0992246908		Marlene Alvarez
Beatriz Alicia Padilla	UCIP / la.	09941993		Beatriz Alicia
Beatriz Rodríguez Montalvo	Periódico	0994976669	peridome@es.sds.gov.ec	Beatriz Rodríguez
Shirley García Quiroz	Control Inspección	0980700913	shirley03@hotmail.com	Shirley García
Leticia Calderon Campes	UCIP	0997970018	leticia1004@hotmail.com	Leticia Calderon
Gerardo Saldívar Campes	UCIP	0988990883	gsal@es.sds.gov.ec	Gerardo Saldívar
Vanessa Ferrnacion Vaca	Unidad de Horarios	0998925669		Vanessa Ferrnacion
Vanessa Mora Quijve	UCIP		vanessamora@hotmail.com	Vanessa Mora
Kenny Quijve Santiana	UCIP	0997189075	Kenny5m2011@hotmail.com	Kenny Quijve
Hongorita Puentes Segura	UCIP	0987675188	mpuentes7@hotmail.com	Hongorita Puentes





Ministerio de Salud Pública



Hospital VENCEDOR CEVALLOS  
Subsector de Salud Pública



ecuador

REUNIÓN: Capacitación sobre Normas y Procedimientos de Registros de Enfermería

FECHA: 28-03-2014

LIDER:

ASUNTO:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO	SERVICIO/CARGO	TELEFONO	DIRECCIÓN ELECTRONICA	FIRMA
Maria Guisela Jarama	Aux de Enfermería	0952604	cucukita@libertad.com	Maria Guisela
Alicia Bravo Bravo	Enfermera	098005988	angelita-bravo@bolton.com	Alicia Bravo
Kathy Garcia Franco	Licenciada / clinica	0959196550		Kathy Garcia
Lina Rios Chiquito	Aspirante de Enfermería	0986340261		Lina Rios
Luz Lucia Pineda Galan	Enfermera	0986007168	luzlucia@hotmail.com	Luz Lucia
Dr. Grillo Alejandro Chile Torres	Enfermera / Emergencia	0939270140	grilloluchile@hotmail.com	Dr. Grillo
Dr. Diego Paez Lopez Arba	Enfermera / Emergencia	0996728292	diego_paez@hotmail.com	Dr. Diego
Dr. Cristian David Rivas de Zambrano	Enfermera / Emergencia	0992948004	crisidite222@hotmail.com	Dr. Cristian
Dr. Daniel Ramirez Ponce Torres	Enfermera / Emergencia	098495973	danra13@hotmail.com	Dr. Daniel
Dr. Maria Ines de Briceño	Aspirante de Enfermería / Emergencia	02632573		Dr. Maria Ines
Amador Ponce David Valencia	Aspirante de Enfermería / Emergencia	0999360872		Amador Ponce
Dr. Felipe Vallejo	Aspirante de Enfermería	098531859	felipevallejo@hotmail.com	Dr. Felipe
Dr. Jenny Zambrano Ponce	Aspirante de Enfermería	0986156507	jenny.ponce@hotmail.com	Dr. Jenny



Marco Legal: Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

Art. 11.- “...El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad. Estos mecanismos incluyen:.....d) Un conjunto común de datos básicos para la historia clínica;”

Art. 27.- “El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, implantará y mantendrá un sistema común de información sectorial que permitirá conocer la situación de salud, identificar los riesgos para la salud de las personas y el ambiente, dimensionar los recursos disponibles y la producción de los servicios para orientar las decisiones políticas y gerenciales en todos los niveles”.

El Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del Consejo Nacional de Salud del Ecuador (2008), estipula:

“Art. 76.- De la clasificación internacional de enfermedades.- La aplicación y uso de la clasificación internacional de enfermedades será obligatoria en todos los niveles y entidades del Sistema Nacional de Salud. Art. 77.- De la Historia Clínica Única.- El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de autoridad sanitaria, revisará y actualizará los formularios básicos y de especialidades de la historia clínica única para la atención de los usuarios, los mismos que serán posteriormente concertados y difundidos por el Consejo Nacional de Salud en todas las instituciones prestadoras de salud del sector público, semipúblico y privado. Art. 78.- Obligatoriedad de uso de la historia clínica única.- El uso y aplicación de la historia clínica única serán obligatorios en las instituciones de salud que integran el sistema. Art. 79.- Responsabilidad y uso de la historia clínica.- La historia clínica, en tanto prueba documental, estará bajo la responsabilidad y custodia de la unidad o establecimiento operativo del lugar de residencia del ciudadano; se propenderá que exista una sola historia clínica por persona, que será la base para el sistema de referencia y contrarreferencia.” (CONASA, 2008)

Disposición transitoria 4.- El plazo para el diseño de los formularios básicos que forman parte de la historia clínica única será de un año calendario, a partir de la publicación en el Registro Oficial del presente Reglamento.