

PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA.

LIC: LETICIA PÉREZ.

PRESENTA LA ALUMNA: MARICELA LPEZ LOPEZ.

6 TO "B" SEMIESCOLARIZADO.



**COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS A 17 DE OCTUBRE DEL
2020.**

REALIZACIONES DE REGISTROS CLINICOS.

Los registros clínicos de enfermería son instrumentos o herramientas orientadas a documentar de forma permanente los cuidados en un marco ético legal cuya información señale las acciones de enfermería en relación con el cuidado integral del sujeto. Esta debe ser escrita, detallada, completa, concisa, y apropiada sobre el cuidado del paciente lo que significa que las observaciones deben ser actuales e inmediatas a los cuidados para evitar la omisión o duplicación de la información y a su vez transmitir un orden lógico^{4,5}. Su diseño y cumplimiento dependen del modelo de cuidados, distribución de trabajo y asignación de pacientes, así, como, de otras circunstancias como puede ser el profesional y el tipo de pacientes.

Sin embargo, la calidad de los registros clínicos de enfermería se puede cuestionar por diversas razones: 1) la obsolescencia en el formato y forma de recolección de información; 2) cambio continuo del conocimiento y las acciones de cuidados basados en evidencia y, 3) el desconocimiento de la importancia legal de contar con un lenguaje apropiado para el cumplimiento del registro de Enfermería¹. La atención a la persona de cuidado en el servicio de hemodiálisis no es ajena a cualquiera de estos tres escenarios, debido a la compleja combinación de procedimientos tecnológicos e interacciones humanas, existiendo el riesgo de producirse Eventos Adversos ; no obstante, existen EA que son prevenibles con una correcta valoración, por ello, en este contexto, deben ser considerados como una condición que requiere un ambiente humanístico, como un abordaje integral encaminado al dialogo y el trabajo colaborativo entre profesionales que permita innovar y actualizar los procesos del servicio para garantizar la seguridad del paciente y mejorar la calidad.

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.

Objetivo: Construir y validar un instrumento para evaluar la calidad de los registros clínicos de enfermería.

Metodología: Partiendo de la variable calidad de los registros clínicos de enfermería se realizó la búsqueda de información con respecto a la temática en diversas bases de datos como Pub Med, medline, Elsevier, Cochraner, se consultó la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (nom-168-SSA-1998), el Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México. Así como los estándares para la Certificación de Establecimientos de la Atención Médica del Consejo de Salubridad General. Con ello se consideró la normativa para el llenado del formato de los registros clínicos de enfermería.

La comunicación como parte del quehacer enfermero es considerado una pieza clave para la continuidad de los cuidados.

En base a lo anterior, se ha evidenciado la importancia de mejorar el formato de los registros clínicos de enfermería, tomando como base el proceso de atención de enfermería. Utilizando el modelo de valoración de enfermería los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon la cual permite obtener una importante cantidad de datos relevantes del paciente de manera ordenada y organizada y a su vez facilita el análisis, identificando factores de riesgo que comprometan la seguridad del paciente, y previniendo EA que se presentan en la unidad de Hemodiálisis⁸, elaborada por la Subdirección de Enfermería perteneciente a una Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención del sector público.

Se construyó un instrumento que mide la calidad de los registros clínicos de enfermería, en sus tres dimensiones estructura, continuidad de los cuidados y

seguridad del paciente. **Resultados:** Para obtener la confiabilidad se utilizó el coeficiente Kuder-Richardson, alcanzando un índice de .86. Se aplicaron pruebas no paramétricas U de Mann-Whinney y Kruskal Wallis para determinar el poder de discriminación entre las variables obteniendo diferencias estadísticamente. Actualmente, la seguridad del paciente forma parte indisoluble de la calidad en la atención sanitaria. De acuerdo con la definición de seguridad del Instituto de Medicina de Estados Unidos lo define como: “conjunto de elementos y metodologías basadas en evidencia científicamente probada, para minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.

Dicho lo anterior, los profesionales de salud y en particular el profesional de enfermería, juega un papel importante en la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente, esto implica, entre otras cosas, desarrollar estrategias de mejora y continuidad del cuidado con la finalidad de garantizar y optimizar los servicios prestados

Material y Método

Para el diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería se realizó un estudio de mejora a la calidad con un abordaje mixto, con una fase cualitativa utilizando para ello un enfoque fenomenológico, mediante un grupo focal, como técnica de recogida de información, cuyo facilitador fue el investigador principal y una fase cuantitativa, para la validación de contenido por jueces expertos mediante método Delphi en una segunda etapa.

En la primera fase, participaron en el estudio 10 enfermeras asistenciales y 1 jefe de servicio de la unidad de hemodiálisis en el periodo de mayo-noviembre. Para la

segunda fase, la muestra se tomó a toda la población que cumpliera con los criterios de selección, los cuales fueron: personal de enfermería ambos sexos, con grado de licenciatura, experiencia en la unidad de hemodiálisis, valoración y cuidados del paciente renal, por último, que aceptaran precipitar en el estudio.

También participaron como asesores durante todo el estudio, 6 expertos y 2 investigadores en las distintas fases de desarrollo; identificación, diseño, y evaluación de la herramienta debido a su formación aspectos como valoración aplicada en proceso de atención de enfermería, nefrología, EA y diseño de herramientas de mejora de la calidad.

La Historia Clínica “es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Este documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley Por consiguiente los registros clínicos, son la base de las historias clínicas debido a su carga de información de manera confidencial y verídica, es importante recalcar que así mismo el personal de la salud responde a obligaciones laborales y judiciales por incumplir con el correcto diligenciamiento de las notas de enfermería.

Los registros que evidencian el cuidado realizado por el personal de enfermería, permiten relacionar los conocimientos y la practica como una herramienta que facilita la capacidad para aprender a aprender desde las experiencias y los aprendizajes que se generen de estas. El profesional de enfermería recibe durante su formación universitaria los componentes teóricos básicos sobre la importancia y uso de los registros de enfermería y de cómo estos demuestran la ejecución del cuidado administrado al cliente, así como demostrar el nivel de productividad en la prestación de servicios. Los registros clínicos forman parte del trabajo que desarrolla enfermería en su labor asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la

población, por lo que los profesionales, deben ser los más conscientes de su importancia, y relevancia, así como conocer la adecuada forma de cumplimiento.

Los registros que realiza el personal de enfermería, son vitales para la orientación y la toma de decisiones en el cuidado del paciente por otros profesionales. Es aquí donde los registros de enfermería se convierten en una doctrina de comportamiento, que contribuye a lograr actividades y conductas que van a disminuir los riesgos del trabajador de salud, a nivel profesional y legal; teniendo en cuenta que estos se constituyen en la mejor herramienta para fundamentar las acciones realizadas en pro de la evolución de los pacientes y respaldan las decisiones y acciones emprendidas por el personal de salud en su desempeño diario.

La existencia de protocolos que orienten al personal de enfermería en la forma y características de los registros se convierte en una herramienta que estandariza, unificando los criterios establecidos por cada institución. Por otra parte, la adherencia al protocolo se puede documentar como la aplicación del conocimiento adquirido en un momento dado en torno a mejorar la condición actual de salud del paciente.