

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**INFORMACION QUE POSEE EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE
LABORA EN LAS UNIDADES CLINICAS DE CIRUGIA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CARACAS SOBRE LOS REGISTROS DE
ENFERMERIA.**

Tutora:

Mgs. Eloísa Núñez

Autoras:

Dexi Freitas

CI: 14.043.382.

Milagros Torcatt

CI: 6.276.000

CARACAS, ABRIL 2007

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**INFORMACION QUE POSEE EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE
LABORA EN LAS UNIDADES CLINICAS DE CIRUGIA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CARACAS SOBRE LOS REGISTROS DE
ENFERMERIA.**

**(Trabajo Presentado como requisito parcial para optar al Título de
Licenciado en Enfermería)**

Tutora:

Mgs. Eloísa Núñez

Autoras:

**Dexi Freites
CI: 14.043.382.**

**Milagros Torcatt
CI: 6.276.000**

CARACAS, ABRIL 2007

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado, titulado **Información Que Posee El Profesional De Enfermería Que Labora En Las Unidades Clínicas De Cirugía Del “Hospital Universitario De Caracas” Sobre Los Registros De Enfermería** presentado por: **Dexi Freites CI: 14.043.382** y **Milagros Torcatt CI: 6.276.000**, para optar al título de **Licenciado En Enfermería**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de _____, a los ____ del mes de _____ del 2007.

Mgs. Eloísa Núñez
C.I: V- 5.592.889

DEDICATORIA

Al culminar mis estudios con este trabajo de grado, lo dedico muy especialmente a los seres que de una u otra forma contribuyeron a hacer realidad ese sueño. Satisfacer mis aspiraciones al poder finalizar exitosamente esta meta. Doy gracias.

A **Dios todopoderoso** por haberme dado la vida, salud y permitir reforzar mi fe y constancia para lograr las metas trazadas.

A mi madre **Adalgisa Villarroel**, quién me ofreció su apoyo en la formación de un espíritu enaltecedor de las cosas sublimes de la vida.

A la memoria de mi padre **Ramón A. Freites**, quien sembró ese espíritu de lucha y superación.

A mi compañero de vida **Hendel R. Melo L.** Por brindarme su cariño, comprensión, y apoyo. Teniendo siempre una palabra de aliento para continuar.

A mis hermanos **Ramón, Javier y Deannira Freites**, que fueron un gran apoyo en los momentos más difíciles.

A mis colegas, por su colaboración para que este trabajo se vea cristalizado. A todos, muchas gracias...

Dexi Freites.

DEDICATORIA

A **Dios Padre Todopoderoso** por brindarme la vida y haberme dado la energía, y salud para lograr esta meta en mi vida.

A mi madre por encaminarme hacia el sendero de la vida.

A mi hijo, la prenda más valiosa de mi vida.

A mi familia, amigos y compañeros de estudios, por su solidaridad, paciencia y consejos que permitieron alcanzar este sueños.

Muchas gracias...

Milagros Torcatt.

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas e instituciones que de una u otra forma cooperaron en nuestra superación profesional.

A la Escuela de Enfermería de la UCV por habernos acogido en su seno.

Al personal de enfermería que labora en las unidades clínicas de cirugía del Hospital Universitario De Caracas. Debido a su gran receptividad.

A los facilitadores de la Universidad Central de Venezuela, en especial al Dra. **Cilia Véliz** por su orientación y ayuda para realizar este sueño.

A nuestra tutora, Mgs. **Eloísa Núñez**, por su valiosa colaboración, y asesoramiento que contribuyeron a la culminación de esta meta tan maravillosa.

A nuestros padres, hermanos(as), demás familiares, por toda la ayuda prestada en nuestras vidas.

A todos Muchas Gracias...

LAS AUTORAS.

INDICE GENERAL

	Pág.
APROBACIÓN DEL TUTOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	vi
INDICE DE CUADROS	ix
INDICE DE GRÁFICOS	x
RESUMEN	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO	
3	
I PROBLEMA	
Planteamiento del Problema	3
Objetivos del Estudio	7
General	7
Específicos	7
Justificación	8
II MARCO TEORICO	11
Antecedentes del Estudio	11
Bases Teóricas	16
Sistema de Variables y su Operacionalización	50
Definición de Términos	55
III DISEÑO METODOLÓGICO	57
Tipo de Estudio	57
Población	59
Muestra	59
Muestreo	59
Métodos e Instrumentos de Recolección de datos.	60
Validez del Instrumento	61
Confiabilidad del Instrumento	61

Procedimiento para la recolección de Información	62
Técnica de Análisis y Presentación de los Resultados	62
IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	63
Presentación de Resultados	63
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
Conclusiones	75
Recomendaciones	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	82

INDICE DE CUADROS

CUADRO	Pág.
1. Distribución de Frecuencia Absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por las Enfermeras de las Unidades Clínicas de Cirugía en relación con la con la Dimensión Información sobre los Lineamientos para elaborar los Registros de Enfermería en sus indicadores: Asignación temporal, Confidencialidad, Permanencia, Identificación, Pertinencia, Secuencia y el Informe Final en el Hospital Universitario de Caracas. Año 2.006.	64
2. Distribución de Frecuencia Absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por las Enfermeras de las Unidades Clínicas de Cirugía en relación con la Dimensión Información sobre los Objetivos de los Registros de Enfermería en sus indicadores: Comunicación, Documento Legal, Investigación, Estadística, Docencia, Control de Calidad y Planificación de los Cuidados en el Hospital Universitario de Caracas. Año 2.006.	67
3. Distribución de Frecuencia Absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por las Enfermeras de las Unidades Clínicas de Cirugía en relación con la Dimensión Información sobre las Implicaciones legales en los Registros de Enfermería en sus indicadores: Actuaciones en el Hospital Universitario de Caracas. Año 2.006.	70
4. Distribución de Frecuencia Absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por las Enfermeras de las Unidades Clínicas de Cirugía en relación con la Dimensión Información sobre las Implicaciones legales en los Registros de Enfermería en sus indicadores: Responsabilidad y Sanciones Legales en el Hospital Universitario de Caracas. Año 2.006.	73

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	Pág.
1. Distribución de Frecuencia Absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por las Enfermeras de las Unidades Clínicas de Cirugía en relación con la Dimensión Información sobre los lineamientos para elaborar los Registros de enfermería en sus indicadores: Asignación temporal, Confidencialidad, Permanencia, Identificación, Pertinencia, Secuencia y el Informe Final en el Hospital Universitario de Caracas. Año 2.006.	66
2. Distribución de Frecuencia Absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por las Enfermeras de las Unidades Clínicas de Cirugía en relación con la Dimensión Información sobre los Objetivos de los Registros de Enfermería en sus indicadores: Comunicación, Documentación legal, Investigación Estadística, Docencia, Control de calidad y Planificación de los cuidados en el Hospital Universitario de Caracas. Año 2.006.	69
3. Distribución de Frecuencia Absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por las Enfermeras de las Unidades Clínicas de Cirugía en relación con la Dimensión Información sobre las Implicaciones legales en los Registros de Enfermería en sus indicadores: Actuaciones en el Hospital Universitario de Caracas. Año 2.006.	72
4. Distribución de Frecuencia Absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por las Enfermeras de las Unidades Clínicas de Cirugía en relación con la Dimensión Información sobre las Implicaciones legales en los Registros de Enfermería en sus indicadores: Responsabilidad y Sanciones Legales en el Hospital Universitario de Caracas. Año 2.006.	75

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**INFORMACION QUE POSEE EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE
LABORA EN LAS UNIDADES CLINICAS DE CIRUGIA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CARACAS SOBRE LOS REGISTROS DE
ENFERMERIA.**

**Autora: Dexi Freites
Milagros Torcatt**

Tutora: Mgs. Eloísa Núñez

Año: 2.007

RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito determinar la información que posee, sobre los registros de enfermería el profesional que labora en las unidades clínicas de cirugía del Hospital Universitario de Caracas. Durante la estadía laboral en dicha institución, se observó con preocupación que en la historia clínica del paciente, no se consiguen las notas de enfermería debidamente registradas en los formatos respectivos, y de estar presentes en las mismas se evidencian registros con datos incompletos que dificulta apreciar la condición del enfermo. El diseño de la investigación es no experimental, el tipo de estudio fue descriptivo de campo. Y según la secuencia del estudio fue de tipo transversal. La población estuvo conformada por (48) enfermeras, que laboran en las unidades clínicas de cirugía en los cuatro turnos, lo que representa el 100% de la población. La muestra quedó constituida por el 63% de la población representado por (30) enfermeras. Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple. El instrumento que se usó para recabar los datos fue a través de un cuestionario con 30 ítems y tres alternativas de selección múltiple. Las conclusiones arrojaron que los profesionales de enfermería no tienen claro los lineamientos para la correcta elaboración de los registros, además desconocen los objetivos que persiguen los mismos, y poseen poca orientación sobre las implicaciones legales en que puede incurrir durante el desempeño de sus funciones. Por lo que se recomienda al departamento de enfermería planificar y fomentar actividades en educación continua en servicio, para que el personal adquiera habilidades, destreza y conocimiento sobre los registros de enfermería, ya que estos son necesarios para planificar los cuidados, y de estar ausentes influyen en la calidad de los mismos.

INTRODUCCIÓN

Debido al avance universitario de los estudios de enfermería, se produjo un desarrollo importante en la concepción del profesional de enfermería, con anterioridad subordinado a la profesión médica y cumpliendo solo tareas delegadas; se convierte en la actualidad en un profesional con un ámbito de actuaciones propias, y en relación con los registros de enfermería surge la necesidad de reflejar sus actividades en registros propios, y de un modo autodidacta se empieza a registrar la actividad de enfermería, más allá del simple registro de temperatura y presión arterial. Lo que permite comprender que si no se deja por escrito el trabajo realizado, no se puede crear un propio campo de conocimiento, no se puede reivindicar la carga de trabajo y cuidados; afirmando entonces, que la forma más segura de transmitir la información de los cuidados y eventos de cambios presentados en el paciente, es a través de los registros de enfermería.

Por su parte un registro de enfermería, es una constancia escrita y permanente donde queda registrada toda la información sobre la actividad de enfermería; referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución. Su principal finalidad es mantener la comunicación efectiva entre dos o más profesionales que intervienen en los cuidados del enfermo.

Es importante que la enfermera registre todo lo que precise comunicar, para que esta comunicación facilite la continuidad de los cuidados y su perduración en el tiempo; documentando con precisión, sin prejuicios ni divagaciones, permitiendo mejorar la calidad asistencial, percibida tanto por los profesionales de la salud, como por el paciente y sus familiares.

Los registros de enfermería son una herramienta de formación, investigación, y estadística que contribuye al desarrollo profesional. Sin dejar de mencionar la importancia legal que tienen estos documentos, ya que los registros certifican la atención prestada por enfermería, que puede ser utilizado por un tribunal que así lo requiera.

A fin de expresar con precisión el alcance de este estudio, el mismo se estructuró por capítulos, de modo que el capítulo I contiene el planteamiento del problema, los objetivos generales y específicos que se plantearon y la justificación. El capítulo II. Comprende el marco teórico: Los antecedentes del estudio, bases teóricas, la operacionalización de variable, y la definición de términos. El capítulo III contiene el Marco metodológico: Diseño metodológico, tipo de estudio, población, muestra, muestreo, métodos y técnicas de recolección de los datos, validación, confiabilidad, procedimiento para la recolección de información, técnica de análisis y presentación de los resultados. De igual manera, quedan expuestos los parámetros estadísticos utilizados para el análisis de los datos. El capítulo IV comprende la presentación y análisis de los datos. En el capítulo V se presentan las conclusiones y las recomendaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Los profesionales de enfermería como miembros del equipo de salud deben informar todo lo relacionado con los pacientes de forma clara, completa y eficaz; dejando un registro de las observaciones relevantes encontradas en el enfermo, y anotaciones de las intervenciones de enfermería llevadas a cabo, y las que aun quedan por realizar por parte de las mismas. Permitiendo así, al resto del equipo multidisciplinario de salud precisar la misma información en relación a lo acontecido con el paciente.

De igual manera facilitara la elaboración y puesta en práctica de los cuidados planificados según las anotaciones registradas en la historia clínica del paciente. Toda esta información tendrá como finalidad proporcionar asistencia de calidad que permita mejorar el estado de salud del enfermo, y contribuir a lograr una pronta reincorporación del paciente ante la sociedad, familia, y/o comunidad. Por su parte Du gas, B. (2000), expresa que el registro de enfermería “Es la constancia escrita que se deja de los hechos esenciales con el fin de tener un historial continuo de los acontecimientos ocurridos durante un periodo determinado.”(p.166). Lo que permite concluir que el personal de enfermería esta en la obligación de cumplir, y hacer cumplir correctamente los registros, ya que es el único documento que certifica la calidad de la asistencia prestada al enfermo, y a su vez es una guía que permite a todo el personal sanitario que participa en los cuidados del paciente, mantener la misma información del estado de salud del enfermo, y por otro lado garantiza la

continuidad de los cuidados. La omisión de los registros podría acarrear implicaciones legales.

Cabe señalar que el personal de salud se encuentra más expuesto a riesgos legales, los profesionales de enfermería prestan el 70% de atención al enfermo y por ende están expuestos a riesgos legales. Entendiéndose como riesgo legal de acuerdo a lo expresado por Lares, A. (1992) “A las consecuencias jurídicas que van a originarse en los profesionales de enfermería, por una determinada actuación que ha permitido un daño o perjuicio a un paciente, incumpliendo con los deberes, actividades, tareas u obligaciones que se le impone el cargo.”(p.1). Al no realizar debidamente las anotaciones o documentaciones de las actividades realizadas a los pacientes, el personal de enfermería estaría incumpliendo en parte con las funciones y deberes que enmarcan la profesión.

En este orden de ideas, los establecimientos de salud, sean hospitales o ambulatorios se encuentran amparados por disposiciones legales en cuanto a los registros correspondientes de cada especialidad del equipo multidisciplinario de la salud, donde se exigen realizar anotaciones significativas sobre el tratamiento, evolución y cuidados que se le brinda al paciente.

Es así como los profesionales de enfermería, como integrantes de este equipo, tienen la responsabilidad de cumplir debidamente con los registros de las actividades específicas de enfermería, puesto que es el único documento que puede respaldar al profesional de enfermería por las acciones realizadas al paciente.

En definitiva, partiendo del carácter de órgano de comunicación por excelencia y de carácter legal que lo determina, los registros deben aportar de manera correcta y oportuna la información necesaria que exige cada formato, según la política de cada hospital, sin obviar ninguna de sus interrogantes. Ya que con la

correcta utilización de los registros, encontraremos información valiosa en relación a la condición real del paciente, la respuesta a la terapéutica aplicada, y de igual forma permite establecer la continuidad de los cuidados. Específicamente nos referimos a los registros realizados por las enfermeras(os) que laboran en el Hospital Universitario de Caracas como lo es: hoja de evolución de enfermería, hoja de signos vitales, hoja de control de glicemia capilar, hoja de tratamiento, hoja de balance de líquidos ingeridos y eliminados.

En consecuencia general la forma de elaboración de los registros, muchas veces impiden apreciar las actividades o acciones independientes de enfermería, quizás por que los datos estén incompletos. Lo que permite señalar que un registro de enfermería mal estructurado o incompleto, no elaborado por falta de tiempo y por exceso de trabajo, dificulta apreciar la continuidad de la asistencia al finalizar cada turno, igualmente imposibilita establecer prioridades en las necesidades del enfermo al realizar la planificación de los cuidados de enfermería. Carpenito, L. (1994), señala al respecto: “El registro de los cuidados deberá ser pertinente y conciso, debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones del paciente”. (p.11). Es decir el registro debe contener la mayor cantidad de información acerca del paciente, de esta manera se informa a todos los profesionales que intervengan con el tratamiento del mismo. Esta base de datos sirve al médico tratante para planear el régimen terapéutico a seguir, y a la enfermera(o) para que planifique los cuidados de enfermería, por lo tanto estos registros son indispensables en las unidades clínicas de los establecimientos de salud.

Entre estos establecimientos se encuentra el Hospital Universitario de Caracas, clasificado como un centro hospitalario tipo IV, en el cual se imparten actividades de asistencia, docencia e investigación. Por sus características cuenta con una

disponibilidad de 1500 camas aproximadamente, ofreciendo atención médica y de enfermería en las diferentes especialidades clínicas.

Entre estas especialidades se encuentra el departamento de cirugía el cual cuenta con cuatro unidades clínicas, con una capacidad de 52 camas por cada unidad, donde son ingresados los enfermos que ameritan intervención quirúrgica, los cuales requieren de atención médica y cuidados específicos de enfermería antes, durante y después de la cirugía.

Como resultado de las observaciones realizadas en las diferentes unidades clínicas de cirugía del Hospital Universitario de Caracas; se observa con preocupación que al revisar el expediente clínico del paciente no se consiguen las notas de enfermería debidamente registradas en la hoja de evolución de enfermería, hoja de signos vitales, hoja de tratamiento, hoja de balance de líquidos ingeridos y eliminados, y de estar presentes en las mismas se evidencian formatos con datos incompletos que dificulta apreciar la condición del paciente, datos que son considerados importantes y que pueden ser utilizados para introducir modificaciones en las acciones terapéuticas y los cuidados de enfermería.

La problemática planteada puede estar aunada a que el número de enfermeras(os) es insuficiente ante la cantidad de pacientes que ingresan a las unidades de cirugía, o bien por la poca información que posee el personal de enfermería en cuanto a la elaboración adecuada de los registros de enfermería, por lo que al no elaborarlos adecuadamente dificulta establecer las prioridades de las necesidades del paciente al planear los cuidados que se le deben brindar, lo que podría acarrear problemas legales. Ya que los registros son considerados documentos legales en la práctica de enfermería.

La situación antes planteada permite considerar las siguientes interrogantes:

¿Qué información posee el profesional de enfermería sobre los lineamientos para la correcta elaboración de los registros de enfermería?

¿Qué información posee el profesional de enfermería sobre los objetivos de la elaboración de los registros de enfermería?

¿Qué información posee el profesional de enfermería sobre las implicaciones legales en la elaboración de los registros de enfermería?

De las interrogantes planteadas surge el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la información que posee el profesional de enfermería que labora en las unidades clínicas de cirugía del Hospital Universitario de Caracas sobre los registros de enfermería?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General

Determinar que información posee el profesional de enfermería que labora en las unidades clínicas de cirugía del Hospital Universitario de Caracas, sobre los registros de enfermería.

Objetivos Específicos

- Identificar que información posee el profesional de enfermería, sobre los lineamientos para la correcta elaboración de los registros de enfermería en las unidades clínicas de cirugía del Hospital Universitario de Caracas.
- Identificar que información posee el profesional de enfermería sobre los objetivos de la elaboración de los registros en las unidades clínicas de cirugía del Hospital Universitario de Caracas.
- Identificar que información posee el profesional de enfermería sobre las implicaciones legales en la elaboración de los registros de enfermería en las unidades clínicas de cirugía del Hospital Universitario de Caracas.

JUSTIFICACION

Desde el punto de vista histórico, las(os) enfermeras(os) han tenido muy poca relación con los registros de enfermería. A pesar de que la cantidad de los registros han aumentado ciertamente con los años; no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada.

En este sentido, la gravedad del estado del paciente deberá determinar el tiempo que la enfermera(o) le dedica a la elaboración del registro; sin embargo en la realidad, la enfermera(o) pasa la mayor parte del tiempo repitiendo las anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina. Como resultado de todo ello, con mucha frecuencia quedan sin anotar o registrar importantes eventos presentados en el paciente.

Lo expuesto anteriormente destaca la importancia de los registros de enfermería, ya que con su correcta elaboración y existencia del mismo en la historia clínica del paciente, las diferentes disciplinas de la salud que participan en los cuidados del enfermo, podrán a través de estos obtener la información de los eventos sucedidos en determinado momento, con lo cual establecerán y aplicaran acciones que permitan mejorar la condición del paciente; y de esta manera lograr una pronta recuperación del estado de salud y por ende un pronto egreso que le permita al paciente reintegrarse prontamente a las actividades del día a día.

Si bien es cierto que los registros de enfermería aportan información sobre la condición del paciente, tampoco es menos cierto que al actuar de manera inmediata ante las necesidades o problemas detectados en los pacientes, se disminuye el riesgo de complicaciones y por ende, la institución disminuirá los costos de hospitalización de los usuarios, permitiendo así ofrecer atención oportuna y segura a mas enfermos.

Por otra parte el llevar apropiadamente los registros, permitirá a los profesionales de enfermería, diariamente orientar sus acciones en beneficio de la salud del enfermo, contribuyendo a una pronta y oportuna recuperación, lo que implicaría que las(os) enfermeras(os) obtengan reconocimiento por el trabajo realizado en beneficio del paciente. Elevando el nombre de la profesión en colectivo.

En este mismo orden, la investigación esta orientado a suministrar conocimientos teóricos que permitan guiar la conducta a seguir en la profesión, en lo relacionado con los registros de enfermería, ya que a través de estos documentos se reporta el cumplimiento o no de los cuidados realizados al enfermo, por medio de la información oportuna y coherente de la condición del mismo, también son usados en problemas jurídicos que lo ameriten, donde se encuentre comprometida la actuación del personal de enfermería.

En este sentido se considera que dicho estudio también servirá de apoyo para investigaciones futuras y contribuirá como marco referencial para sustentar otras investigaciones.

Se espera que con este estudio se favorezca la concientización del personal en cuanto a la correcta y oportuna elaboración de los registros de enfermería, para que esto sirva como instrumento que permita a todo el personal de salud, mantener una buena comunicación sobre los pacientes y por ende brindar asistencia de alta calidad según la política de cada hospital. Ya que con la correcta realización de los registros, encontraremos información valiosa en relación a la condición real del paciente, la respuesta a la terapéutica aplicada, y de igual forma permite establecer la continuidad de los cuidados. Específicamente se hace referencia a los registros realizados por las enfermeras(os) tales como: hoja de evolución de enfermería, hoja de signos vitales, hoja de tratamiento, hoja de balance de líquidos ingeridos, eliminados y otros.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

Los antecedentes constituyen todo hecho anterior a la formulación del problema que sirven para lograr, juzgar e interpretar el problema planteado; de allí su importancia según Tamayo y Tamayo, M. (1993). “Consultando antecedentes libramos el riesgo de investigar lo que ya esta hecho” (p.72). Por consiguiente en los antecedentes se trata de hacer una breve síntesis y análisis de investigaciones realizadas similares al problema formulado.

A continuación se presentan investigaciones que guardan relación con la variable en estudio.

Liendo, Y. (1998). Realizó una investigación en el Hospital del IVSS “Dr. Molina Sierra” en la ciudad de Puerto Cabello. Titulada “Conocimiento que tienen las enfermeras de atención directa sobre los registros de enfermería”, Cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento que tienen las enfermeras sobre los registros de enfermería, después de participar en un programa educativo realizado en dicho hospital. Basado en un diseño cuasi-experimental, exploratorio y de campo. La población estuvo conformado por 60 enfermeras de atención directa (EAD) y la muestra se selecciono al azar tomando 35 (EAD), representado por un 58,3 % del universo total. La recolección de la información se realizo a través de un instrumento tipo cuestionario destinado a determinar el conocimiento que poseen las enfermeras sobre los registros de enfermería. Los resultados obtenidos en esta investigación permitió confirmar que un 38,2% de las (EAD) poseen conocimientos sobres los registros de enfermería, sin embargo el otro 20,1% de las enfermeras(os) encuestadas(os) presentan fallas sobre

los registros en relación a su elaboración, ya que no se obtiene todos los datos para la valoración biopsicosocial del paciente.

Los resultados del estudio sustentan la investigación al demostrar que el personal de enfermería al recibir adiestramiento sobre la elaboración de los registros, incrementa su conocimiento sobre los mismos. Lo que evidencia la necesidad de aplicar programas de orientación con regularidad a los profesionales de enfermería a fin de reforzar e incrementar sus habilidades en la elaboración de los registros de enfermería. Lo que demuestra una vez más que cada profesión requiere de una serie de conocimientos específicos de su ejercicio para que el mismo pueda ser aplicado eficientemente.

A su vez Machado, M., y Cols. (1995). Realizaron en el Hospital Materno Infantil “Dr. Pastor Oropeza” de Caracas, un estudio titulado “Sistema de registros del proceso de atención de enfermería y su relación con la calidad de atención”. Con el objetivo de determinar la relación existente, entre el sistema de registros del proceso de atención de enfermería en sus factores valoración y planificación de enfermería, y la calidad de atención ofrecida por las enfermeras de cuidado directo al paciente hospitalizado. Basando en un diseño de tipo descriptivo. La población estuvo integrada por noventa y dos 92 enfermeras de cuidado directo (ECD), y la muestra fue de cincuenta 50 (ECD). Lo que representa un 54% de la población total de las enfermeras(os). El instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario estructurado en dos partes. La parte I: orientado a medir la primera variable, sistemas de registros y la parte II: orientado a medir la segunda variable, calidad de atención aplicada. Los resultados evidencian la relación que existe entre las variables estudiadas; determinando que la eficiencia del proceso de atención de enfermería esta influenciado por la funcionalidad deficiente de los instrumentos o formatos que permiten el registro del proceso de atención de enfermería.

La investigación planteada sustenta el presente estudio al determinar la relación que existe entre los sistemas de registros de enfermería y la calidad de atención aplicada. Verificando a sí, que en la medida que los profesionales de enfermería tengan una información clara de cómo registrar adecuadamente todo lo relacionado con los cuidados que se deben brindar a los usuarios; para satisfacer sus necesidades y tratar los problemas, ya que la continuidad y unificación de los cuidados permite que se brinde una atención de calidad.

Por otra parte Maldonado, M. (1996). Realizo una investigación en el Hospital “Dr. Victorino Santaella”, en la ciudad de los Teques del estado Miranda. La cual tuvo por titulado “Calidad de la estructura, en su factor registro del cuidado del paciente hospitalizado y su relación con el adiestramiento de las(os) enfermeras(os) de atención directa”. Con el objetivo de determinar la calidad de la estructura de los registros de enfermería y su relación con el adiestramiento de las enfermeras de atención directa. Basado en un diseño de tipo descriptivo, exploratorio y trasversal. La población estuvo conformada por sesenta y seis 66 enfermeras de atención directa y ciento veinte 120 historias clínicas. Para la recolección de los datos se aplico un instrumento de chequeo a los registros contenidos en las historias clínicas (guía de observación). Y una encuesta tipo cuestionario, dirigida a las enfermeras de atención directa. Los resultados de dicha investigación reportaron un escaso adiestramiento para el desarrollo y cumplimiento de los registros, y por ende muy baja calidad de los registros de enfermería. Los investigadores propusieron iniciar y aplicar adiestramientos para mantener actualización continua sobre los registros, con el fin que el personal de enfermería mejore la calidad de la elaboración de los mismos.

En este contexto, los resultados del estudio sustentan la presente investigación, ya que evidencio un escaso conocimiento de las enfermeras(os) de atención directa al registrar los cuidados de los pacientes hospitalizados. Verificándose la necesidad de mantener un adiestramiento continuo del personal de

enfermería en relación con el manejo y la elaboración de los registros; ya que de estos depende la continuidad de los cuidados y por ende la calidad de los mismos.

De igual forma Díaz, L., Ureña, D. (1993). Realizo un trabajo de investigación En el Hospital General “Dr. Enrique Tejeras” de Valencia estado Carabobo. Denominado “Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado”. El objetivo del estudio fue determinar que registra el profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado, basándose en un diseño de tipo descriptivo, exploratorio y transversal. El universo fue el 100% de las historias clínicas y la muestra estuvo constituida por ciento veinticuatro 124 historias clínicas, lo que representa un (21.5%), del universo total. La selección de las historias fue de manera aleatoria, tomando en cuenta el registro diario de las historias revisadas. El instrumento aplicado para la recolección de datos fue una guía de observación, aplicada a los registros de enfermería, contenidos en las historias clínicas. Los resultados de la investigación muestran que los registros de mayor uso son: La hoja de medicamentos, ordenes de enfermería (pedido de insumo de enfermería) y el chequeo de las ordenes medicas; adicionalmente la continuidad del cuidado no se demuestra por la escasa aplicación del proceso de enfermería, así como la ausencia de formatos de registros que le son propios a la disciplina. Sumado a esto el tipo de registro realizado en las hojas de notas de enfermería se acerca al sistema narrativo. Finalmente hay poca pertinencia con los registros realizados por la enfermera(o) por la carencia de los criterios de diligenciamiento éticos legales.

Con respecto a los resultados de este estudio, en relación con la investigación planteada cabe señalar que el personal de enfermería, no lleva todos los registros que se deben usar, para registrar los cuidados de los enfermos, solo utilizan las ordenes de indicaciones médicas, la hoja de tratamiento y hoja de solicitud de insumos. Obviando los formatos que dan fe de los cuidados ofrecidos al enfermo y de la

condición y evolución de estos en el proceso de salud-enfermedad. Registros que son una evidencia fiel ante un problema legal.

Lares, A. y Mulphy, L. (1998). Realizaron un trabajo de investigación En la “Maternidad Concepción Palacios”. En la ciudad de Caracas. Denominado “Normativa Ética-Legal aplicable a la práctica de enfermería”. El objetivo fue determinar que información poseen las enfermeras sobre la normativa ética- legal aplicable a la práctica de enfermería. Utilizando un diseño de carácter descriptivo de campo, y transversal. La población estuvo integrada por (100) enfermeras adscritas a la maternidad, y la muestra fue de (40) enfermeras. El instrumento aplicado estuvo constituido por un cuestionario conformado por un total de 29 preguntas, el instrumento fue validado por juicio de expertos, y aplicando una prueba piloto en el Hospital Materno Infantil “Dr. Pastor Oropeza” en Caracas. La cual determino la confiabilidad por alpha de crobach de 0,89. Los resultados obtenidos permitieron concluir, que las enfermeras encuestadas no manejan en su totalidad la información relacionada con la normativa ética- legal aplicable al ejercicio de enfermería, por lo que podrían incurrir en responsabilidad legal, dando origen a la aplicación de sanciones de tipo administrativo, civil y penal.

Los resultados precedentes, sustentan esta investigación, ya que los profesionales de enfermería deben tener en cuenta que al no elaborar los registros de enfermería, los hace susceptibles de involucrarse en problemas ético-legales aplicables al ejercicio de sus funciones. Debido a que si no se registra algún evento de cambio o actividad realizada en el enfermo, no queda constancia de lo que sucedió o se realizo en el paciente, por lo que el profesional de enfermería podría incurrir en responsabilidad legal, dando origen a la aplicación de sanciones de tipo administrativo, civil y penal.

Por lo tanto los profesionales de enfermería deben comprender y manejar los aspectos legales que influyen en la práctica diaria, en conjunto con el buen criterio y la toma de decisiones firme, garantizándole al paciente cuidados seguros y de calidad.

Dentro de este marco González y Medina. (1992). Realizaron en el Hospital “Dr. Leopoldo Manrique Terrero” de Coche. Una investigación titulada “Aspectos legales en el ejercicio de la enfermería”. Cuyo objetivo fue estudiar los aspectos legales que rigen el ejercicio de la enfermería, el estudio fue de tipo descriptivo, exploratorio. La población estuvo conformada por cincuenta (50) enfermeras, lo que representa el 100% de la población. Y la muestra fue de veinticinco (25) enfermeras, para la recolección de la información se aplicó un instrumento tipo cuestionario. Las conclusiones arrojaron que las enfermeras poseen escasa información sobre los riesgos y responsabilidades legales derivadas de los actos de enfermería.

En este sentido, los resultados del estudio sirven de base a la presente investigación, ya que si el personal de enfermería no posee información sobre los riesgos legales a que se expone al ejercer la carrera de enfermería; pudiera incurrir fácilmente en problemas por desconocimiento de los bases legales que rigen la profesión, y en relación a los riesgos la omisión o mala elaboración de los registros no deja de ser un problema para enfermería. Ya que estos representan una constancia escrita que refleja la evolución del enfermo en el proceso de salud-enfermedad. Así como también certifica los actos de cuidados, que muestra el ejercicio y la calidad profesional.

BASES TEÓRICAS

A continuación se presentan las bases teóricas que sustentan la investigación.

Arias, F. (1999). Expresa que las Bases Teóricas: “Son aquellas que comprenden un conjunto de conceptos y proposiciones que constituyen un punto de vista o enfoque determinado, dirigido a explicar el fenómeno o problema planteado” (p.39). De acuerdo con lo antes expuesto, en este estudio se enfoca a grandes rasgos y en forma breve aspectos relacionados con la investigación. “Información que posee el profesional de enfermería que labora en las unidades clínicas de cirugía del Hospital Universitario sobre los registros de enfermería”.

En sentido general, la información comprende un conjunto organizado de datos, que conforma un mensaje sobre un determinado ente o fenómeno. Al respecto Goñi C; Ivis. (2000). Señala que información: “Es el significado que otorgan las personas a las cosas. Los datos se perciben mediante los sentidos, estos los integran y generan la información necesaria para el conocimiento quién permite tomar decisiones para realizar las acciones cotidianas...” (www.acimed.com).

Lo que permite inferir que existe una relación indisoluble entre los datos, la información, el conocimiento, el pensamiento y el lenguaje, por lo que una mejor comprensión del concepto sobre información redundará en un aumento del conocimiento, ampliando así las posibilidades del pensamiento humano, que también emplea el lenguaje oral, escrito, etc. Pues bien el profesional de enfermería antes de comunicar la información del enfermo debe estar informado de manera integral de los problemas que a este afectan, y no obstante debe conocer los diferentes medios que existen para comunicar las eventualidades presentadas en el paciente.

En este sentido como miembros del equipo de salud, las(os) enfermeras(os) necesitan comunicar a los diferentes turnos de trabajo, y a las otras disciplinas de la salud, tanto de forma escrita como verbal, los diferentes eventos sucedidos en el enfermo; por lo cual el informe de enfermería es una herramienta básica para orientar

los cuidados del paciente. Normalmente, los miembros del equipo se comunican a través de reuniones, informes y registros.

Por su parte un registro siempre se hace por escrito; es una documentación formal y legal, que cumple con diversas finalidades; ayuda a coordinar los cuidados administrados por varias personas, evita que el paciente tenga que repetir la información, fomenta la exactitud en la asistencia y disminuye la posibilidad de error, permite hacer mejor uso del tiempo eludiendo las actividades superpuestas. Es por esto que el profesional de enfermería debe realizar el registros de datos del paciente de forma, clara, precisa y a la vez oportuna y eficaz, ofreciendo un mínimo de seguridad a estos usuarios. Sin embargo en la actualidad las enfermeras se confían de información verbal relacionada con asuntos pendientes del enfermo, y que por múltiples factores se pasa por alto no cumpliéndose, generando como consecuencia daños para el paciente.

Así mismo lo refiere DuGas, B. (2000) Al expresar que: “La comunicación escrita y verbal entre los diversos profesionales que intervienen en la atención del enfermo ejerce influencia directa en la calidad de la asistencia” (p.166). De esta manera cabe destacar la importancia que tiene el correcto cumplimiento de los registros de enfermería en la profesión, ya que es el único documento que permite informar de manera escrita a las enfermeras(os) de los siguientes turnos, y a otras disciplinas de la salud, la condición del enfermo, los cuidados realizados, y los que aun quedan pendientes por cumplir en el cliente. Es evidente que lo que se encuentre registrado o reportado por enfermería en la historia clínica, certifica la atención brindada por estos profesionales.

Para Carpenito, Lynda (1994). Los registros de los cuidados de enfermería deben ser: “Pertinentes y concisos, debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones de paciente. Tendrán que anotarse las intervenciones de

enfermería y las respuestas del paciente” (p.512). En relación a lo expresado por el autor, los registros deben contener de manera oportuna, lógica y secuencial los problemas identificados en el enfermo, con el fin de tener un historial continuo de las respuestas y hechos acontecidos en el paciente, y así evitar repeticiones y pérdidas de tiempo en la atención. Por consiguiente un registro de enfermería debería ser aquel que recoge información suficiente para permitir que otro profesional, asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del enfermo.

En este mismo orden de ideas Potter, P., Griffin, A. (2002) Define Registros como: “Una documentación legal permanente de la información relevante para la gestión de cuidados de salud de un cliente” (p.512). Por consiguiente todos los hospitales tanto públicos como privados que ofrezcan cuidados de salud durante las 24 horas del día, deben mantener vigencia en la aplicación y cumplimiento de los registros, efectuados tanto por enfermería como por el resto de las disciplinas que participan en la atención del paciente, lo que permitirá, contar con información continua y coherente de los cuidados proporcionados al cliente, de igual forma los registros deben contener los aspectos relevantes de cambios y observaciones detectadas en el enfermo según la respuesta a la terapéutica aplicada. En definitiva los registros son considerados un documento legal, los cuales deben estar implícitos en la historia clínica del paciente. En caso que el expediente no sea indicio confiable del cuidado del enfermo, es probable que si este último hace una demanda la gane.

De igual modo Potter, P. Griffin A. (op cit) Define Documentación como: “Cualquier cosa escrita o impresa que sirve de registro de una prueba para personas autorizadas” (p.513). En este sentido la documentación efectiva refleja la calidad del cuidado y proporciona evidencia de la responsabilidad de cada una de los miembros del equipo de salud. Así como también es una de las mejores defensas frente a las reclamaciones legales asociadas a los cuidados del enfermo, en conclusión los

cuidados de enfermería pueden haber sido excelentes; sin embargo, ante un tribunal los cuidados no documentados son cuidados no proporcionados.

En este sentido Carpenito, Lynda (1994). Expresa que: “Es posible dentro del ámbito de las normas de la práctica existente... los sistemas de registros coordinados con los requisitos de registros designados, dan también a la enfermera una óptima defensa en caso de pleitos y retos legales” (p. 27). Cabe señalar que el personal de enfermería a la hora de registrar la información del paciente debe cumplir con una serie de lineamientos para que así se pueda obtener y visualizar de ellos los datos necesarios que cubra todos los requisitos exigidos en los formatos de registros.

En este aspecto, es necesario que se realice el manejo efectivo en el cumplimiento de las normas legales para la elaboración de los registros de enfermería estos aspectos deben ser conocidos y utilizados con precisión y seguridad por la enfermera(o) para evitar errores en el registro de la información que pueda ser utilizada como prueba de conducta no profesional o de mala calidad de la asistencia prestada; ya que estos pueden ser utilizados como defensa en posibles demandas que puedan surgir, ante las acusaciones por mala praxis.

El profesional de enfermería debe tener en cuenta los **lineamientos que debe seguir al elaborar los registros de enfermería**; entre los que cabe destacar: la asignación temporal, la confidencialidad, la permanencia, la identificación, la pertinencia, la secuencia, y el informe final.

Con respecto a la **Asignación Temporal**; esta referida al momento que se realiza el registro, tal como: lugar, fecha y hora.

Al respecto Kozier, B., Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J. (1999). Refieren que: “Para cada anotación, es esencial documentar la fecha y hora del apunte y de la

valoración o la intervención, no solo por razones legales sino también por la seguridad del cliente” (p.190).

DuGas, B. (2000). Al respecto expresa que: “Las horas se apuntan con exactitud en el libro de notas de las enfermeras” (p.163). Debido a que todo formato destinado para el registro de enfermería debe contener un reglón o espacio específico para anotar la fecha y hora del apunte o nota de enfermería que se realice, esto permitirá un adecuado control y guía en caso de monitorear la evolución del enfermo, la calidad de los cuidados de enfermería, y a su vez se pueden evitar las actuaciones o participación del personal de enfermería de forma repetitiva.

Cabe mencionar que los apuntes que realicé la enfermera y otros miembros del personal de salud en relación a los problemas del paciente, requiere de la identificación de la persona que lo realizó, así como también de coherencia para ofrecer con un mínimo de errores, cuidados a los enfermos. DuGas, B. (2000) Puntualiza que: “Las personas que elaboran estas notas las enumeran según el problema al cual se refieren, mencionando la fecha y escriben al final su nombre y título profesional” (p.162). Lo expresado certifica una vez más que todos los registros de enfermería deben ser elaborados de forma completa, siguiendo los lineamientos indicados para así dejar una constancia fiel de la condición del paciente, así como también deben ser manejados y utilizados de forma confidencial.

Con respecto a la **Confidencialidad**; Kozier B., Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J. (1999). Señala que: “La historia del cliente esta protegida legalmente como registro privado de sus cuidados.”(p.191). Por lo que todos los registros que se encuentren en la historia del paciente deben ser considerado un testimonio escrito de la información recopilada de cada enfermo, y debe manejarse como documento confidencial de cada paciente.

Sin embargo en algunos casos, cuando un enfermo reclame por daño ocasionado a su persona, el historial clínico y sus registros dejan de ser confidenciales cuando el paciente autoriza que se le revise. Así lo expresa el autor antes citado. “El paciente puede solicitar que se utilice la historia como prueba. En estos casos, el cliente debe firmar una autorización para la revisión, copia o extracción de datos de su historia” (p.190). En caso de ser necesario la revisión o uso de los registros de enfermería para investigaciones de carácter legal, reclamo de compensaciones, o otra razón el enfermo o sus familiares, si su condición de salud no se lo permite debe presentar una autorización por escrita que indique claramente la aprobación para utilizar los datos de la historia, la información que debe extraerse y a quien va dirigida dicha información.

De igual modo, el citado autor. Manifiesta: “Que en ningún caso puede permitir la enfermera el acceso a la historia del cliente a ninguna otra persona que no sea del equipo que administra sus cuidados” (p.190). Lo señalado por el autor permite al personal de enfermería concientizar en relación al manejo y manipulación de la información contenida en los formatos de registro, ya que lo documentado en los registros de enfermería describen la condición del enfermo, lo que requiere ser manejado con alto sentido de responsabilidad tanto por el personal de enfermería como el personal médico y demás miembros que participan en las atenciones del paciente.

Lo antes expuesto esta fundamentado por el Código Deontología de Venezuela de La Federación del Colegio de Enfermeras de Venezuela (1999). Plantea en el artículo 43 que: “El profesional de enfermería velara por la confidencialidad de la historia clínica impidiendo ser leída por el usuario, familia o personas ajenas al equipo de salud” (p.13). Por su parte el personal de enfermería en razón del ejercicio profesional esta en la obligación de mantener la confidencialidad de la información contenida en la historia del paciente; ya que es importante para la

protección, del usuario como, de la institución para la cual labora. De allí la importancia de que los registros de enfermería sean transcritos con tinta adecuada, a fin de garantizar la permanencia de lo escrito.

La **Permanencia;** de los registros de enfermería esta avalada por DuGas, B. (2000). Quien describe que: “Todo registro que se inscriba en la historia debe hacerse con tinta indeleble de color oscuro, para facilitar su correcta duplicación y la identificación de correcciones o alteraciones” (p.170). Los profesionales de enfermería y demás integrantes del equipo de salud, al momento de registrar aspectos relacionados con la condición del paciente deben hacer uso obligatorio de tinta de color indicado por la institución donde labora, preferiblemente de color oscuro (Negro o Azul). Lo que permite duplicar claramente la información y visualizar fácilmente las alteraciones en los registros elaborados. Además todos los formatos deben estar debidamente firmados por la persona que los elabora. También se debe tener en cuenta que los formatos sean elaborados en hoja de buena calidad, o en su defecto en un libro foliado, el cual debe ser guardado en un sitio seguro y accesible en caso de ser necesario.

En relación con la **Identificación;** de los registros de enfermería. Kozier, B., Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J. (1999). Señala: “Que cada apunte de las anotaciones de enfermería es firmado por la enfermera que lo escribe”(p.191). Lo expresado evidencia que todos los registros de enfermería deben estar firmados por la enfermera(o) que elaboro el registro. En conclusión la firma del registro no puede ser una acción delegada a otro compañero a si sea este del mismo nivel académico, ya que esta debe ser una actuación realizada por la persona que transcribe los datos del paciente a un formato de registro.

Kozier, B; Erb, G; Blais, K; Wilkinson, J. (1999). Expresa que: “La firma incluye nombre y titulación. Y además las enfermeras han de seguir la política del

centro en cuanto a la consignación de sus nombres” (p.191). Lo que permite concluir que la firma de cada registro de enfermería debe contener nivel académico, nombre y apellido legible de quien lo realiza, sin embargo es recomendable que el personal de enfermeras(os) aplique este lineamiento de acuerdo a las normas que imparta el centro donde labora. Debe señalarse que todo registro firmado por los profesionales de enfermería debe ser pertinente con la condición de los pacientes.

La **pertinencia**; al registrar los eventos y la condición clínica del paciente facilita la planificación de los cuidados por parte del personal de enfermería al respecto DuGas, B. (2000). Afirma que: “Solo se registran datos pertinentes a los problemas de salud. No deben hacerse anotaciones personales que el paciente confíe ni información irrelevante que pueda transgredir la privacidad” (p.170). Tal como lo afirma el autor, las anotaciones deben estar basadas en datos objetivos que permitan identificar claramente la condición clínica del paciente e identificar los problemas; a fin de buscar soluciones adecuadas; ya que las anotaciones irrelevantes dificultan y retardan la planificación de los cuidados.

Dentro de este orden de ideas Iyer, P; Taptich, B. y Bernocchi, L. D. (1993). Expresa que: “Las anotaciones de enfermería deberán escribirse en forma objetiva, sin prejuicios, valores, juicios u opiniones personales. También deberá incluirse la información subjetiva proporcionada por el cliente, la familia y otro miembro del equipo de salud” (p.62). Lo que permite deducir que el personal de enfermería debe ser objetivo al momento de registrar los datos obtenidos en la valoración subjetiva y objetiva del paciente, y no registrar juicios de valores y opiniones personales, también debe tomarse en cuenta la información suministrada por el cliente, familia, allegados y otros miembros del equipo de salud.

En este contexto Kozier, B; Erb, G; Olivieri (1993). Presenta una situación que ilustra lo referido anteriormente: “Es más preciso escribir que el cliente rechazo

la medicación (Hecho) que decir que no coopero (Opinión); es preferible escribir que el cliente lloraba (Observación) que estaba deprimido (Interpretación)” (p.340). Es esencial que las anotaciones hechas en los registros de enfermería sean exactas y reales. Ya que las anotaciones exactas significan hechos u observaciones precisas que ayudan a definir con claridad la conducta a seguir en la planificación de los cuidados.

Sin embargo Kozier, B., Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J. (1999). Manifiesta que:

Las opiniones o interpretaciones pueden no ser exactas. De manera similar, cuando un cliente expresa preocupación sobre su diagnóstico o problema, debe citarse textualmente en la historia: (refirió: “Me preocupa mi pierna”). La enfermera debe registrar, lo que oye así como lo que observa. Al hacer descripciones, debe evitar términos generales, como grande, bueno o normal, que pueden ser interpretados de forma distinta. (p.191).

En este sentido el personal de enfermería al momento de registrar las inquietudes o necesidades expresadas por el paciente, debe hacerlo, registrando de forma textual lo referido verbalmente por el, teniendo la precaución de no utilizar palabras que puedan ser interpretadas de distinta forma. Por lo cual se debe mantener la secuencia al registrar los datos expresados, tal como fueron ocurridos.

En relación a la **secuencia**; DuGas, B. (2000). Expresa que: “Los acontecimientos deben documentarse en el orden en que se suceden o se realizan, y además con la secuencia de valoración, intervenciones y respuestas” (p.170). Lo que permite concluir que los registros de enfermería deben realizarse, de acuerdo al orden en que se producen, de manera que se aprecie con claridad y coherencia la valoración, evolución del paciente, la participación de enfermería y por ultimo las respuestas del enfermo, a la terapéutica aplicada. Todos y cada uno de estos aspectos deben ser

registrados en un informe final, al culminar la jornada de trabajo; lo que permite dar continuidad a los cuidados de paciente.

En cuanto al **Informe final**; es el registro realizado por el personal de enfermería al final de la jornada de trabajo, el cual contiene todos los eventos ocurridos al paciente, los cuidados dados al mismo y los pendientes.

Balderas, M. (1995). Indica que los Informes: “Son documentos escritos, en los cuales se presentan datos y cifras en forma ordenada y significativa para la toma de decisiones” (p.87). De acuerdo a lo señalado por el autor se puede concluir que el personal de enfermería debe realizar el informe final, antes de culminar su jornada, y el mismo tiene que contener de forma completa y detallada las situaciones o eventos presentados durante el turno, debiendo reflejar datos reales manteniendo la congruencia de los hechos.

De esta manera Kozier, B; Erb, G; Blais, K; Wilkinson, J. (1999). Expresa que: “Los datos recogidos han de ser completos y útiles para el cliente y los profesionales sanitarios” (p.192). En este sentido los datos obtenidos del paciente deben estar reflejados de manera clara, completa, que aporte la información necesaria que permita a las diferentes disciplinas de la salud seleccionar adecuadamente la conducta a seguir, con el fin de ayudar al paciente a disminuir o mejorar el problema de salud actual.

Los planteamientos realizados en relación con los lineamientos que se deben seguir al llevar los registros de enfermería, permiten concluir que la elaboración adecuada de los mismos, requieren de una serie de pasos que son necesarios para que estos registros sirvan como base legal y como medio de comunicación entre los profesionales del equipo de salud.

Las documentaciones incompletas o elaboradas inadecuadamente traen problemas frecuentes de comunicación y podría ser evidencia de mala praxis.

Al respecto Potter, P; Griffin, A. (2002). Detalla a continuación aspectos de registros inadecuados: “1.No registrar en la grafica la hora correcta cuando sucede un hecho; 2. No registrar las órdenes verbales o no hacer que sean firmadas; 3. Registrar en la grafica acciones por anticipado para ganar tiempo, 4. Documentar datos incorrectos” (p.514). Por lo que el personal de enfermería debe tomar en cuenta los lineamientos apropiados para desarrollar debidamente la documentación de los cuidados administrados ya que este es el único soporte que avala la calidad de los cuidados, siendo una herramienta de utilidad para detectar a tiempo situaciones clínicas susceptibles a ser atendidas, a si mismo la documentación se convierte en un mecanismo que soporta científicamente las decisiones tomadas y por otro lado constituyen una base legal.

En este mismo orden de ideas **los registros de enfermería son elaborados con el fin de alcanzar diversos objetivos** tales como: Comunicación, Documento legal, Investigación, Estadística, Docencia, Planificación de los cuidados y Control de calidad. Para así conocer la efectividad de la asistencia prestada por el personal de salud.

Unos de los principales objetivos de los registros de enfermería es la **Comunicación**; ya que a través de esta, los miembros del equipo de salud se informan de la condición y evolución del paciente.

Al respecto Kozier, B; Erb, G; Olivieri (1993). Afirman que: “El registro es el vehiculo por medio del cual se comunican los miembros del equipo sanitario” (p.324). Es por esto que el personal de enfermería debe cumplir obligatoriamente con

las normas pautadas para realizar los registros de enfermería, ya que este es un documento escrito que permite la comunicación entre dos o mas personas.

De igual modo Kozier, B; Erb, G; Blais, K; Wilkinson, J. (1999). Señalan que: “La comunicación escrita impide la fragmentación, la repetición y las demoras en la atención al cliente” (p.177). Por consiguiente la documentación adecuada en los registros impide que los cuidados se realicen por parte, que se repitan cuidados que no son necesarios y que se presenten retardos en la atención del paciente. Ya que en los registros, deben estar especificados los cuidados pendientes.

A su vez Potter. P., Griffin, A. (2002). Indican que los registros: “Sirven como una descripción de lo que ha ocurrido exactamente a un cliente” (p.514). Puesto que los registros ofrecen al personal de enfermería y a los demás integrantes del equipo de salud, una guía continua que refleja detalladamente todo lo relacionado con el enfermo, de allí la importancia de exigir que el expediente clínico completo este en la grafica del paciente, ya que todos los registros contenidos en la misma, constituyen una prueba legal.

Los registros de enfermería, para que sean un medio de comunicación, deben ser elaborados de forma clara y coherente a fin de que sea de fácil interpretación para todos los profesionales de la salud. Además el mismo, debe contener aspectos específicos y relevantes de los cuidados brindados al usuario y lo pendiente por realizar y de la evolución y condición clínica del paciente.

Ya que estos registros representan un **Documento legal**; que avala los cuidados brindados al enfermo.

Así mismo lo sustenta Kozier, B; Erb, G; Olivieri (1993). Al describir que: “El registro es un documento legal aceptado en un juicio como prueba” (p.324). Por

lo que la documentación de los registros exacta, oportuna y completa sirve como defensa del personal de enfermería y otras disciplinas que se encuentren frente a situaciones legales asociadas con la atención del cliente.

Por su parte DuGas, B. (2000). Manifiesta que los registros contenidos en la historia: “En algunas Jurisdicciones no se acepta como prueba cuando el paciente se opone, debido a que la información que este da al personal de salud se considera confidencial” (p.167). Teniendo en cuenta lo expresado por el autor, los registros contenidos en la historia clínica son un testimonio emitido por el enfermo que se considera de carácter privado, ya que la información contenida en estos pertenecen al paciente y solo puede hacerse uso de esta en caso de que el paciente así lo desee.

En esta perspectiva también cabe acotar que los contenidos de los registros en relación con los problemas de salud, son una evidencia **Estadística**; de la morbilidad, y la mortalidad de una región o país específico.

En este sentido Kozier, B., Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J. (1999). Expresa que: “La información estadística obtenida de las historias de cliente puede ayudar a una entidad a prever y planificar en función de las necesidades de la población”(p.177). Por lo que el personal de salud debe considerar los registros como un recurso valioso que permite describir claramente las características de una población con problemas de salud. Tomando en cuenta los datos obtenidos, los diferentes organismos aportan la ayuda necesaria para atender las necesidades identificadas.

De igual modo Kozier, B., Erb, G., Olivieri (1993). Indica que: “La estadística que surge de estudios ayuda a prevenir y a planificar las necesidades futuras”. (p.324). Lo señalado anteriormente permite al personal sanitario y otras entidades mantener información actualizada en cuanto a frecuencia de trastornos clínicos,

complicaciones entre otros datos de gran relevancia que facilite a las instituciones respectivas organizar planes estratégicos prácticos y aplicables a la comunidad en caso de ser necesario.

Al respecto DuGas, B. (2000). Manifiesta que: “Algunos datos estadísticos, como nacimientos y muertes, se archivan en organismos gubernamentales y pasan a formar parte de las estadísticas locales, nacionales e internacionales” (p.167). De allí la importancia de registrar toda la información en la historia clínica ya que de la misma se extraen datos importantes a la hora de registrar el número de nacimientos, número de muertes, y la causas de los mismos. De tal manera que ofrezca una estadística real de una localidad o país específico.

Por consiguiente los registros estadísticos sirven de base a las **Investigaciones**; en el campo de la salud.

Kozier, B; Erb, G; Blais, K; Wilkinson, J. (1999). Acota que: “La información recogida en la historia puede constituir una valiosa fuente de datos para la investigación” (p.177). Lo señalado por los autores refleja una vez más la importancia de registrar en la historia del paciente datos reales, exactos y precisos que puedan emplearse en investigaciones. A su vez toda la información documentada en la historia clínica va a representar para el personal asistencial una guía de gran valor al momento de modificar o planear nuevas medidas que ayuden al enfermo a mejorar su condición de salud.

En este sentido DuGas, B. (2000) Indica que: “La información contenida en las historias o expedientes es la principal fuente de datos primarios y secundarios para cualquier investigación.”(p.167). De allí la importancia de registrar la información lo más objetiva posible, que permita al personal de salud, desglosar y descifrar fácilmente los problemas que afectan al paciente.

De igual modo Kozier, B., Erb, G., Olivieri (1993). Expresa que: “Un registro hecho hace tiempo ayuda en un problema actual.” (p.324). Ya que si el mismo esta estructurado bajo un orden secuencial con datos completo, exacto y reales pueden aportar información útil al personal de salud, a la hora de tratar a un paciente con un problema similar. A su vez Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi-Losey, D. (1993). Afirma que las anotaciones de enfermería: “Proporcionan la base para la investigación de enfermería. La información hallada en el historial del cliente se puede utilizar como fuente de identificación de cuestiones de estudios específicos de la práctica de enfermería” (P.61). Lo que permite concluir que la información contenida en la historia clínica pasa a ser un elemento de ayuda para todos los integrantes del equipo de salud, y en especial para el personal de enfermería quien es el que comparte la mayor parte del tiempo con el paciente, Además que le proporciona información relacionada con el comportamiento de un problema de salud específico susceptible de ser investigado.

Cabe señalar que estos estudios y sus resultados, contribuyen desde el punto de vista con la **Docencia**; puesto que ayuda a la formación de futuros profesionales.

Al respecto DuGas, B. (2000). Señala que: “Los expedientes son una fuente esencial de información que resulta muy útil como recurso educativo” (p.167). Lo antes señalado por el autor permite concluir que la información contenida en la historia clínica representa una fuente importante, que servir para la formación tanto del personal profesional como de otros estudiantes que estén iniciando estudios relacionados con el área de la salud.

Por su parte Kozier, B; Erb, G; Olivieri (1993). Describe que: “Los alumnos de diferentes disciplinas sanitarias emplean los registros como instrumento para su formación. Generalmente proporcionan una visión completa del enfermo, la patología y los cuidados que se le dan” (p.325). De allí la importancia de registrar toda la

información posible en los formatos respectivos, ya que estos tienen como objetivo fundamental proporcionar una información completa y oportuna de la situación real del paciente. De igual modo ayuda a la formación académica, de los futuros profesionales sanitarios, aportando así datos específicos que ayuden a descifrar y a comprender los problemas de salud que afectan al enfermo.

En este mismo orden de ideas los registros de enfermería también se emplean para controlar y evaluar la calidad de los cuidados que el enfermo recibe, y la competencia de cada profesional de enfermería implicado en el procedimiento. Por lo tanto para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería se realiza la **Auditoria**; de los cuidados de enfermería.

Al respecto DuGas, B. (2000). Define la auditoria de enfermería como: “Un proceso retrospectivo pues se estudia el pasado para cerciorarse que los cuidados que ha administrado la enfermera se han ajustados a las normas establecidas” (p156). En conclusión la auditoria de los registros de enfermería sirve para evaluar el trabajo de la enfermera(o), ya que permite descubrir deficiencias e irregularidades, y plantear soluciones, así como también sirve de ayuda para lograr un control continuo y constructivo, lo que permite inferir que la enfermera debe registrar todos los cuidados administrados al paciente, ya que dicho registros es utilizado por el comité de control de los cuidados de enfermería, así como también por algún tribunal en caso de ser necesario.

Por otro lado para asegurar la calidad de los cuidados se requiere que el personal de enfermería cuente con los medios y recursos necesarios para lograr exitosamente las metas trazadas en el **Plan de cuidados**; por su parte el mismo autor expresa que: “Se trata de saber si la instalación, equipo y personal permiten a las enfermeras administrar cuidados adecuados y de alta calidad” (P.157). por lo tanto el personal de enfermería, requiere para el cumplimiento de sus actividades contar con recursos humanos capacitados y implementos adecuados tales como: Equipos,

material médico quirúrgico, espacio físico. Así como también formatos de registros, donde se deje constancia escrita de los cuidados brindados al enfermo. Toda esta serie de elementos permiten que la enfermera(o) proporcione cuidados de calidad en función a la recuperación del paciente.

Para que la enfermera y el resto de las disciplinas de la salud, proporcione cuidados de calidad se considera necesario contar con información relevante obtenida durante la valoración, registrada en el expediente clínico del enfermo, para así organizar los datos y elaborar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas del paciente.

Kozier, B; Erb, G; Olivieri (1993). Indica que: “Las enfermeras utilizan los datos tomados al ingreso del paciente para establecer el plan de cuidados” (p.325). Lo que permite inferir que el personal de enfermería al registrar de forma indebida e incompleta los datos del paciente al ingresar, al centro hospitalario trae como consecuencias dificultades a la hora de organizar la información, elaborar los diagnósticos de enfermería. Así como también inconvenientes al momento de planificar los cuidados. Lo que pudiese complicar la situación de salud del enfermo.

En relación a la planificación de los cuidados. Iyer P; Taptich. B; y Bernocchi-Losey, D. (1997). La define como: “La elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificado en el diagnóstico de enfermería” (p.157). Por lo tanto en esta fase la enfermera(o), plantea por escrito y de forma esquematizada las medidas o acciones necesarias para ayudar al paciente a lograr los objetivos, haciendo uso de los planes de cuidados.

Griffith, J. M; Christensen, P. (1986). Expresa que el plan de cuidados es: “El medio primario de comunicación, sincronización y organización de las acciones de

todo el personal de enfermería” (p. 178). Por esto, es necesario que la enfermera (o) documente el plan de cuidados, que no es más que el registro de los diagnósticos, los objetivos y las intervenciones de enfermería, con el propósito de mantener la comunicación entre los profesionales de los diferentes turnos y otros integrantes del equipo de salud. Además sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería.

En este orden de ideas los planes de cuidados, ofrece una serie de ventajas en beneficio a la práctica de enfermería. Al respecto Carpenito, Lynda (1994). Expresan que:

“Los planes de cuidado proporcionan directrices escritas al personal de enfermería, en vez de confiar en la comunicación oral. Ayudan a garantizar una continuidad asistencial para el paciente. Dirigen a las enfermeras para que intervengan en el grupo de prioridades de problemas del paciente. Proporcionan el modo de revisar o evaluar los cuidados. Demuestra el complejo rol de los profesionales de enfermería, para ratificar su posición en los centros de atención sanitaria” (P.18).

Por lo tanto los planes de los cuidados proporcionan un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada. Así como también sirve como medio de comunicación entre los profesionales de enfermería en relación a la información que estos deben conocer sobre el paciente. En conclusión un plan de cuidados bien redactado proporciona dirección, guía y significado al cuidado de enfermería.

Al respecto el personal de enfermería debe tener la capacidad, conocimiento y técnicas necesarias para elaborar, planes de cuidados asistenciales al enfermo

hospitalizado y planes domiciliarios o educativo una vez dado de alta. Tomando en cuenta las medidas asistenciales ideales.

Por lo tanto los planes de cuidados asistenciales requieren para su aplicabilidad de normas asistenciales. Al respecto Carpenito, Lynda (op cit). Señala que las normas asistenciales son: “Directrices detalladas que representan los cuidados predecibles indicados en una determinada situación” (p.18). Lo que permite inferir que estos planes deberán representar los cuidados que las(os) enfermeras(os) son responsables de proporcionar al paciente hospitalizado, haciendo el mejor uso de la información contenida en los registros de enfermería.

Mientras que los planes domiciliarios o educativos requieren de acciones coordinadas y cooperación entre los profesionales de la salud para diseñar las medidas o estrategias adecuadas, que permitan enseñar al paciente y a sus familiares como controlar la situación en el hogar. Este tipo de planificación de cuidados debería estar coordinada por una enfermera coordinadora del alta y registrado en el formato indicado por la institución.

Al respecto el mismo autor afirma que: “La coordinadora del alta deberá ser una enfermera, ya que la mayoría de los cuidados, posteriores a la hospitalización, implican cuidados de enfermería...” (p. 25). Lo expresado por el autor permite concluir que la enfermera que planifica los cuidados domiciliarios, debe saber identificar las necesidades concretas para mantener o lograr el máximo funcionamiento del paciente después del alta. Así como también debe dejar constancia escrita de sus actuaciones o participación en el plan de cuidados diseñado para cada paciente.

Cabe mencionar que solo la interacción directa entre la enfermera(o) y el paciente, somete al profesional de enfermería a riesgos por lo que su práctica debe

estar regulada por preceptos legales, por lo que deben poseer un amplio conocimiento de las implicaciones legales que puedan generarse por sus acciones, si las mismas no están debidamente registradas y/o autorizadas. Ya que los registros de enfermería constituyen una base fundamental para mantener una comunicación efectiva entre los diferentes turnos y otras disciplinas de la salud. Visto de esta forma los registros de enfermería permiten tanto la comunicación escrita como verbal entre los miembros del equipo de salud, la cual es necesaria para los cuidados del cliente.

Normalmente los miembros del equipo se comunican a través de reuniones, informes y registros. Es por ello que los registros siempre se hacen por escrito, es un documento formal y legal, Además tiene varios propósitos: Ayuda a administrar los cuidados proporcionados a los enfermos, evita que el paciente tenga que repetir la misma información, fomenta la exactitud en la asistencia y disminuye la posibilidad de errores, ayuda hacer mejor uso de el tiempo eludiendo actividades superpuestas.

Por otro lado, cuando el profesional de enfermería incurre en el cumplimiento y control de los registros de enfermería, sin duda alguna genera responsabilidades y sanciones derivadas del incumplimiento de sus funciones, ya que los registros son considerados documentos legales ante un tribunal.

El Código Deontológico De Venezuela De La Federación del Colegio de Enfermeras de Venezuela (1999). En el artículo 40 contempla: “Los registros en la historia clínica de enfermería, deben reflejar con certeza las condiciones del enfermo a su ingreso al establecimiento de salud, y la evolución mientras dure la estadía y debe ser manejado con sinceridad y responsabilidad” (p.11). En este sentido se infiere que las anotaciones de enfermería deben reflejar con claridad la condición de salud del enfermo, mientras dure la hospitalización y debe ser manejado por todo el equipo de salud que participa en los cuidados del enfermo con sinceridad y alto sentido de responsabilidad.

Por consiguiente la documentación de los cuidados de enfermería es el soporte que avala tanto la calidad de los cuidados como las actuaciones de las enfermeras (os), siendo una herramienta de gran utilidad para detectar a tiempo situaciones clínicas susceptibles a ser atendidos, por su parte los registros de enfermería se convierten en un mecanismo que soporta científicamente y solidamente las decisiones tomadas, y por otro lado constituye una base legal.

Para que el personal de enfermería este incurso en responsabilidades administrativas, civil o penal. Tanto por las actuaciones relacionadas con el paciente, como por las actuaciones relacionadas al cargo; es necesario que haya habido negligencia, impericia, imprudencia, inobservancia u omisión de los reglamentos.

Cabe mencionar que en la práctica de enfermería segura, incluye la comprensión de las implicaciones legales, dentro de lo que a enfermería le compete por ende dicho personal debe comprender la ley para protegerse a si misma (o) de responsabilidades y sanciones, para proteger los derechos de los pacientes garantizando, atención segura y adecuada al mismo.

En este mismo orden de ideas, es necesario mencionar que existen actuaciones que generan para el personal de enfermería una serie de consecuencias capaces de producir responsabilidad legal; tales como la negligencia, impericia, imprudencia, inobservancia de los reglamentos u omisión.

Dentro de esta perspectiva Lares, Ana M. (1992) Expresa que la **Negligencia**; “Consiste en no realizar un acto o tarea en la forma debida o en hacerlo con retardo, insensatez y falta de cordura; o bien, en no hacerlo, a pesar de ser un acto de su competencia” (p.47). La autora se refiere a que cuando un profesional de enfermería deja de cumplir alguna actividad inherente a su cargo o lo realiza de forma indebida,

y no en el momento preciso, se esta actuando con negligencia. Lo cual se puede evidenciar tanto en la evolución del paciente como en los registros de enfermería.

De igual modo Guevara, Rafael A. (1996). Afirma que la negligencia: “Es básicamente la falta de diligencia, y diligencia comprende cuidado, celo, solicitud, desvelo en la ejecución de alguna cosa o función, esmero” (p.98). En todo caso el personal de enfermería actuaría con negligencia cuando en el desarrollo o ejercicio de las actividades que le compete muestra poco interés para realizar dicha actividad, o las realiza con retardo o simplemente no las cumple, lo que pudiese ocasionar daños al paciente por no ser asistido en el momento debido, por ejemplo cuando la enfermera no registra las constantes vitales en la hoja de signos vitales, o episodios alérgicos estaría ante una actuación negligente.

Llama poderosamente la atención que la figura jurídica de la negligencia es la que tiene mayor incidencia dentro del ejercicio de enfermería, de lo anterior se desprende que es necesario poner en claro el termino de actuaciones negligentes y otras actuaciones que se desprenden de la práctica profesional del día a día, tal como la impericia.

En este sentido se comprende por **Impericia**; a las actuaciones que crean responsabilidades a las enfermeras(os) en la práctica diaria.

Así mismo Lares, Ana M. (1992). Afirma que la impericia: “Consiste en la ineptitud para el ejercicio de una profesión, arte o industria”. (p.47). Dicho de otro modo, todo aquel profesional que incumpla con el registro de sus actividades o proceda torpemente, demostrando falta de experiencia en la elaboración y aplicabilidad de los mismos, esta actuando con impericia. El citado autor afirma que: “El profesional de enfermería que posee conocimientos científicos y procede en contra de ellos, esta demostrando su impericia” (p. 47). Lo que permite inferir que la

enfermera(o) que conoce la importancia y logros que persiguen los registros y actúe en contra, ignorando el registro diario de las actividades y cuidados realizados en el enfermo. Coloca al profesional ante una actuación denominada impericia en el ejercicio de sus funciones.

Otra de las actuaciones que puede generar responsabilidad legal en el profesional de enfermería es la **Imprudencia**.

Al respecto Lares, Ana M. (op cit). Define la imprudencia como: “La violación de la norma de conducta que nos coloca en situación de obrar con la cordura necesaria para que nuestros actos no produzcan un efecto dañoso o delictuoso” (p.47). Lo expresado por el autor evidencia que el profesional de enfermería que no registre oportuna y de forma clara los cuidados y tratamientos brindados o no, a los pacientes podría dar origen a que se repita el cuidado o se administre nuevamente un fármaco, o no se administre por que se registró como cumplido, ocasionando daños al enfermo.

De igual modo Guevara, Rafael A. (1996). Afirma que la imprudencia: “Es la negación consciente del discernimiento, del buen juicio, de la cautela, de la circunspección, previsión y la precaución” (p.98). Según lo que afirma el autor, es la actuación consciente del profesional, a sabiendas que la omisión de sus actos y por ende el no registro de los mismos ocasionara daños, que ponen en riesgo la vida del cliente.

En relación con las actuaciones legales, se encuentra también la **Inobservancia** de los reglamentos, órdenes o instrucciones que genera también responsabilidad legal al personal de salud en este caso al personal de enfermería.

En este sentido Lares, Ana M. (1992). Indica que la inobservancia de los reglamentos, órdenes o instrucciones: "...no constituye un delito sino una mera infracción de servicio según la naturaleza de la norma violada" (p.48). Lo que permite inferir que el profesional de enfermería estaría actuando con inobservancia de los reglamentos, al incumplir con las normas o lineamientos al momento de realizar los registros de enfermería.

En este orden de ideas, es necesario señalar que entre las actuaciones que generan para el personal de enfermería consecuencias legales. Se puede mencionar la **Omisión**. Al respecto Lares, Ana M. (op cit) expresa que consiste:

En la abstención, o en la inactividad, frente al deber o la conveniencia de actuar en una determinada situación... Y se convierte en una figura relevante legalmente cuando a esa omisión o inacción se le atribuye el perjuicio sufrido por el paciente en su vida o en su salud. (p.48).

Cabe señalar que el profesional de enfermería debe tener presente cuando esta actuando por omisión, al llevar los formatos de enfermería, ya que al no registrar algún dato o acontecimiento realizado al paciente por olvido, podría generar consecuencias graves a este, si se repite la acción por no estar asentada en los formatos de registros debidamente.

Es conveniente destacar que cuando el profesional de enfermería ingresa a una institución de salud adquiere una serie de obligaciones en las cuales el centro de sus actividades es el paciente, sin embargo, además de la atención que debe prestársele a éste, existe un conjunto de obligaciones, que al no ser tomadas en cuenta, genera para quienes la infringen una serie de consecuencias capaces de producir sanciones legales en el profesional de enfermería.

Por lo tanto la **Responsabilidad Profesional**; implica que toda persona encargadas de prestar un servicio o atención en particular, debe ser responsable de sus actuaciones. Así mismo lo refiere Quintini, Alizo G. (1999). Al expresar que tiene: “Responsabilidad profesional; toda persona autorizada para prestar un servicio a la comunidad, mediante la práctica, de una profesión u oficio reconocido, y es responsable de los efectos causado por su actuación sobre las personas y las cosas...” (p. 33). En relación a lo expresado por el autor, el profesional de enfermería en el ejercicio de sus funciones, es responsable de las consecuencias causadas en el desempeño de sus actividades relacionada con los pacientes, al igual que con los bienes de la institución; por lo que el mismo debe llevar un registro minucioso de todos y cada uno de los cuidados brindados al enfermo y de las condiciones en que se reciben los materiales y equipos a su cargo.

Por su parte es importante que el profesional de enfermería asuma la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de la profesión, por tanto las decisiones, como las consecuencias que de ellas se deriven deben quedar registradas en la historia del paciente. En este sentido partiendo del principio moral profesional la ausencia de registros puede entenderse como una falta, por parte de la enfermera(o), que pone en duda si asume o no la responsabilidad de su actuación.

Desde esta perspectiva se considera de especial interés que las enfermeras(os) conozcan sobre las implicaciones legales que se derivan de inexactitudes deliberadas en el expediente, si se alteró el expediente u otro documento relacionado con los cuidados del paciente o notas o informes destruidos para desviar la atención en cuanto a lo que ha ocurrido y en qué medida dejó de indicarse en la historia, que las órdenes terapéuticas o instrucciones específicas del cuidado médico fueron observadas por el personal de enfermería; de estar presente estas actuaciones, somete al profesional de enfermería a riesgos por lo que su práctica debe estar regulada por preceptos legales

con la finalidad de que se eviten fallas y prevenir los errores que pudieran presentarse, dichas leyes se encargan de sancionar las actuaciones de acuerdo a la categoría en que se encuentren en el ámbito: Administrativo, Civil y Penal.

En este marco de ideas cabe señalar que la concepción legal al referirnos a responsabilidad profesional, como la obligación que tiene el profesional de enfermería de responder administrativa, civil y penalmente por los efectos causados al presentar registros incompletos e inexactos que dificulten apreciar la condición real del paciente, generando fallas en la comunicación, interfiriendo en la aplicación de los cuidados. Como también por perjuicios causados al patrimonio o bienes institucionales.

Las implicaciones que se derivan de la práctica del profesional de enfermería, asumen ante la ley y la sociedad responsabilidades que se generan del que hacer. Al respecto cabe mencionar lo que puntualiza Pérez, Lozano A. (1996):

Debe ser el conocimiento de las responsabilidades legales motivo de preocupación para todo ciudadano y más para el médico quién esta al servicio de la humanidad, no debería tampoco desconocer aquel precepto que establece que la ignorancia de la ley no se excusa de su cumplimiento. (p. 197,198).

Evidentemente el autor señala la importancia del conocimiento de las responsabilidades legales y los reglamentos que rigen la práctica de la profesión, debido a que el desconocimiento de los mismos no lo exime de responsabilidad.

Es importante destacar que la enfermera(o) esta en el deber de asumir la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de la profesión, por tanto las decisiones que de ellas se deriven deben quedar registradas en los formatos de registros de enfermería, e incluidos en la historia del

paciente. Lo que afirma una vez más que el profesional de enfermería debe estar a la mano con los registros de enfermería y familiarizarse con las normas, requerimientos y procesamientos de los registros de la organización para las cuales trabaja.

Por su parte Lares, Ana. M. (1992). Indica que: “La responsabilidad legal no procede si no cuando se ha comprobado previamente la culpabilidad de los involucrados debiendo existir una relación de causalidad entre los culpables, el hecho culposo y el daño producido al paciente” (p.13). Por lo tanto la aplicabilidad de la responsabilidad legal procede cuando se ha demostrado dicha culpabilidad, en los funcionarios involucrados en la atención directa al paciente, o con respecto al incumplimiento de las obligaciones relacionadas al cargo y la protección, control y vigilancia de los recursos materiales.

En este sentido la Ley del Estatuto de la Función Pública (2002). En el artículo 79. Describe que: “Los funcionarios o funcionarias públicas responderán penal, civil, administrativa y disciplinariamente por los delitos, fallas, hechos ilícitos e irregularidades administrativas cometidas en el ejercicio de sus funciones...” (p.28). Por lo tanto el profesional de enfermería debe asumir las responsabilidades y sanciones, que se generen por actuación culposa dentro del ejercicio de la profesión.

Cabe mencionar que la responsabilidad legal se divide en tres tipos: Administrativo, Civil y Penal.

En cuanto a la **Responsabilidad Administrativa**; Lares, Ana M. (1992). Señala que la misma: “Procede por actuaciones culposas que han ocasionado un perjuicio al paciente o al patrimonio de la institución...” (p.14). Lo expresado por el autor permite inferir que el profesional de enfermería debe ejercer con sumo cuidado la profesión apegada a las normas y reglamentos específicos de la carrera de enfermería, precisando con exactitud los actos relacionados con la atención directa al

paciente que involucra las actuaciones propias de enfermería, en los cuales procede no solo la responsabilidad administrativa, sino también la responsabilidad civil y penal, según la falta o el daño ocasionado al enfermo.

Así mismo lo refleja Lares, Ana M. (1992). Al expresar que:

... cuando el profesional de enfermería, por una actuación culposa ocasiona un perjuicio a un paciente, a los bienes de la institución o incurre en una falta grave; será sancionado desde el punto de vista administrativo, con el despido; según la gravedad de caso, o imponerle sanciones disciplinarias menos graves, tales como las amonestaciones verbales o escritas... (p.41).

Lo citado anteriormente permite concluir que cuando por negligencia u omisión el profesional de enfermería no registre los datos relevantes del paciente, genera retardos, fallas en el cumplimiento de los cuidados, y por ende podría ocasionar complicaciones mayores, lo que traerá como consecuencia daños o perjuicios al paciente. Esta actuación genera en la enfermera(o) responsabilidades en el ámbito administrativo, civil y penal. Dependiendo de la gravedad y daños ocasionados al paciente, por no registrar debidamente las actuaciones.

Es importante destacar que dentro del ámbito legal, la **Responsabilidad Civil**; va a originarse para el profesional de enfermería por una actuación culposa del ejercicio profesional. Prueba de ello se encuentra establecida en el Código Civil de Venezuela. (1982) en los artículos números 1185, 1991, 1993, 1995, 1996. Los cuales expresan:

Art. 1185. El que por intención, o por negligencia, o por imprudencia, ha causado un daño a otro, esta obligado a repararlo. Art. 1991. Los dueños y principales o directores son responsables del daño causado por el hecho ilícito de sus sirvientes y dependientes, en el ejercicio de las funciones en que los han empleado. Art.

1993. Toda persona es responsable del daño causado por las cosas que tiene bajo su guarda, a menos que pruebe que el daño ha sido ocasionado por falta de la víctima, por el hecho de un tercero, o por caso fortuito o fuerza mayor. Art. 1995. Si el hecho ilícito es imputable a varias personas, quedan obligadas solidariamente a reparar el daño causado. Art. 1996. La obligación de reparación se extiende a todo daño material o moral causado por hecho ilícito. (p. 198, 199, 200).

De los artículos antes citados se concluye que el fundamento consiste en la obligación de reparar todo daño o perjuicio causado por una conducta culposa o intencional, por la cual la ley obliga con el pago de una indemnización al enfermo o a sus familiares, la misma es estipulada y fijada por el tribunal respectivo.

Antes lo expuesto, su importancia en la práctica de enfermería radica en que la misma debe ejercerse bajo lineamientos y normas que proporcionen seguridad y confiabilidad de la asistencia prestada al paciente, dejando registro claros, completos y exactos de las situaciones de cambios presentados en el enfermo, por ejemplo situación de alergia durante la medicación entre otra información relevante, por lo que son considerados elementos fundamentales para mantener secuencia, continuidad y vigilancia de la aplicabilidad de los cuidados.

Es importante destacar que de estar ausentes los registros de enfermería en la historia del paciente puede entenderse como una falta, por parte de los profesionales de enfermería, lo que genera consecuencias jurídicas por actuar con negligencia, imprudencia, impericia, inobservancia de los reglamentos u omisión, en cuanto a la existencia de los registros en el expediente del enfermo.

A modo de conclusión, al registrar la información del paciente de manera exacta, permite a los diferentes turnos y otras disciplinas de la salud que intervienen en la atención del paciente, mantener una comunicación efectiva y segura tanto para

el paciente, como para los profesionales de enfermería involucrados en los cuidados del paciente. Además, los registros de enfermería dan cobertura legal a las actuaciones de los profesionales de enfermería.

No se puede dejar de mencionar la **Responsabilidad Penal**; que es aquella que va a derivarse para el profesional de enfermería por actuaciones culposas que ocasionen perjuicio a la vida o a la salud del paciente.

Al respecto cabe mencionar lo que puntualiza Lares, Ana M. (1992). Al señalar que el: "... Daño o perjuicio al materializarse, puede consistir en una lesión, una incapacidad, o la muerte. Asimismo procede en relación con las actuaciones intencionales relacionadas con el deterioro, sustracción o pérdida de los bienes propiedad del organismo empleador" (p.36). Por consiguiente, la gravedad del daño designara la aplicabilidad de la pena, lo que permite concluir que el personal de enfermería esta en la obligación de registrar coherentemente y con exactitud todos los datos relevantes, relacionados con el paciente, ya que este puede denunciar por algún daño o lesión producida a su persona, y si este registro no emite con certeza lo que realmente sucedió, pone en juicio el correcto cumplimiento de los cuidados. Por lo que se puede deducir que los cuidados no registrados son cuidados no administrados, para que proceda la sanción penal se debe tener completa seguridad de la culpabilidad de los involucrados.

Desde esta perspectiva es importante mencionar lo que refiere el Código penal (2005). Al expresar en el artículo 424.

Cuando en la perpetración de la muerte o las lesiones han tomado parte varias personas y no pudiere descubrirse quien lo causó, se castigará a todos con las penas respectivamente correspondientes al delito cometido, disminuidas de una tercera parte a la mitad". (p.109).

A la luz de lo expresado, es imprescindible que todos los profesionales de enfermería conozcan las responsabilidades que conllevan sus propias actuaciones y en casos legales todos los que asisten al enfermo serán responsables, y sancionados en caso de demostrarse en los registros negligencia o omisión de la prestación de los cuidados prioritarios por parte de enfermería para mantener la vida del paciente, mas aun si está actuación es la causal del daño.

En este sentido el daño ocasionado a una persona en su vida esta tipificado en el Código Penal. (2005). Como delito, en el artículo 409. El cual establece:

El que por haber obrado con imprudencia o negligencia, o bien con impericia en su profesión, arte o industria, o por inobservancia de los reglamentos, órdenes o instrucciones, haya ocasionado la muerte de alguna persona, será castigado con prisión de seis meses a cinco años. (p. 105).

Lo expresado en el artículo antes expuesto tipifica lo que se conoce en derecho como homicidio culposo, en el cual no existe la intención de ocasionar daño, pero por haber obrado sin ninguna diligencia, prudencia y cautela, se produce una consecuencia dañina para el paciente.

Cabe mencionar que para que exista el delito de homicidio culposo se requiere de un hecho de muerte causado por acción o inacción (omisión), falta de previsión, previsibilidad y la relación de causalidad entre la acción y la inacción culposa del agente y el daño producido al paciente.

Como apuntan los planteamientos el énfasis recae sobre enfermería cuando por negligencia u omisión omite el registro de datos importantes como por ejemplo; paciente alérgico a la penicilina, y la misma es indicada y administrada, ocasionando

daños al paciente (La muerte). Al respecto, serán sancionados todos los enfermeras/o involucrados por actuaciones poco diligente, y la sanción consistirá en la imposición de una pena desglosada de la siguiente manera; privación de la libertad y suspensión del ejercicio profesional, por actuaciones poco diligente, en el desarrollo de sus actividades profesionales.

En este sentido, en caso de comprobarse el grado de culpabilidad de los involucrados, de acuerdo a su participación en el hecho, el profesional de enfermería será sancionado legalmente por las consecuencias negativas que se haya producido para el paciente. Por lo tanto las sanciones aplicables para el profesional de enfermería desde el punto de vista legal son las sanciones administrativa, civil y penal.

Por su parte Lares, Ana M. (1992). Expresa que la **Sanción Administrativa;** consiste: “En la suspensión o terminación de la relación laboral, según gravedad del hecho, por haberse ocasionado un perjuicio a la institución a la cual se presta servicios (públicos o privados), y procede por hechos culposos relacionados con el paciente...” (p.15). En atención a lo expuesto, podemos inferir que de acuerdo a la gravedad del caso la sanción administrativa se enfocará en suspender o poner fin a la relación laboral por haberse ocasionado perjuicio al paciente, ya sea por hechos culposos o intencional relacionados con la atención directa al enfermo. Incluyendo la inexistencia, perdida o falsificación de los registros de enfermería.

En este contexto es necesario aclarar que para la aplicación de la sanción administrativa deberá tenerse en cuenta el régimen legal aplicable al personal de enfermería dentro del organismo donde este empleado; si los profesionales de enfermería prestan servicios en el sector público, se les aplicara la ley del funcionario público y sus reglamentos, la ley orgánica del trabajo y su reglamento. Si el personal

de enfermería presta servicio en el sector privado, se le aplicaría el régimen legal establecido en la ley orgánica del trabajo y su reglamento, código civil y penal.

Por otra parte, es conveniente mencionar la **Sanción Civil**; que pueden ser aplicables al personal de enfermería, donde según Lares, Ana M. (1992). Puntualiza que la sanción civil: “Consiste en el pago de una cantidad de dinero como indemnización por el daño o perjuicio ocasionado al paciente (lesión, incapacidad o muerte) o al patrimonio de la institución...” (p.15). En resumidas cuentas la sanción civil radica en un pago o cancelación, por parte del profesional de enfermería de una cantidad de dinero a los familiares del paciente o al paciente, como indemnización por el daño producido, así como también implica el pago o cancelación de dinero en caso de pérdida o sustracción de los equipos o materiales medico quirúrgicos, medicamentos, lencería etc. Pertenecientes a la institución.

Así lo expresa el código civil (1982). En su artículo 1.187. Al conceptualizar que:

En caso de daño causado por una persona privada de discernimiento, si la víctima no ha podido obtener reparación de quien la tiene bajo su cuidado, los jueces pueden en consideración a la situación de las partes, condenar al autor del daño a una indemnización equitativa. (p. 198).

Al respecto la sanción civil, no es más que la cancelación de un dinero por concepto de indemnización por el daño producido al paciente, familiar o en otros casos a la institución. La cantidad a cancelar será asignada por un juez, según la gravedad del daño producido.

Por ultimo se encuentra la **Sanción Penal**; que consiste en la imposición de una pena que implica privación de la libertad y suspensión del ejercicio profesional y

la misma procede según lo referido por Lares, Ana M. (1992). “...por hechos culposos relacionados con el paciente o hechos intencionales que han ocasionado un perjuicio...” (p.15). lo que permite puntualizar que al demostrarse culpabilidad en el profesional de enfermería bien sea por hechos culposos o intencionales durante la práctica de su profesión, estará comprometido ante una sanción de tipo penal, bien sea una pena corporal (Privación de la libertad) o accesoria (suspensión del ejercicio profesional) por un determinado lapso de tiempo, esta pena será impuesta por sentencia final.

SISTEMA DE VARIABLE

Variable: Información que posee el profesional de enfermería sobre los registros de enfermería.

Definición Conceptual: Según DuGas, B. (2000). “Son constancias escritas que se dejan de los hechos esenciales, con el fin de tener un historial continuo de los acontecimientos ocurridos durante un periodo determinado” (p.166).

Definición Operacional: Consiste en la información que posee el profesional de enfermería sobre aspectos específicos relacionados con los registros de enfermería tales como: Lineamientos para la correcta elaboración, los objetivos, y las implicaciones legales al incurrir en la elaboración de los registros de enfermería.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.

VARIABLE: Información que posee el Profesional de Enfermería sobre los Registros de Enfermería.

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ITEMS
<p>Información sobre lineamientos para elaborar los registros de enfermería: Son las respuestas emitidas por el profesional de enfermería en relación a la información que posee en cuanto a las pautas o normativas que debe aplicar para realizar el registro de los datos y eventos presentados en el paciente. Tales como: asignación temporal, confidencialidad, permanencia, identificación, pertinencia, secuencia y informe final.</p>	<p>Respuesta emitida en relación a la asignación temporal :</p> <p>Se refiere a la referencia escrita que debe dejar el profesional de enfermería tomando en cuenta el momento exacto en que suceden los hechos. Tales como fecha y hora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha-Hora 	1
	<p>Respuesta emitidas en relación a la confidencialidad:</p> <p>Es el secreto o privacidad que debe mantener el profesional de enfermería de toda la información que le confié el enfermo o la que se tome de este, a través de la observación. Manteniendo la privacidad de los registros y de los cuidados, y autorizaciones emitidas por los enfermos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro privado de los cuidados del paciente • Estudios o publicaciones sin identificación del paciente. • Autorización por escrito detallada. 	2 3 4
	<p>Respuesta emitida en relación a la permanencia:</p> <p>Se refiere al tiempo de duración o existencia de un registro de enfermería a través de la utilización del material tal como; tinta indeleble, hoja de buena calidad, y libros foliados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de tinta indeleble. • Formatos, en hoja de calidad proporcionada por la institución, con membrete. • Libro foliado. 	5 6 7

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ITEMS
<p>Información sobre los objetivos de los registros de enfermería: Son las respuestas emitidas por el profesional de enfermería en relación a la información</p>	<p>Respuestas emitida en relación a la identificación:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Titulo, Nombre, Apellido legible y Firma 	8
	<p>Respuestas emitida en relación a la pertinencia:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de información exacta, completa y relevante 	9
	<p>Respuestas emitidas en relación a la secuencia:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de eventos en el orden en que se producen los hechos 	10
	<p>Respuestas emitidas en relación al Informe final:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de datos esenciales, <ul style="list-style-type: none"> • para conocer la condición del paciente 	11
	<p>Respuestas emitidas en relación a la comunicación:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación. 	12
	<p>Relacionadas con transmitir o dar a conocer una situación, bien sea verbal o escrita a los profesionales de los diferentes turnos y de las otras disciplinas de la salud.</p>		

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ITEMS
<p>que posee sobre los objetivos que generan los registros de enfermería, al ser presentados de manera completa tales como: comunicación, documento legal, investigación, estadística, docencia, control de calidad y planificación de los cuidados.</p>	<p>Respuesta emitida en relación al documento legal:</p> <p>Se refiere al carácter de todos los formatos contenidos en las historias clínicas del paciente</p> <p>Respuesta emitida en relación a la investigación:</p> <p>Se refieren a las actividades donde participa el profesional de enfermería, haciendo uso de los registros clínicos realizados a los enfermos tales como: los estudios de casos y soluciones o medidas de ayuda.</p> <p>Respuestas emitidas en relación a la estadísticas:</p> <p>Se refiere a los casos de morbilidad y mortalidad Para actuar en función de las necesidades de la población afectada en aspectos tales como: Prevalencia de enfermedades, planificación de estrategias.</p> <p>Respuestas emitidas en relación a la docencia:</p> <p>Se refiere a que los registros debidamente elaborados, contenidos en las historias del paciente representan para el personal de enfermería y el personal de formación en el área de la salud un instrumento para su formación académica.</p> <p>Respuestas emitidas en relación al control de calidad:</p> <p>Se refiere al seguimiento o evaluaciones que debe realizar el profesional de enfermería según las actuaciones o intervenciones documentadas en los registros a través de las auditorias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documento legal. • Estudio de casos o investigaciones • Soluciones de problemas • Prevalencia de enfermedades y Planificación de estrategias para contrarrestarlas • Instrumento de formación académica que permite una visión amplia del problema • Auditoria 	<p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p>

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ITEMS
<p>Información del profesional de enfermería, sobre las implicaciones legales en la elaboración de los registros.</p> <p>Son las respuestas emitidas por el profesional de enfermería, sobre la información que posee en cuanto a las actuaciones indebidas durante el desempeño de las obligaciones o tareas; que pueden generar responsabilidades en el personal de enfermería y sanciones de tipo: administrativo, civil, o penal a que esta expuesta.</p>	<p>Respuestas emitidas en relación a la planificación de los cuidados:</p> <p>Son las estrategias usadas por el profesional de enfermería para ofrecer a los enfermos cuidados apropiados y oportunos según los datos obtenidos en los registros, lo que permite elaborar un plan de cuidados asistenciales o domiciliarios según sea el caso.</p> <p>Respuestas emitidas en relación a las actuaciones:</p> <p>En que puede incurrir el profesional de enfermería al registrar los cuidados ofrecidos al enfermo, tales como: Negligencia, Omisión, Impericia, imprudencia e inobservancia. lo que puede comprometer legalmente a la enfermera (o)</p> <p>Respuestas emitidas en relación a responsabilidad y sanciones legales:</p> <p>Son las respuestas emitidas sobre lo que sabe acerca de las consecuencias jurídicas que van a producirse para el profesional de enfermería por un hecho culposo relacionado con la atención del paciente o el incumplimiento de las normas relacionadas al cargo (Responsabilidad). Tales como: Administrativa, Civil y Penal. Y su respectiva Sanción legal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de cuidados asistenciales y domiciliarios. • Negligencia • Omisión • Impericia • Imprudencia • Inobservancia • Consecuencias jurídicas y sus respectivas sanciones: <ul style="list-style-type: none"> • Administrativo • Civil • Penal 	<p>19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p> <p>25-26</p> <p>27-28</p> <p>29-30</p>

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Anotaciones de enfermería: Son notas que realiza la enfermera(o) en los registros clínicos de enfermería sobre los cuidados del enfermo.

Actuación culposa: Son aquellas acciones en las que no existe la intención de producir un daño a otro, debido a un descuido o una conducta diligente.

Actuación intencional: son aquellas acciones donde existe toda la voluntad e intención de ocasionar daño.

Enfermo: Persona con un problema de salud.

Formato: Es un sistema por medio del cual se registran los datos convenientes para conocimiento del equipo de salud.

Implicaciones: Contradicción, oposición de los términos entre si, relación o repercusión que extraña una cosa. Del estado de una persona relacionado con una infracción de la ley.

Imprudencia: Se refiere a cualquier profesional que por su actuación imprudente, derivada de su ineptitud, negligencia, exceso de confianza o cualquier otra causa similar ocasiona un daño.

Informe: Es el registro de información por escrita, que también incluye intercambios orales de información entre los prestadores de cuidados. El informe se distingue por cinco características que son; reales, exactos, completos, actuales y organizados.

Negligencia: Consiste en el descuido de un acto en la forma debida o en hacerlo con retardo, insensatez o bien en no hacerlo a pesar de ser un acto de su competencia.

Omisión: Consiste en la obtención de hacer o decir, falta por omitir algo que debía realizar.

Pena: (del latín poena) F. castigo legal impuesto a quien ha cometido una falta o delito.

Pena corporal: Es la mayor gravedad dentro de la del carácter personal como larga y severa de privación de la libertad.

Pena no corporal: Consiste en la suspensión del ejercicio profesional o la destitución del cargo.

Registro: Es una documentación legal permanente de la información relevante para manejar los planes de cuidados de un paciente.

Responsabilidad legal: Se refiere a la obligación que tiene el profesional de enfermería de responder civil, penal y administrativamente por los efectos causados por su actuación en relación con los cuidados del enfermo y a los bienes institucionales.

Sanciones legales: Se refiere a las sanciones civiles, penales y administrativas que se aplican al profesional de enfermería por haber actuado con negligencia, imprudencia u omisión en el ejercicio de sus funciones.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo trata los aspectos relacionados al proceso de investigación, estableciendo las estrategias y técnicas a fin de lograr la meta propuesta, a través de la medición del comportamiento de la variable definida en el estudio, y de esta forma buscar la solución del problema planteado; encontrado en el mismo el diseño y el tipo de estudio, la población, la muestra, el muestreo, el instrumento y método para la recolección de datos, la validez, la confiabilidad, el procedimiento para recabar la información, la técnica de análisis y presentación de los resultados.

Diseño Metodológico

Se refiere a las estrategias que adopta el investigador para responder al problema planteado.

La presente investigación se encuentra enmarcada dentro de un diseño no experimental, a tal efecto Palella, S. y Martins, F. (2003). La define como: “Aquella que se realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable” (p.81).

Tipo de estudio

Implica el nivel de investigación o grado de profundidad con que se aborda un objeto o fenómeno.

Según el nivel del estudio, se corresponde con las investigaciones de tipo descriptivo y de campo. Ya que busca identificar la presencia o ausencia de algo. En este caso busca identificar que información posee el profesional de Enfermería sobre los Registros.

Al respecto Hurtado, J. (1998).Expresa que: “La investigación descriptiva tiene como objetivo central, lograr la descripción o caracterización del evento de estudio dentro de un contexto particular (p.213).

Por consiguiente esta investigación se corresponde con los estudios de campo ya que estudia la variable, en un contexto real donde ocurren los hechos.

Por su parte Sabino, C. (1992). Señala que:

La investigación decampo se basa en información o datos primarios, obtenido directamente de la relación (...) para cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han conseguido sus datos, haciendo posible su revisión o modificación en el caso de que surjan dudas respecto a su calidad (p. 94).

En relación al período y secuencia del estudio; es de tipo trasversal ya que se estudió la variable en un único momento. Dado que la recolección de los datos se realizo en un momento determinado.

Población

Arias, F. (1997) la define como: “El conjunto para el cual serán validas las conclusiones que se obtengan, a los elementos o unidades (personas, instituciones o cosas)” (p.51).

Implica el grupo de personas del cual se desea conocer algo. Por consiguiente la población del estudio estuvo constituida por cuarenta y ocho (48) enfermeras que representan el 100% de la población total de las enfermeras que laboran en las diferentes unidades de cirugía, repartida en los cuatro turnos.

Muestra

Arias, F. (1997), la define como: “Un subconjunto representativo de un universo o población” (p.51). La muestra quedo conformada por el 63% de la población, representado por treinta (30) enfermeras.

Muestreo

Implica el proceso de selección de una parte de la población que la representa en su conjunto.

Para efectos del estudio el muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio simple.

Instrumento y métodos para la recolección de datos

El instrumento utilizado para la recolección y registro de datos fue el cuestionario.

Al respecto Canales, F., Alvarado, E., Pineda, E. (2004). Lo definen como: “El método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investigador o consultado llena por si mismo” (p.165).

El cual quedo estructurado con (30) Ítems, con alternativas de selección múltiple; de los cuales (11) Ítems corresponden a la dimensión, información sobre los lineamientos para elaborar correctamente los registros de enfermería. (08) Ítems relacionados a la dimensión información sobre los objetivos de los registros de enfermería. (11) Ítems referidos a la dimensión información sobre las implicaciones legales en la elaboración de los registros de enfermería.

El método utilizado en la presente investigación, fue la encuesta ya que la misma permite obtener información de los sujetos en estudio, y que estos pueden estar referidos a conocimientos, actitudes, entre otros.

Al respecto Canales, F., Alvarado, E., Pineda., E. (2004). Señala que permite “... obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre opiniones, aptitudes o sugerencias.” (p.163).

Validez

Polit, D (1998) la define como: “El grado en que un instrumento logra medir lo que se pretende medir” (p.211). Para certificar la validez del instrumento se recurrió al juicio de expertos en Enfermería, Metodología de Investigación, Derecho y Bioestadística. Quienes evaluaron la validez del contenido y de criterio; los cuales realizaron una serie de observaciones referentes a la correspondencia del instrumento con lo que se pretende medir, dichas observaciones fueron incorporadas en la reestructuración del mismo, permitiendo la aplicación del instrumento con un gran margen de seguridad.

Confiabilidad

Canales, F., Alvarado, E., Pineda, E. (2004). La define como: “La capacidad del instrumento para arrojar datos o mediciones, así como a la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos” (p.171).

Para realizar la confiabilidad del instrumento, se aplicó una prueba piloto a siete (07) profesionales de enfermería que laboran en el servicio de cirugía del Hospital “José María Vargas” de la ciudad de Caracas. Esta confiabilidad una vez agrupados los datos de la prueba, se realizó mediante el estadígrafo de confiabilidad Kr_{20} obteniéndose un índice de 0,63 considerándose confiable para la medición definitiva.

Procedimiento para la recolección de Información.

- Fue necesario participar por escrito la intención del estudio, al departamento de docencia del Hospital Universitario de Caracas. Para solicitar autorización para pasar el instrumento.

- Se estableció contacto con las enfermeras, objeto de estudio; en los diferentes turnos de trabajo para solicitar su autorización e interés de contestar el cuestionario.

Técnica de análisis y presentación de los resultados

Una vez recogida la información se procedió a clasificar los datos, tomando en cuenta las respuestas para el análisis (Cualitativo y Cuantitativo). La tabulación se realizó de forma manual, y los datos se presentan en cuadros y gráficos de distribución de frecuencia simple y porcentual, para presentar el análisis y conclusiones.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se realiza el análisis de los datos obtenidos a través de la aplicación del instrumento. La misma consiste en presentar a través de tablas de doble entrada la distribución de frecuencia y porcentajes obtenido con la aplicación estadística.

De igual manera se estableció un promedio para efectos del análisis de cada Subindicador contentivos de varios ítems referidos al mismo.

Finalmente se realiza la presentación gráfica a través de diagramas de barra. Ya que los mismos representan las dos alternativas de respuestas para cada ítems (Correcta e Incorrecta), que para efectos de análisis se toman como correctas e incorrecta respectivamente.

CUADRO N° 1

Distribución de Frecuencia Absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por las Enfermeras de las unidades clínicas de cirugía en relación con la Dimensión Información sobre los Lineamientos para elaborar los Registros de Enfermería en sus indicadores: Asignación temporal, Confidencialidad, Permanencia, Identificación, pertinencia, Secuencia y el Informe final en el Hospital Universitario de Caracas. Año 2.006.

Indicador	Opción Ítems	CORRECTA		INCORRECTA		TOTAL	
		fa	%	fa	%	fa	%
Asignación Temporal	1	13	43	17	57	30	100
Confidencialidad	(X 2, 3 y 4)	11	37	19	63	30	100
Permanencia	(X 5, 6 y 7)	11	37	19	63	30	100
Identificación	8	11	37	19	63	30	100
Pertinencia	9	09	30	21	70	30	100
Secuencia	10	15	50	15	50	30	100
Informe Final	11	13	43	17	57	30	100

Fuente: Instrumento aplicado. Año 2006.

Análisis:

Como se puede observar en el cuadro N° 1. En relación con la dimensión información sobre los lineamientos para elaborar los registros de enfermería. El ítem que mide el indicador asignación temporal un 43% de la muestra respondió correctamente, mientras que el 57% lo hizo de manera incorrecta. Lo que evidencia que un porcentaje significativo de las profesionales de enfermería encuestadas, no tienen claro los aspectos relacionados con la asignación temporal que se debe aplicar al momento de registrar la información o eventos presentados en el paciente.

En cuanto a los ítems que miden los indicadores confidencialidad, permanencia de los registros y identificación, un 37 % de los elementos muestrales respondió correctamente en tanto que un 63 % lo hizo de manera incorrecta. Lo que evidencia que la mayoría de los profesionales encuestados desconocen los aspectos relacionados con la confidencialidad que se debe guardar al manejar registros relacionados con la condición clínica, tratamiento y evolución de los pacientes. También desconocen aspectos relacionados con el indicador permanencia de los registros de enfermería los cuales son una constancia de los cuidados que se han brindado al enfermo y en cuanto al indicador identificación, se evidencia que un porcentaje significativo no identifica debidamente con su nombre y apellido legible los registros de enfermería.

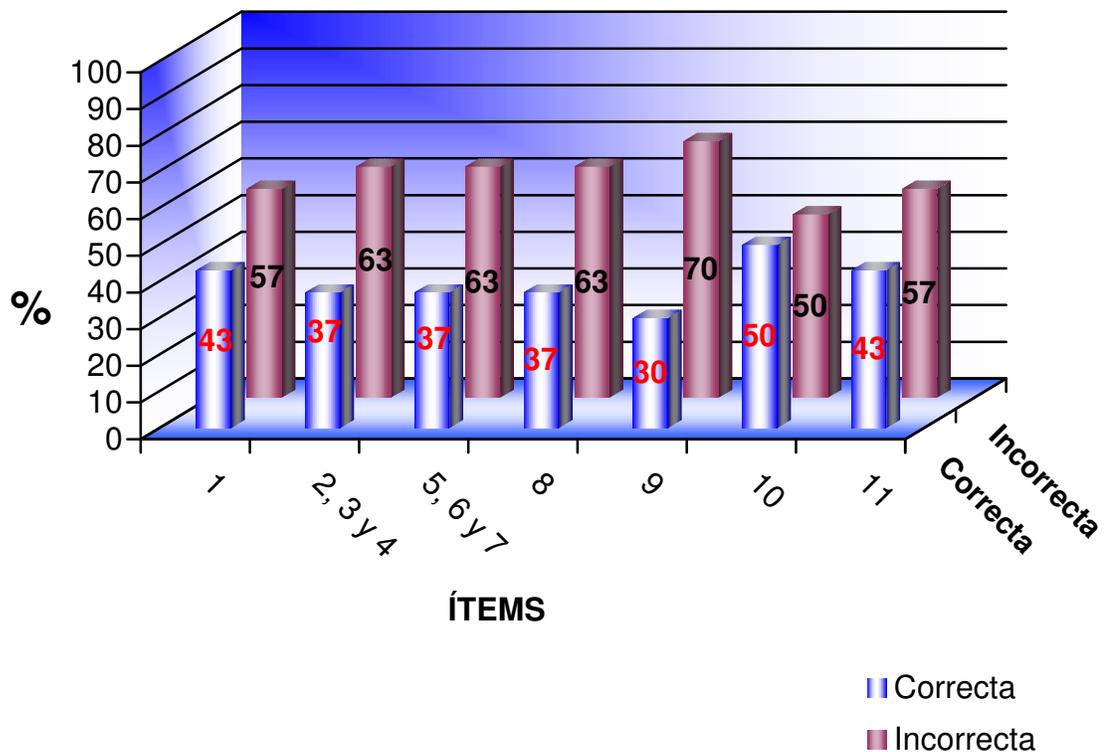
En cuanto al ítem que mide el indicador pertinencia un 30 % de los elementos muestrales respondió correctamente, en tanto que un 70 % lo hizo incorrectamente. Lo que refleja que la mayoría de las enfermeras(os) desconocen la pertinencia y exactitud con que debe realizarse los registros de enfermería.

En relación al ítem que mide el indicador secuencia un 50 % de los elementos muestrales respondió en forma correcta y un 50 % en forma incorrecta. Lo que permite inferir que la mitad de los profesionales encuestados desconocen la secuencia y orden en que se deben realizar los registros de enfermería. Lo cual permite visualizar en forma clara el progreso y evolución del paciente.

En cuanto al ítem que mide el indicador informe final un 43% de los elementos muestrales respondió de forma acertada en tanto que un 57 % lo hizo incorrectamente lo que nos demuestra que más del 50 % de la muestra demostró desconocer los parámetros que se deben seguir para realizar el informe de enfermería. El cual es un elemento clave, ya que representa una constancia de las actividades y novedades presentadas durante cada turno de enfermería.

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS EMITIDAS POR LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES CLÍNICAS DE CIRUGÍA EN RELACIÓN CON LA DIMENSIÓN INFORMACIÓN SOBRE LOS LINEAMIENTOS PARA ELABORAR LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN SUS INDICADORES: ASIGNACIÓN TEMPORAL, CONFIDENCIALIDAD, PERMANENCIA, IDENTIFICACIÓN, PERTINENCIA, SECUENCIA Y EL INFORME FINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. AÑO 2.006.



Fuente: Cuadro N° 1. Año 2.006.

CUADRO N° 2

Distribución de Frecuencia Absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por las Enfermeras de las unidades clínicas de cirugía en relación con la Dimensión Información sobre los Objetivos de los Registros de Enfermería en sus indicadores: Comunicación, Documento Legal, Investigación, Estadística, Docencia, Control de Calidad y Planificación de los Cuidados en el Hospital Universitario de Caracas. Año 2.006.

Opción Indicador	Ítems	CORRECTA		INCORRECTA		TOTAL	
		fa	%	fa	%	fa	%
Comunicación	12	14	47	16	53	30	100
Documento Legal	13	12	40	18	60	30	100
Investigación	(X 14 y 15)	11	37	19	63	30	100
Estadística	16	11	37	19	63	30	100
Docencia	17	15	50	15	50	30	100
Control de Calidad	18	13	43	17	57	30	100
Planificación de los Cuidado	19	11	37	19	63	30	100

Fuente: Instrumento aplicado. Año 2006.

Análisis:

El cuadro N° 2. Corresponde a la dimensión información sobre los objetivos de los registros de enfermería. Con respecto al ítem que corresponde al indicador comunicación, el 47 % de los elementos muestrales respondió correctamente, en tanto que un 53 % lo hizo de manera incorrecta, lo que demuestra que un porcentaje mayor desconoce que uno de los objetivos principales de los registros es la comunicación.

En relación con el ítem que corresponde al indicador documento legal, un 40 % de los elementos muestrales respondieron correctamente, en tanto que el 60 % lo hizo de manera incorrecta. Lo que indica que un porcentaje significativo reflejo no poseer información sobre el carácter legal que representan los formatos de registros contenidos en la historia del paciente.

En tanto que los ítems correspondientes a los indicadores investigación, estadística, y planificación del cuidado, el 37 % de los elementos muestrales respondió correctamente mientras que el 63 % lo hizo incorrectamente.

Con respecto al indicador investigación un porcentaje significativo demostró desconocer que los registros de enfermería son una fuente de datos importantes al realizar investigaciones en el área de salud.

En relación con el indicador estadística, se puede inferir que un porcentaje significativo de los profesionales de enfermería encuestados demostró desconocer que los registros de enfermería representan una fuente de datos estadísticos, sobre las causas de morbi- mortalidad en una institución o localidad específica.

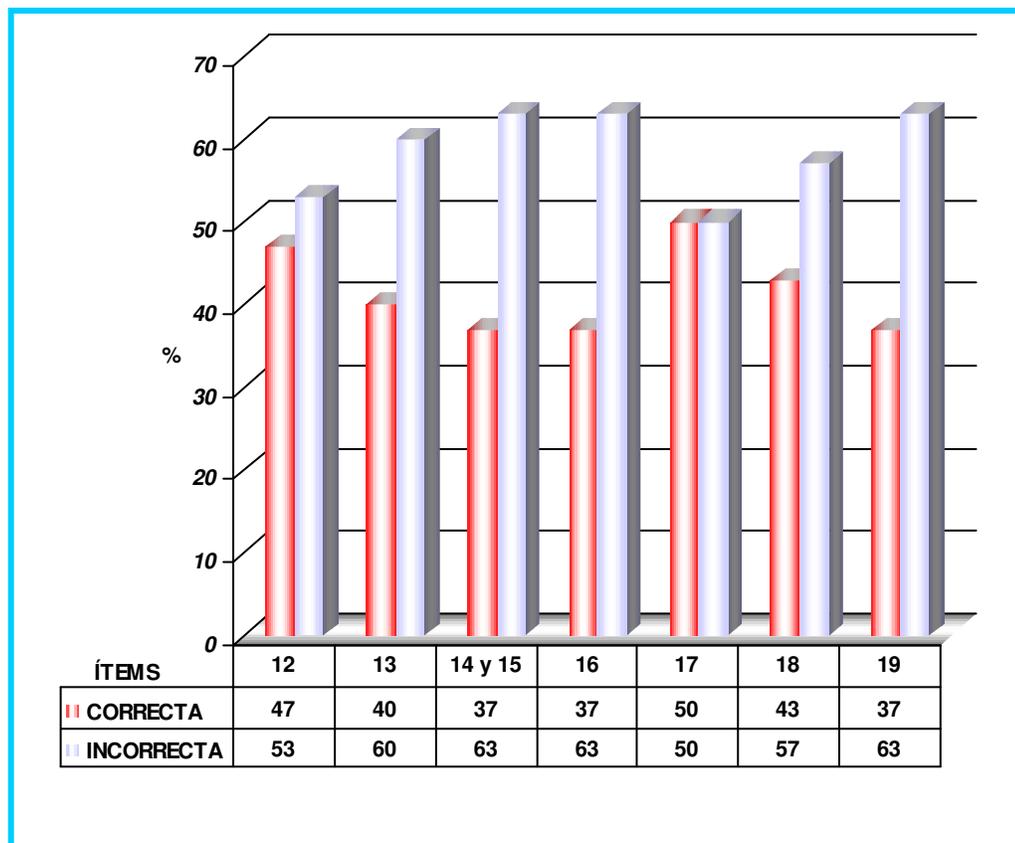
Con respecto al indicador docencia, se puede evidenciar que un 50 % de los profesionales en enfermería encuestados demostró desconocer que los registros de enfermería son un instrumento docente, ya que sirven de guía y orientación a los principiantes y pasantes.

En cuanto al ítem correspondiente al indicador control de calidad el 43 % de los elementos muestrales respondió correctamente, en tanto que un 57 % lo hizo incorrectamente lo que demuestra que más del 50 % de los profesionales de enfermería desconocen que los registros de enfermería sirven para constatar la calidad de los cuidados que se les da a los pacientes.

Con respecto al indicador planificación del cuidado se puede inferir que un porcentaje significativo de los profesionales encuestados desconocen que los registros de enfermería elaborados debidamente, facilitan la planificación de los cuidados y por ende una atención oportuna y eficiente a los pacientes.

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS EMITIDAS POR LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES CLÍNICAS DE CIRUGÍA EN RELACIÓN CON LA DIMENSIÓN INFORMACION SOBRE LOS OBJETIVOS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN SUS INDICADORES: COMUNICACIÓN, DOCUMENTO LEGAL, INVESTIGACIÓN, ESTADÍSTICA, DOCENCIA, CONTROL DE CALIDAD Y PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. AÑO 2.006.



Fuente: Cuadro N° 2. Año 2.006.

CUADRO N° 3

Distribución de Frecuencia Absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por las Enfermeras de las unidades clínicas de cirugía en relación con la Dimensión Información sobre las Implicaciones legales en los Registros de Enfermería en su indicador Actuaciones: Negligencia, Omisión, Imprudencia, Impericia, e Inobservancia en el Hospital Universitario de Caracas. Año 2.006.

Opción Indicador	Ítems	CORRECTA		INCORRECTA		TOTAL	
		fa	%	fa	%	fa	%
Actuaciones	20	15	50	15	50	30	100
	21	11	37	19	63	30	100
	22	15	50	15	50	30	100
	23	12	40	18	60	30	100
	24	17	57	13	43	30	100

Fuente: Instrumento aplicado. Año 2006.

Análisis:

El cuadro N ° 3. Corresponde a la dimensión información sobre las implicaciones legales en los registros de enfermería en el indicador actuaciones.

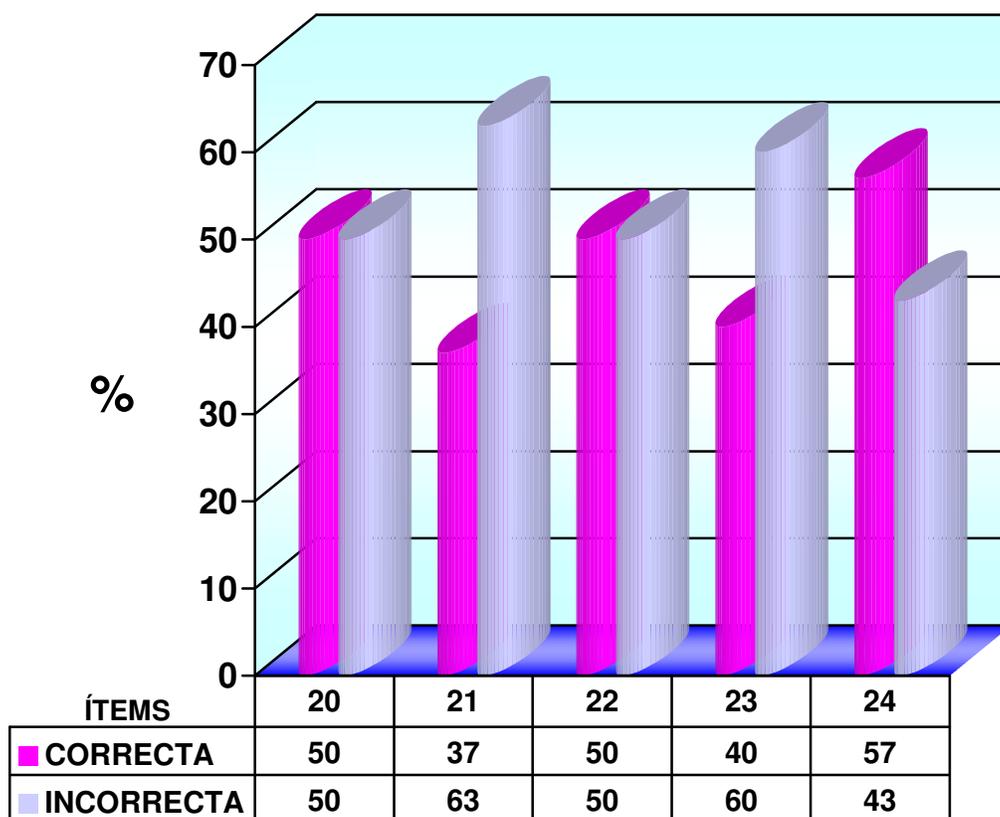
Con respecto a los ítem correspondientes al indicador actuaciones podemos observar que un 50% de los elementos muestrales sabe cuando se actúa con negligencia e impericia al llevar los registros de enfermería, en tanto que el 50% restante no lo sabe. El 37% sabe cuando esta actuando por omisión, al realizar los registros de enfermería, y el restante 63% desconoce cuando esta actuando con omisión.

En tanto que un 40% de los elementos muestrales sabe cuando actúa con imprudencia y el otro 60% restante no lo sabe. Un 57% sabe cuando se actúa con inobservancia al llevar los registros de enfermería, en tanto que el 43% no

lo sabe. Los porcentajes presentados permiten inferir que un número importante de los elementos muestrales desconocen las implicaciones legales en que pueden incurrir en las actuaciones al brindar atención a los pacientes a su cuidado.

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS EMITIDAS POR LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES CLÍNICAS DE CIRUGÍA EN RELACIÓN CON LA DIMENSIÓN INFORMACION SOBRE LAS IMPLICACIONES LEGALES EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN SUS INDICADOR ACTUACIONES: NEGLIGENCIA, OMISIÓN, IMPERICIA, IMPRUDENCIA E INOBSERVANCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. AÑO 2.006.



Fuente: Cuadro N° 3. Año 2.006.

CUADRO N° 4

Distribución de Frecuencia Absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por las Enfermeras de las unidades clínicas de cirugía en relación con la Dimensión Información sobre las Implicaciones legales en los Registros de Enfermería en sus indicadores Responsabilidad y Sanciones Legales: Administrativa, Civil y Penal en el Hospital Universitario de Caracas. Año 2.006.

Opción Indicador	Ítems	CORRECTA		INCORRECTA		TOTAL	
		fa	%	fa	%	fa	%
Responsabilidad y Sanciones Legales	(X 25 y 26)	14	47	16	53	30	100
	(X 27 y 28)	16	53	14	47	30	100
	(X 29 y 30)	14	47	16	53	30	100

Fuente: Instrumento aplicado. Año 2006.

Análisis:

El cuadro N ° 4. Corresponde a la dimensión información sobre las implicaciones legales en los registros de enfermería en sus indicadores responsabilidad y sanciones legales.

En relación a los ítem 25 y 26 correspondiente a las implicaciones administrativas se evidencia, que el 47% de los elementos muestrales respondieron de manera correcta, en tanto que el 53% lo hizo incorrectamente. Lo que permite inferir que un porcentaje significativo de las(os) enfermeras(os) encuestadas(os) desconocen la responsabilidad administrativa y su respectiva sanción en que pueden incurrir al llevar los registros de enfermería.

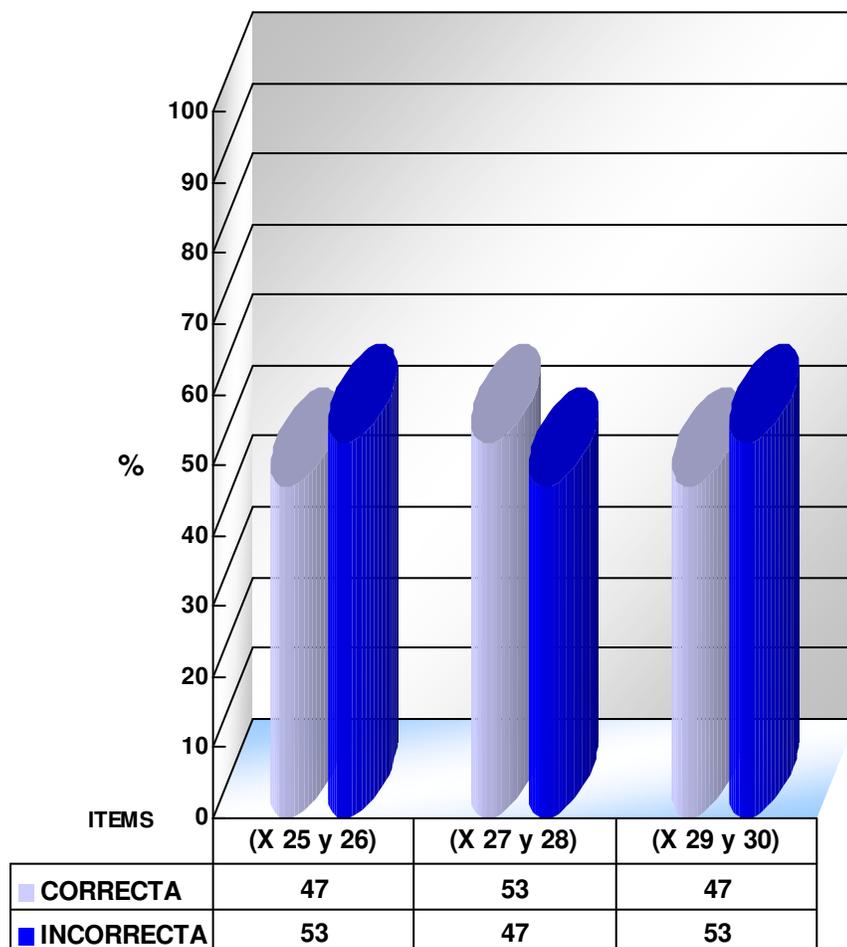
En cuanto a los ítem 27 y 28 correspondientes a la responsabilidad y sanción civil. El 53% de los elementos muestrales respondió correctamente, en tanto que el 47% restante lo hizo incorrectamente. Lo que demuestra que un porcentaje

significativo posee información sobre responsabilidad civil y su respectiva sanción, en que pueden incurrir al llevar los registros de enfermería.

En relación a los ítem 29 y 30 correspondiente a la responsabilidad penal y su sanción. Un 47% de la muestra respondió correctamente, en tanto que el 53% restante lo hizo incorrectamente, evidenciándose que más del 50% de la muestra encuestada desconocen la responsabilidad penal, así como también la sanción que se le puede ser aplicada, por incurrir al llevar los registros de enfermería.

GRAFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS EMITIDAS POR LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES CLÍNICAS DE CIRUGÍA EN RELACIÓN CON LA DIMENSIÓN INFORMACION SOBRE LAS IMPLICACIONES LEGALES EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN SUS INDICADORES: RESPONSABILIDAD Y SANCIONES LEGALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. AÑO 2.006.



Fuente: Cuadro N° 3. Año 2.006.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En función de los resultados se derivan las siguientes conclusiones.

- Los profesionales de enfermería estudiados demuestran con los resultados obtenidos que no tienen claro los lineamientos que debe seguir para la correcta elaboración de los registros de enfermería, en las unidades clínicas donde laboran. Lo que repercute en las acciones y atención que se debe brindar a los pacientes.
- Un porcentaje significativo de los profesionales de enfermería estudiados, desconocen cuales son los objetivos que se persiguen con la elaboración correcta de los registros de enfermería, en las unidades donde laboran. Lo cual influye en la continuidad de los cuidados que deben recibir los pacientes.
- Existen condiciones desfavorables desde el punto de vista legal, ya que los profesionales de enfermería estudiados, tienen poca orientación sobre las implicaciones legales en que pueden incurrir con sus actuaciones en el desempeño de sus funciones. Y un poco más de la mitad de los profesionales encuestados desconocen los aspectos relacionados con las sanciones legales

que les pueden ser aplicadas, al incurrir en faltas en el desempeño de sus labores, las cuales varían de acuerdo a la gravedad de los mismos.

- De acuerdo con el análisis general de cada una de las dimensiones del estudio. Se puede concluir que los profesionales de enfermería estudiados, no tienen la información necesaria y adecuada para elaborar los registros de enfermería. Cabe señalar que el desconocimiento de las normas, lineamiento o políticas institucionales no exonera el cumplimiento ni la aplicación de las sanciones.

Recomendaciones

En relación con las conclusiones del estudio se considera pertinente hacer las siguientes recomendaciones.

- Dar a conocer los resultados al departamento de enfermería, sección Docente a fin de que se tomen medidas en torno a esta problemática que sucede a nivel institucional con el fin de que se dicten:
 - Talleres relacionados con los lineamientos para elaborar los registros de enfermería.
 - Talleres relacionados con los objetivos de los registros de enfermería.
 - Talleres relacionados con los aspectos legales en relación con los registros de enfermería.

- Mantener educación continua en servicio, orientado a fortalecer las debilidades existentes en relación con los registros de enfermería.
- Introducir los registros de enfermería en la inducción al nuevo empleado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

ARIAS, Fidas G. (1997). **Proyecto de Investigación**. 1ra Edición. Editorial Episteme. Caracas-Venezuela.

ARIAS, Fidas G. (1999). **El Proyecto de Investigación y Guía para su elaboración**. 3ª Edición. Editorial Episteme. Caracas-Venezuela.

BALDERAS, P., Maria, L. (1995). **Administración de los servicios de enfermería**. 3ª Edición Editorial Interamericana Mc Graw Hill.

CANALES, E., ALVARADO, E y PINEDA, E. (2004). **Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud**. Editorial Limusa. México.

CARPENITO, Lynda J. (1994). **Planes de Cuidado y documentación en Enfermería**. 1ª Edición. Mc- Graw – Hill- Interamericana. Madrid- España.

Código Deontología de Venezuela de la Federación de Venezuela (1999). Caracas-Venezuela.

Código Civil de Venezuela. (1982). Caracas- Venezuela.

Código Penal. (2005). Caracas – Venezuela.

DÍAZ, L. y UREÑA, D. (1993). **Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado, en los servicios de hospitalización del Hospital General “Dr. Enrique Tejeras”**. De Valencia. Trabajo de Grado para optar al Título de Licenciado en Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

DUGAS, Berbely (2000). **Tratado de Enfermería Practica**. 4ª. Edición Mc-Graw-Hill- Interamericana. España.

- GUEVARA, Rafael A. (1996). **Derecho Médico en Venezuela**. Editorial LIVROSCA. Caracas - Venezuela
- GONZÁLEZ y MEDINA. (1992). **Aspectos legales en el ejercicio de la enfermería, en el Hospital “Leopoldo Manrique Terrero” de Coche**. Trabajo de Grado para optar al Título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.
- GOÑI, C., Ivis. (2000). Algunas reflexiones sobre el concepto de información y sus implicaciones para el desarrollo de las ciencias de la información. **www.acimed.com**.
- GRIFFITH, J; CHRISTENSEN, P. (1986). **Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías, Guías y Modelos**. Editorial El Manual Moderno. México.
- HURTADO, JACQUELINE. (1998). **Metodología de la Investigación Holística**. 2da Edición. Editorial Fundaciones Sypal. Caracas- Venezuela.
- IYER, P., TAPTICH, B y BERNOCCHI-LOSEY, D. (1993). **Proceso de Enfermería y Diagnóstico**. 2 da Edición. Editorial Interamericana Mc Graw -Hill. México
- IYER, P., TAPTICH, B y BERNOCCHI-LOSEY, D. (1997). **Proceso y Diagnóstico De Enfermería**. 3ra Edición. Editorial Interamericana Mc Graw- Hill. México
- KOZIER, B., ERB, G., BLAIS, K., MILKINSON, J. (1999). **Enfermería Fundamental, Concepto, Proceso y Práctica**. 5ta Edición. Editorial Graw-Hill- Interamericana. Madrid- España.
- KOZIER. B., ERB. G., OLIVIEIRI. (1993). **Enfermería Fundamentos, Conceptos, Procesos**. 4ª. Edición. Editorial Graw- Hill- Interamericana. Madrid – España.
- LARES, Ana, M. (1992). **Responsabilidad Legal y Situación laboral del Personal de Enfermería en Venezuela**. Caracas -Venezuela.

LARES, A. y MULPHY, L. (1999). **Normativa ética – legal aplicable a la práctica de enfermería, dirigido a las enfermeras de la “Maternidad Concepción Palacios” de Caracas.** Trabajo de Grado para optar al Título de Licenciado en Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

Ley del Estatuto de la Función Pública. (2002). Gaceta Oficial No. 37.522. Caracas – Venezuela.

LIENDO, Y. (1998). **Conocimiento que tienen las enfermeras de atención directa sobre los registros de enfermería, en el Hospital del IVSS “Dr. Molina Sierra” en la ciudad de Puerto Cabello.** Trabajo de Grado para optar al Título de Licenciado en Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

MACHADO, M., y COLS. (1995). **Sistema de registros del proceso de atención de enfermería y su relación con la calidad de atención, en el Hospital Materno Infantil “Dr. Pastor Oropeza” de Caracas.** Trabajo de Grado para optar al Título de Licenciado en Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

MALDONADO, M. (1996). **Calidad de la estructura, en su factor registro del cuidado del paciente hospitalizado y su relación con el adiestramiento de las (os) enfermeras (os) de atención directa, en el Hospital “Dr. Victorino Santaella”. Los Teques.** Trabajo de Grado para optar al Título de Licenciado en Enfermería. Universidad Rómulo Gallegos. San Guan de los Morros – Guárico.

PALELLA, S y MARTNS, F. (2003). **Metodología de la Investigación Cuantitativa.** Editorial Fedupel, Caracas- Venezuela.

PÉREZ L. A. (1996). **Bioética en la Práctica Médica.** 5ta Edición. Editorial Kinesis. Caracas- Venezuela.

POLIT, DENSE. F. (1998). **Investigación Científica en Ciencias de la Salud.** Editorial Mc Graw Hill Interamericana México.

POTTER, P., GRIFFIN., A. (2002). **Fundamentos de Enfermería**. 5ª Edición
Volumen I. Mosby, España.

QUINTINI, Alizo G. (1999). **Malapaxis en Medicina. Ética en Medicina
Responsabilidad Profesional**. Modulo 2. Centro Nacional de Bioética.
Caracas- Venezuela.

SABINO, Carlos (1992). **El proceso de investigación**. Editorial Panaco. Caracas-
Venezuela.

TAMAYO Y TAMAYO, M. (1993). **Metodología de la investigación**. Editorial
Limusa. México.

www.acimed.htm, (2000) **Algunas reflexiones sobre el concepto de información y
sus implicaciones para el desarrollo de las ciencias de la información**. La
Habana.

ANEXOS

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**INSTRUMENTO PARA DETERMINAR QUE INFORMACIÓN POSEE EL
PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CARACAS SOBRE LOS REGISTROS DE
ENFERMERIA.**

Tutora
Mgs. Eloísa Núñez

Autoras:
Dexi Freites
Milagros Torcatt

CARACAS, NOVIEMBRE 2006

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
FACULTAD DE MEDICINA.
ESCUELA DE ENFERMERIA.**

CUESTIONARIO

Cabe destacar, que la información suministrada será utilizada con fines académicos y estrictamente confidenciales. Por tanto, se agradece su valiosa colaboración y aportes que puedan brindar a fin de llevar a feliz término, a dicho proyecto para culminar los estudios de Licenciado en enfermería. Requisito indispensable de la escuela de enfermería de la Universidad Central de Venezuela.

INSTRUCCIONES

- Lea cuidadosamente cada pregunta antes de responder.
- Al contestar, hágalo con la mayor objetividad posible.
- No deje ninguna pregunta sin contestar.
- Encierre en un círculo la letra que corresponda a la alternativa que mejor este de acuerdo a su opinión.
- Considere una sola opción.

GRACIAS.

CUESTIONARIO

1.- ¿Todas las anotaciones o registros de enfermería debe iniciarse colocando en el registro respectivo?

- a.- Fecha y hora exacta del apunte
- b.- Descripción de la intervención de enfermería
- c.- Todas las anteriores

2.- ¿La información registrada en la historia del paciente debe ser manejada por el personal medico, enfermería y demás integrantes como un?

- a.- Testimonio escrito
- b.- Registro privado de los cuidados del paciente
- c.- Ninguna de las anteriores

3.- ¿Cuando se realizan investigaciones, sesiones clínicas o publicaciones de casos que pudiesen comprometer el pudor del paciente. Las mismas deben presentarse o darse a conocer?

- a.- Con exámenes clínicos completos
- b.- Con autorización de la junta medica
- c.- Sin datos de identificación del paciente

4.- ¿El expediente clínico puede ser utilizado en caso de estudios de carácter académico o por reclamo por parte del paciente por compensación, siempre y cuando el enfermo emita su consentimiento a través de?

- a.- Autorización por escrito bien detallada
- b.- Autorización del comité de investigaciones clínicas
- c.- Autorización verbal del paciente

5.- ¿Para que las anotaciones o apuntes de enfermería tengan permanencia, existencia y duración en el tiempo debe utilizarse?

- a.- Tintas indeleble.
- b.- Tinta indeleble de color azul.
- c.- Ninguna de las anteriores

6.- ¿Para que los registros de enfermería tengan duración y se conserve su contenido al transcurrir el tiempo se requiere?

- a.- Formato de registro diseñado por la institución
- b.- Formato de registro bien estructurado
- c.- Formato en hoja de calidad, proporcionada por la institución con membrete.

7.- ¿El libro de reporte utilizado por el profesional de enfermería debe tener las siguientes características?

- a.- Libro con hojas de color blanco
- b.- Libro foliado
- c.- Libro de hojas con rayas y de buena calidad

8.- ¿Cada apunte en las anotaciones de enfermería debe ser identificado por la enfermera que lo realiza, y los datos debe incluir?

- a.- Nombre, apellido completo
- b.- Apellido, titulación y firma
- c.- Titulación, nombre, apellido legible y firma.

9.- ¿Para que todos los integrantes del equipo de salud tengan una visión amplia de los problemas que afectan al enfermo es necesario registrar?

- a.- Las opiniones o interpretaciones de las necesidades del enfermo
- b.- Información exacta del paciente
- c.- Información completa, exacta y relevante

10.- ¿El personal de enfermería al momento de documentar o registrar los acontecimientos presentados en el paciente debe hacerlos de acuerdo a?

- a.- Los diagnósticos clínicos
- b.- el orden en que se producen los hechos
- c.- Lo expresado por los familiares del enfermo

11.- ¿Para que el personal de enfermería pueda realizar la continuidad de los cuidados a los enfermos es necesario mantener un registro completo de?

- a.- Datos esenciales del paciente que permita conocer la condición del paciente
- b.- quejas emitidas por los familiares para conocer la situación del enfermo
- c.- todas las anteriores

12.- ¿Uno de los principales finalidades de los registros de enfermería es mantener la comunicación entre?

- a.- Los familiares y el personal asistencial
- b.- Los diferentes turnos de trabajo
- c.- Los diferentes turnos y disciplinas de la salud

13.- ¿Los documentos que certifican la calidad de la asistencia prestada al enfermo son?

- a.- Formatos de registros contenidos en las historias
- b.- Exámenes de laboratorios
- c.- Informes médicos bien detallados

14.- ¿Todos los registros de enfermería contenidos en la historia clínica del enfermo representan un instrumento valioso para todo el personal de salud que realiza?

- a.- Documentación de enfermería
- b.- Estudio de casos especiales o investigaciones
- c.- Ninguna de las anteriores

15.- ¿Los profesionales de enfermería, así como otras disciplinas de la salud hacen uso de los registros archivados para iniciar investigaciones relacionadas con el paciente que ofrezcan en un tiempo determinado?

- a.- Soluciones, medidas apropiadas de ayuda para el enfermo
- b.- Opinión general del investigador
- c.- Opinión conceptual en relación a lo ocurrido con el paciente

16.- ¿Los datos contenidos en los registros de enfermería constituyen un soporte estadístico fundamental para investigar y planificar en base a?:

- a.- Prevalencia de enfermedades y estrategias para enfrentar enfermedades futuras
- b.- Los planes de tratamiento
- c.- Planes de cuidados durante su hospitalización y egreso a su domicilio

17.- ¿Un registro de enfermería bien estructurado ofrece a los alumnos de las diferentes disciplinas sanitarias?

- a.- Instrumento para su formación académica que permita una visión amplia del problema
- b.- Instrumento valioso para su crecimiento
- c.- Formato con información sencilla, de los eventos presentados en el paciente.

18.- ¿En caso de evaluar las diferentes actuaciones de enfermería según lo documentado en los registros, las autoridades correspondientes pueden realizar?

- a.- Auditorias
- b.- Interrogatorios
- c.- Todas las opciones anteriores

19.- ¿Cuando el profesional de enfermería maneje la misma información del paciente desde el ingreso hasta el alta, se le facilitara realizar las siguientes actividades, según los datos y necesidades del paciente?

- a.- planes de cuidados asistenciales
- b.- Planes recreativos o domiciliarios
- c.- Planes de cuidados asistenciales y domiciliarios

20.- ¿Cuando el profesional de enfermería registra en la hoja de signos vitales unos valores de temperatura ficticios de 37,5 C. ya que al tacto el paciente se palpa con buena temperatura corporal, de acuerdo a su opinión la enfermera (o) estará actuando con?

- a.- Imprudencia
- b.- Negligencia
- c.- Inobservancia

21.- ¿No realizar el registro hidro- electrolítico por no tener conocimiento en cuanto a resultado positivo o negativo. El personal de enfermería estará actuando con?

- a.- Imprudencia
- b.- Omisión
- c.- Todas las anteriores

22.- ¿El profesional de enfermería que conoce sobre los lineamientos para realizar los registros y procede en contra de ellos y los realiza aplicando su criterio personal, y experiencias diarias. Estará actuando con?

- a.- Omisión
- b.- Inobservancia
- c.- Impericia

23.- ¿Cuando la enfermera (o) titulada (o) delega al personal a su cargo transcribir una orden medica sin tener esta los suficientes conocimientos técnicos necesario para realizarlo, y sin ser revisada dicha trascipción. De acuerdo a su opinión la enfermera (o) estará actuando con?

- a.- Imprudencia
- c.- Omisión
- b.- Ninguna de las anteriores

24.- ¿Cuándo el profesional de enfermería incumple con los reglamentos o pautas para el momento de realizar el registro de enfermería, se podría decir que dentro del ejercicio de sus funciones la enfermera (o) estará actuando con?

- a.- Imprudencia
- b.- Inobservancia
- c.- Impericia

25.- ¿Si la enfermera (o) titular permite que los registros de enfermería, sean elaborados por personas no acreditadas para tal fin (Estudiantes de enfermería). Según su opinión la situación antes planteada puede producir para la enfermera (o)?

- a.- Responsabilidad administrativa
- b.- Responsabilidad civil
- c.- Responsabilidad mercantil

26.- ¿Si en situaciones de pleito que ponga en juicio la atención de enfermería, se comprueba que en los registros los cuidados no fueron aplicados en la forma debida, por lo que el juez decide suspensión de la relación laboral de las (os) enfermeras (os) implicadas (os). Según su opinión la sanción tomada por el juez es de tipo?

- a.- Administrativas
- b.- Mercantil
- c.- Civil

27.- ¿Al no registrar en la hoja de evolución de enfermería episodios de hipertensión presentados en un paciente durante el turno, y se comprueba que dicha actuación es la causante de la complicación o lesión creada al enfermo. Según su opinión la (el) enfermera (o) estará ante una responsabilidad de tipo?

- a.- Administrativa
- b.- Civil
- c.- Mercantil

28.- ¿Al registrar datos inexactos que dificulten determinar con precisión la necesidad o problema del paciente, y que por retardo en el cumplimiento de los cuidados, el paciente sufre daños por lo que se requiere de una indemnización. Dicha situación compromete a la (el) enfermera (o) ante una sanción de tipo?

- a.- Administrativa
- b.- Civil
- C.- Penal

29.- ¿Cuando la enfermera (o) registra en la hoja de tratamiento el cumplimiento de la Insulina en un paciente diabético dependiente , y la realidad es que nunca fue administrada la dosis, tal actuación ocasiono complicaciones y daños que pone en riesgo la vida del paciente, lo que puede comprometer a las (los) enfermeras (os) implicadas (os) ante una?

- a.- Responsabilidad administrativa
- b.- Responsabilidad mercantil
- c.- Responsabilidad penal

30.- ¿Al no registrar en el formato respectivo información relevante como por ejemplo; paciente alérgico a la penicilina, y por desconocimiento de tal información se administra al paciente, ocasionándole la muerte. Según su opinión la (el) enfermera (o) puede ser sancionada (o) con una?

- a.- Sanción administrativa
- b.- Sanción civil
- c.- Sanción penal

CERTIFICACION DE VALIDEZ

Yo, _____ en mi carácter de
experto en _____ certifico, que he leído y
revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que
desarrollan las alumnas; Dexi Freites y Milagros Torcatt, cuyo título es Información
que posee el profesional de enfermería que labora en las unidades clínicas de cirugía
del Hospital Universitario de Caracas sobre los registros de enfermería y los cuales a
mi criterio reúnen los requisitos de validez.

Nombre y Apellido: _____

Firma: _____

CI: _____

Fecha: _____