

# Formato de Registros Clínicos de Enfermería del Servicio de Urgencias en Hospitales de Segundo Nivel

## Resumen

Los formatos de registros de enfermería constituyen parte de la responsabilidad que desarrolla el profesional de enfermería en sus acciones asistenciales dentro del proceso de cuidar, actuando ante las respuestas de los individuos con necesidades prioritarias, de tal forma que debemos ser conscientes de su importancia y trascendencia, dichos registros se encuentran por norma dentro de la historia clínica del paciente, debiendo reflejar la respuesta del paciente ante la enfermedad, por lo que llevan responsabilidades de índole profesional y legal, denotando su práctica con rigor científico.

El formato de registro de enfermería diseñado para los servicios de urgencias de hospitales de segundo nivel cuenta con el referente teórico de la TGDA (Teoría General del Déficit de Autocuidado de D. Orem), está basado en la herramienta metodológica (proceso de enfermería), y atiende las esferas físicas y psicosociales del paciente inestable de una forma integral, sujeto a las disposiciones legales que rigen la ciencia de enfermería. Pretende sembrar la inquietud del profesional de enfermería en la generación de nuevos formatos y su implementación en la práctica, con el objeto de llevar al paciente con alteraciones en sus necesidades básicas a

un autocuidado y equilibrio de su bienestar lo más pronto posible.

**Palabras clave:** expediente clínico, indicador de calidad, seguridad del paciente.

Format for Nursing Clinical Documentation at the Emergency Ward of Second Level Hospitals

## Summary

The formats of nursing records are part of the responsibility that develops professional nursing care in their actions within the caring process, acting with the responses of individuals with priority needs, so we should be aware of its importance and significance. Such records are the norm within the patient's history and should reflect the patient's response to the disease, thus leading professional responsibilities and legal nature, denoting their practice with scientific rigor.

The nursing record format designed for hospital emergency services second level has the theoretical basis of the TGDA (General Theory of Self-Care Deficit D. Orem), is based on the methodological tool (Nursing Process) and addresses the physical and psychosocial areas of unstable patient in a holistic manner, subject to the laws governing the science of nursing. Seeks to sow the concerns of nursing in the generation of new formats and their implementation in practice in order to take the patient with altered basic self-care needs and balance their welfare as soon as possible.

**Key words:** Format nursing clinical records, self-care deficit theory, emergency department, patient priority needs

\*Maestra en Ciencias de Enfermería, Enfermera Especialista Intensivista de la Clínica Hospital ISSSIE Celaya. E-mail: paraísolp@hotmail.com

\*\*Maestra en Ciencias de Enfermería, Profesor de tiempo completo de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya - Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Departamento de Enfermería Clínica: E-mail: mj.jimenez@ugto.mx

Manuscrito 742 recibido Enero, aceptado Marzo, 2012.

## Introducción

El paso de los tiempos no absuelve a los profesionales de enfermería de buscar nuevas formas y herramientas que ayuden a generar conocimiento en el cuidado de los individuos sanos y enfermos, por lo que se requiere de contar con documentos idóneos para registrar las intervenciones que realizan como parte de su trabajo asistencial, basados en las necesidades humanas de los individuos. La ciencia de enfermería busca metodologías adecuadas que fundamenten su práctica, requiriendo de puntualizar en su actuar el método científico, además de ser considerado requisito conjuntar teoría y práctica, para dar respuesta a las necesidades humanas.

El contar con una estructura específica de registros de enfermería en el área de urgencias, permite consolidar el carácter profesional que tiene la acción de cuidar por parte del profesional de enfermería, siendo testimonio documentado sobre las conductas y acciones reales al paciente, con el propósito de fortalecer la calidad del cuidado y mejorar la satisfacción de nuestros usuarios que ingresan por el servicio de urgencias.

Se precisa el valor social de los registros de enfermería, en formatos específicos que evidencien el arte de cuidar, por lo cual en base en lo anterior se hace indudable la obligación de reestructurar los mencionados formatos, enriqueciendo su contenido, con diseños novedosos que favorecen el pensamiento crítico del profesional.

Fundamentación Teórica. Hoy día la atención de los servicios de urgencias es la más demandada por la población, los profesionales de enfermería de esta área deben integrar la práctica, la educación y la profesionalidad, que den respuesta a las necesidades que en materia de salud presente la población. Por lo que es puntual planear adecuadamente y poner en práctica los cuidados de enfermería. Dorothea Orem hace reflexiones en base al modelo de suplencia o ayuda, contemplando al individuo como un agente de autocuidado, con el objetivo de llevarlo a la independencia lo más pronto posible, este modelo dirige la valoración hacia los datos relacionados con las demandas de autocuidado y las capacidades de autocuidado, siendo los déficit en la agencia de autocuidado el eje diagnóstico. El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar, son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje.<sup>(1)</sup>

Por las características del paciente que ingresa al servicio de urgencias el formato de registro de enfermería resalta aspectos como el triage, el cual permite que el profesional de enfermería priorice sus acciones a cada paciente. Considerándose la adaptación del proceso de enfermería que propuso Orem, dentro del contenido del

formato aplicado en los servicios de urgencias resalta los dos tipos de operaciones (interpersonales y tecnológico-profesionales).

Inverso dentro del proceso descrito por Orem hace referencia a la comunicación con el paciente, y a las cuatro etapas; diagnóstico, operaciones prescriptivas, operaciones reguladoras o de tratamiento y los cuidados reguladores.<sup>(1)</sup> mismas que fueron consideradas en el formato de registros en las diferentes etapas, considerándose indispensables en el cuidado del paciente con necesidades prioritarias.

Procedimientos. Para la realización del presente instrumento su base teórico-científica comprendió en los siguientes aspectos, NOM-168- SSA 1-1998, del expediente clínico, los cuales proporcionan respaldo jurídico-legal a los profesionales, para la elaboración de los registros clínicos de enfermería, en su apartados, 5 y 9.1.2 Se incorporan los Indicadores para la medición de la Calidad de los Servicios de Enfermería en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud<sup>(3)</sup>, en las diez acciones de la seguridad del paciente, propuestos por la Dirección General de Calidad y educación en Salud (DGCES)<sup>(4)</sup> Así mismo se basó en el proceso de enfermería que es la aplicación del método científico, que proporciona acciones intencionadas que realiza el profesional de enfermería apoyándose en modelos y teorías, para administrar cuidados individualizados<sup>(5)</sup>. Cabe mencionar que este instrumento contempla los diagnósticos más comunes en el servicio de urgencias y contemplados en la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>(6)</sup>, la clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)<sup>(7)</sup>, y la Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)<sup>(8)</sup>. Con soporte de la Teoría General de Déficit de Autocuidado orientándose en las necesidades reales y potenciales de los pacientes con patologías prioritarias.

Una vez revisados cada uno de estos documentos se diseñó una primera versión del formato, y continuamente fue supervisado y reestructurado por expertos de la división de ciencias de la salud, en base a piloteo llevado a cabo en el Hospital General y en la Clínica del ISSSTE ambos en la ciudad de Celaya Gto, en sus áreas de urgencias, siendo la última revisión y análisis crítico así como aceptación del formato en forma y contenido en la versión 6<sup>a</sup>.

Descripción: El formato está diseñado para una presentación en hoja tamaño carta en su cara anterior y posterior, el llenado es de arriba a abajo de izquierda a derecha, para la atención del paciente en 24hs, se colocaron recomendaciones generales de llenado según los lineamientos del Instituto. Cuenta son 17 apartados, que favorecen el análisis crítico de la situación, permitiendo conocer a cualquier profesional de la salud la situación y evolución del paciente.

CUADRO 1

VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO			
TRIAGE			
1. ROJO	2. AMARILLO	3. VERDE	4. NEGRO
Paro respiratorio	Heridas viscerales	Polifracturados	Muerte
Asfixia	Politraumatizados	Heridas vasculares leves	
Hemorragia profusa	Dificultad respiratoria controlada	Fracturas menores	
Quemados graves	Quemados 20%	Lesiones menores	
Shock	Heridas generales	Contusiones	

Parte anterior, está diseñada de tal forma que describe siete apartados que describen los requisitos de autocuidado y los factores condicionantes básicos descritos por Orem como: 1) datos de identificación, 2) triage, 3) habitus exterior, 4) valoración de signos vitales y otros parámetros, 5) valoración de riesgos, 6) mantenimiento adecuado de aire y 7) control de líquidos. (Considerándose la primera y la segunda etapas del proceso de enfermería)

El primer apartado contempla los datos de identificación de la institución, del paciente, lo que dentro de la teoría de enfermería de Orem se llaman Factores Condicionantes Básicos.

En el segundo apartado se describe la clasificación de los pacientes a través del TRIAGE para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; el paciente es clasificado de acuerdo con prioridades. (Ver cuadro 1)

En el apartado tercero está comprendido por el habitus exterior como lo establece la NOM-168 se encuentra dentro de este la apariencia física detectados en el paciente; considerando: 1) el estado de consciencia, 2) las facies, 3) las características de la piel, en los aspectos del estado de consciencia, facies, siendo valorado por la enfermera (o) de cada turno.

CUADRO 2

INFUSIÓN DE AMINAS						
	mg	Solución/Cantidad	ml/hr	Inicio/Término		Resto
Epinefrina						
Dopamina						
Dobutamina						
Norepinefrinas						
Otras						

No se autoriza fotocopiado

### CUADRO 3

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA						
	TC	PC	A	T.M	T.V.	T.N.
Administración de medicamentos prescritos						
Colocar al paciente en posición óptimo equilibrio						
Colocar Monitor cardiaco/ O <sub>2</sub> requerido						
Mantener un acceso intravenoso permeable						
Vigilar los niveles de glucosa en sangre						
Mantener un adecuado control de líquidos						
Evaluar el dolor torácico(Intensidad, duración, etc)						
Control de la temperatura por medios físicos						
Obtener muestras de heces para el cultivo						
Proteger contra lesiones						
Mantener vías aéreas despejadas						
Enseñar a la paciente sintomatología de urgencia.						

No se autoriza fotocopiado

En el apartado seis se encuentra la tabla de la descripción del mantenimiento adecuado de aire, dentro del cual se considera la ventilación mecánica invasiva y descripción de la existencia del oxígeno suplementario.

En su apartado siete se encuentra la gráfica de control de líquidos, con sus subapartados de ingresos y egresos así como el balance general, mediante el cual se integra a través del registro parcial, total y global del balance hídrico, en cada turno.

Parte posterior: Se encuentran los apartados que hacen referencia a las restantes tres fases del proceso de enfermería, como 8) área de medicamentos, 9) apartado de soluciones, 10) apartados de aminas, (Ver cuadro 2) 11) apartado de hemotransfusión: Este apartado es de gran relevancia ya que permite dominar la situación al tener la descripción exacta de la hemotransfusión, se colocará el nombre del hemoderivado (paquete globular, plasma etc.) los mililitros infundidos, la hora de inicio y término, los signos vitales antes, durante y después de

la transfusión, de la misma forma cuenta con un recuadro para realizar observaciones necesarias de comentar. 12) Apartado de Diagnósticos de enfermería, 13) Criterios de resultados, 14) Intervenciones de enfermería (Ver cuadro N° 3). Esta sección a su vez está dividida en tres partes; la primera son los diagnósticos más utilizados en el servicio de urgencias, a continuación se hace mención de la segunda parte los criterios de resultado, que se espera llevar a un equilibrio lo más pronto posible, considerado la realización de la intervención del personal, con los descriptivos de la teoría de Dorothea Orem menciona que las intervenciones de enfermería vienen dadas de la siguiente forma; totalmente compensatorios (TC) parcialmente compensatorios (PC) y de apoyo educativo(A), se consideró importante colocar divisiones por turnos para hacer mención de la hora que fue valorado ese paciente y que en ese momento se le realizó esta actividad.

## Resultados

La hoja de registros de enfermería se aplicó por diez enfermeras de la clínica hospital ISSSTE Celaya Gto., que laboraban en los tres turnos, antes de lo cual, se impartió un curso de capacitación con orientación en tres ejes, el proceso de enfermería, la teoría general del déficit de autocuidado y la estructura del instrumento, para lo cual se realizó un instructivo de llenado y un manual de apoyo llamado, "Base teórica de la hoja de registro de enfermería del servicio de urgencias", entregados a cada uno de los asistentes, para la complementación del auto aprendizaje.

Terminado el curso de capacitación se proyectó un periodo para la aplicación del formato, mismo que fue supervisado, dirigido y evaluado por el autor del proyecto. Una vez terminado este ciclo se recolectaron las evaluaciones sentidas por el personal que participo en el estudio, mencionando entonces; la excelente propuesta de un nuevo formato de registro de enfermería en el servicio de urgencias, la cual se evaluó a través de escalas tipo Likert abordando los aspectos de diseño, contenido e intención.

Resultando entonces que en el primer apartado de diseño y estructura el 95% consideró excelente la utilización de manejar un formato con estructura específica, que permita un lenguaje común entre los profesionales de enfermería; sin embargo, se expresaron limitaciones de aplicación como: demanda del conocimiento actual de los avances teóricos de enfermería, resistencia al cambio, apatía laboral.

Considerando las ventajas mencionaron, fácil manejo una vez conocido el proceso, permite evidenciar en su totalidad las acciones realizadas por enfermería, siendo registrados con facilidad, evita duplicidad de frases, fácil interpretación por los demás profesionales de la salud, así como la fundamentación científica de las acciones, favoreciendo el uso de las nuevas investigaciones de enfermería como son los resultados e intervenciones de enfermería estandarizados (NOC y NIC) y sus categorías diagnósticas NANDA.

## Referencias bibliograficas

1. Dorothea EO. Stephen J. Cavanagh. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la Práctica. 4ª ed. Ed. Científicas y Técnicas. Salvat Enfermería. Barcelona, España: 1993
2. Secretaría de Salud. Normas Oficiales Mexicanas. NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico [Consultado 12 Nov. 2010] Disponible en URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>
3. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Indicadores en Salud. Indicador de calidad de los servicios de enfermería. [Consultado en Nov. 2010]
4. Secretaría de Salud. Seguridad del paciente. Boletín Diciembre 2005 [Consultado Nov. 2010]. Disponible en [http://www.salud.gob.mx/unidades/sic/boletines\\_sp.php](http://www.salud.gob.mx/unidades/sic/boletines_sp.php)
5. Kozier B. Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y práctica, 7ª ed. Ed. McGraw-Hill Interamericana: México; 2005.1
6. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009 - 2011. Ed. Elsevier: Barcelona, España: 2010.
7. McCloskey Joanne y Bulechek Gloria, Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 5a ed. Ed. Elsevier-Mosby, Madrid España: 2009.
8. Moorhead Sue et al, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 4a ed. Ed. Elsevier - Mosby. Madrid España: 2009

---

**Comparte tu experiencia, muéstrale a tus colegas lo que haces y como contribuyes al nuevo conocimiento de tu profesión, es tu oportunidad y así ayudarás a otros.**