



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Trabajo de investigación para optar el Título de

Licenciatura en Enfermería

TEMA:

“CALIDAD DE LOS REPORTES DE ENFERMERÍA CON LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO DAR EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAÚL”, IBARRA 2014.”

Autores

Álvaro Luis Mejía Benavides

Nataly Elizabeth Venegas Chauzá

Directora de Tesis

Esp. Paulina Muñoz

**CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS Y
TRIBUNAL**

En mi calidad de Director del Trabajo de Grado presentado por el señor Alvaro Luis Mejía Benavides & la señorita Nataly Elizabeth Venegas Chauzá, para optar por el Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, cuyo tema es:

“CALIDAD DE LOS REPORTES DE ENFERMERÍA CON LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO DAR EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAÚL”, IBARRA 2014.”

Considero que el presente trabajo reúne requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del tribunal examinador que se digne.

En la ciudad de Ibarra, 20 de febrero del 2015.



Firma

Esp. Paulina Muñoz

DIRECTORA DE TRABAJO DE GRADO

TRIBUNAL EXAMINADOR

RESPONSABILIDAD DE AUTORÍA

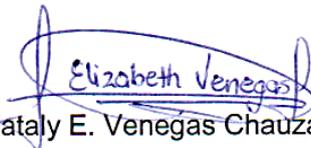
Mejía Benavides Álvaro Luis y Venegas Chauzá Nataly Elizabeth, portadoras de las cédulas de ciudadanía N° 100347397-0 y N° 100440651-6, respectivamente, se declara en forma libre y voluntaria que el presente información y elaboración del trabajo investigativo: "CALIDAD DE LOS REPORTES DE ENFERMERÍA CON LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO DAR EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAÚL", IBARRA 2014.", así como las expresiones vertidas, contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de nuestra persona como autores de este presente trabajo investigativo. Que no ha sido previamente presentado para ningún grado, ni calificación profesional y se ha respetado las diferentes fuentes y referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

Firman



Álvaro L. Mejía Benavides

CI: 100347397-0



Nataly E. Venegas Chauzá

CI: 100440651-6



AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio digital institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición de la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	100347397-0
APELLIDOS Y NOMBRES:	MEJÍA BENAVIDES ÁLVARO LUIS
DIRECCIÓN:	BELLAVISTA ALTO
EMAIL:	alvayel240990@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	0988076482

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	100440651-6
APELLIDOS Y NOMBRES:	VENEGAS CHAUZÁ NATALY ELIZABETH
DIRECCIÓN:	ATUNTAQUI. RÍO AMAZONAS 16-61 Y ATAHUALPA.
EMAIL:	elyfresita18@live.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	2906-480 0985478859

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	“CALIDAD DE LOS REPORTES DE ENFERMERÍA CON LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO DAR EN MERGENCIA DEL HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAÚL”, IBARRA 2014.”
AUTORES:	MEJÍA, ALVARO; VENEGAS, NATALY.
FECHA:	2015/03/18
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería
DIRECTOR DE TESIS:	Esp. Paulina Muñoz

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

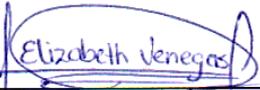
Yo, Nataly Elizabeth Venegas Chauzá con cédula Nro. 100440651-6, y yo Álvaro Luis Mejía Benavides con cédula Nro. 100347397-0 en calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

Los autores manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son las titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 23 días del mes de Marzo de 2015.

LOS AUTORES:

Firma 
Nataly Elizabeth Venegas Chauzá
C.C: 100440651-6

Firma 
Álvaro Luis Mejía Benavides
C.C. 100347397-0

ACEPTACIÓN:


Ing. Betty Chávez
JEFE DE BIBLIOTECA

Facultado por resolución de Consejo Universitario



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Nataly Elizabeth Venegas Chauzá con cédula Nro. 100440651-6, y yo Álvaro Luis Mejía Benavides con cédula Nro. 100347397-0, expresamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autora de la obra o trabajo de grado denominado: "CALIDAD DE LOS REPORTES DE ENFERMERÍA CON LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO DAR EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAÚL", IBARRA 2014."; que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciados en Enfermería**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

LOS AUTORES:

Firma 
Nataly Elizabeth Venegas Chauzá
C.C: 100440651-6

Firma 
Álvaro Luis Mejía Benavides
C.C. 100347397-0

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo está dedicado a:

A Dios quien ha sido parte fundamental de mi camino estudiantil, a mi Madre y Abuelos quien me guiaron en el camino de constancia y superación, a mis tíos que siempre estuvieron apoyándome en todo momento, a mi enamorado que ha sido compañero durante este camino para alcanzar nuestra meta.

Elizabeth

Quiero dedicar este trabajo a Dios quien me dio fuerzas para poder culminar mi carrera, a mi Madre y mi Padre que gracias a su esfuerzo y sacrificio me supieron sacar adelante, a mi Hermana que me brindo sus conocimientos y así poder realizar la tesis, y por ultimo a mi enamorada que con su responsabilidad y esfuerzo pudimos culminar con nuestra meta.

Alvaro

AGRADECIMIENTO

Nuestro más profundo agradecimiento a la Esp. Paulina Muñoz docente investigadora de nuestra querida universidad, por sus conocimientos y ayuda en el desarrollo de ésta investigación, a la Honorífica Técnica del Norte, institución que nos vio formarnos en el transcurso de nuestro camino y de manera especial a la carrera de enfermería que nos abrió las puertas para alcanzar nuestro sueño.

Un profundo agradecimiento a ese ser supremo que guía nuestras vidas Dios, a las familias, por guiarnos y apoyarnos para alcanzar nuestra meta deseada, que con sacrificio y esfuerzos nos supieron sacar adelante y superarnos cada día más.

Al Hospital “San Vicente de Paúl”, por abrirnos las puertas y permitirnos realizar nuestro trabajo investigativo.

Amigos por compartir vivencias y experiencias maravillosas.

Elizabeth, Alvaro

TABLA DE CONTENIDO

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS Y TRIBUNAL.....	ii
RESPONSABILIDAD DE AUTORÍA	iii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.	iv
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	vi
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
TABLA DE CONTENIDO	ix
ÍNDICE DE CUADROS.....	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema.	1
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Justificación.	3
1.4. Objetivos	5
1.4.1. Objetivo general.....	5
1.4.2. Objetivos específicos.....	5
CAPÍTULO II.....	7
2. MARCO TEORICO	7
2.1. Marco referencial	7
2.1.1. Antecedentes de estudio	7
2.2. Marco contextual.....	9
2.2.1. Descripción del área en estudio.....	9
2.2.2. Misión del Hospital “San Vicente de Paúl”	10
2.2.3. Visión del Hospital “San Vicente de Paúl”	10

2.2.4.	Caracterización del servicio de emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”	10
2.3.	Marco conceptual.....	11
2.3.1.	Calidad de la gestión de enfermería	11
2.3.2.	Reportes de enfermería.....	12
2.3.3.	Modelos de los reportes de enfermería.....	13
2.3.3.1.	Modelo SOAPIE	14
2.3.3.2.	Modelo DAR	15
2.3.3.3.	Modelo tradicional o narrativo.....	16
2.3.4.	Método DAR	16
2.3.4.1.	Antecedentes.....	17
2.3.4.2.	Descripción del Método DAR.....	18
2.3.4.3.	Ventajas de Método DAR	18
2.3.4.4.	Desventajas de Método DAR	19
2.3.4.5.	Normativa del Método DAR.....	19
2.3.5.	Historia Clínica e importancia de los reportes de enfermería.....	22
2.3.5.1.	Concepto y definición	22
2.3.5.2.	Importancia de los reportes en la Historia Clínica Única.....	22
2.4.	Marco legal	26
2.4.1.	Contexto ético y legal de los reportes de enfermería.....	26
2.4.2.	Evidencia científica en enfermería.....	27
2.5.	Glosario de Términos.....	29
	CAPÍTULO III.....	31
3.	METODOLOGÍA.....	31
3.1.	Tipo de estudio y diseño.....	31
3.2.	Lugar de Estudio.....	31
3.3.	Población DIANA	32
3.4.	Criterios de inclusión.....	32
3.5.	Criterios de exclusión.....	32
3.6.	Técnicas.....	32
3.7.	Instrumentos.....	33
3.8.	Análisis e interpretación de datos	33

3.9. Validez y confiabilidad	33
3.10. Matriz de relación de variables.	34
4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	37
4.1. Análisis y discusión de resultados.....	38
4.2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	62
4.2.1. Conclusiones	62
4.2.2. Recomendaciones	63
CAPÍTULO V	65
5. PROPUESTA.....	65
5.1. Introducción	65
5.2. Justificación	66
5.3. Objetivos de la propuesta	67
5.3.1. Objetivo General.....	67
5.3.2. Objetivos Específicos.....	67
5.4. Plan de intervención.....	68
5.4.1. Datos Generales.....	68
5.5. Esquema del Plan de Intervención.....	69
5.6. Socialización y presentación de información a través del poster científico.....	72
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXO 1	76
ANEXO 3	80
ANEXO 5	97
ANEXO 6	98
ANEXO 7	99
ANEXO 8	102

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO DE ANÁLISIS Nro 1.....	40
CUADRO DE ANÁLISIS Nro 2.....	43
CUADRO DE ANÁLISIS Nro 3.....	46
CUADRO DE ANÁLISIS Nro 4.....	52
CUADRO DE ANÁLISIS Nro 5.....	55
CUADRO DE ANÁLISIS Nro 6.....	58
CUADRO DE ANÁLISIS Nro 7.....	61

RESUMEN

Los reportes o registros de enfermería son la base fundamental para detallar la información y dar a conocer a cualquier profesional de salud las actividades o acciones que realiza la enfermera durante su jornada de trabajo, tomando en cuenta que existe varios métodos para realizar reportes de enfermería. El objetivo del trabajo investigativo es evaluar la calidad de los reportes de enfermería con la utilización del método DAR en emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”. Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo y transversal tomando como población a las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”; se aplicó la técnica de grupos focales e informantes claves, se obtuvo diferentes opiniones acerca del mejoramiento de los reportes de enfermería con la utilización del método DAR, el 90% de las personas entrevistadas piensan que la información y la redacción del reporte de enfermería ha mejorado con la utilización de dicho método, ya que este es un reporte más ordenado y cronológico y les ayuda a detallar mejor la información, pero en un 10% piensan que no se ha mejorado, que se sigue escribiendo de la misma manera que en el método tradicional o narrativo, se sugiere que se debería evidenciar más las actividades de enfermería en los resultados que se obtiene del paciente. Dentro del ámbito legal se dice que el reporte de enfermería es la primera nota visual ante una auditoría legal, razón por la cual es parte fundamental de proceso de atención hacia el paciente. Los reportes de enfermería abarcan todas las acciones e intervenciones que realiza enfermería con el paciente, razón por la cual debe ser siempre claro legible, ordenado de manera que se puede entender las acciones que se le ha realizado al paciente.

ABSTRACT

Reports or nursing records are the foundation to detail the information and disclose it to any health professional activities or actions that the nurse does during a working day, taking into account that there are several methods for nursing reports. The objective of this researching is to evaluate the quality assessment of nursing reports using the DAR method in Emergency of "Hospital San Vicente de Paul". It was a qualitative, descriptive and cross-sectional study, taking as population to emergency service nurses of the Hospital " San Vicente de Paul "; it was performed the technique of focus groups and key informants, different opinions were got about improving nursing reporting, using the DAR method, 90% of those interviewed people think that the information and nursing writing report has improved with this method , this is a more orderly and chronological report and helps with the information, but 10% thinks it has not been improved , they say that keep writing in the same way, the traditional or narrative method, they suggested that nurses should show more nursing activities in the obtained results of the patient. Within the legal scope, it is said that the nursing report is the first visual note to a statutory audit, this is for why it's a fundamental part of process of caring to the patient. The reports cover all nursing actions and nursing interventions performed with the patient, it should always be clearly, legible, neat and so, you can understand the actions that has been done to the patient.

INTRODUCCIÓN

“El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.”

“La Historia Clínica, es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal.” (1)

“Hoy en día, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, siendo el conjunto de documentos, testimonios y reflejo de la relación entre usuario y hospital regulado por ley básica reguladora de la autonomía del paciente. Desde el punto de vista histórico las enfermeras han creído que cuanto más información anoten mejor estarán protegidas legalmente en cualquier proceso legal, sin embargo, en la actualidad las enfermeras reconocen que un sistema de registro completo y coordinado puede en realidad recoger más datos en menos tiempo y espacio”. (2)

“El registro de los cuidados de enfermería deberá ser pertinente y conciso, debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones del paciente. En resumen, los hospitales tienen la autoridad de definir sus propios registros de enfermería, siempre y cuando estos registros cumplan las normas legales y profesionales autorizadas.” (2)

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería, a pesar de que la cantidad de los registros de enfermería que han aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada, las anotaciones de enfermería son variadas, complejas y consumen tiempo. “Estudios realizados reflejan que las enfermeras pasan entre 35 y 140 minutos escribiendo, por turno”. (2)

A nivel mundial la SEEUE (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias) ha dotado una serie de ítems que han considerado imprescindibles a la hora de realizar el reporte de enfermería, “Es recomendable acogerse a un modelo teórico de Enfermería, que presida el diseño del registro, siendo nexo de unión entre todos los apartados que lo componen”. (3)

Lógicamente, la gravedad del estado del paciente deberá determinar el tiempo que se dedica al registro, sin embargo, en la realidad el profesional de enfermería pasa la mayor parte del tiempo repitiendo las anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina, sin anotar importantes observaciones y diálogos específicos, por falta de tiempo.

Es preciso registrar todas las actividades de enfermería en la historia clínica, ya que es un documento legal donde se amplía todas las actividades y evaluaciones que se realiza al usuario de tal manera que dé a conocer el desempeño del personal de salud hacia el paciente.

Uno de los métodos que se ha implementado en emergencia es el método DAR el cual nos ayuda a verificar los datos objetivos y subjetivos del paciente, las intervenciones que enfermería ha realizado con el paciente y cómo ha evolucionado, si ha mejorado o a empeorado con esta intervenciones, así nos va ayudar a dar una descripción concreta y concisa de cada problema que tenga el paciente, así queremos verificar si este método es el adecuado para el registro de las actividades de enfermería, y poner en práctica en los diferentes servicios del Hospital “San Vicente de Paúl”.

Con este registro el personal de enfermería va ganar tiempo y no se va olvidar de poner ninguna actividad que enfermería realizada con el usuario, es por eso que queremos implementar al método DAR como único método que se realice en el hospital “San Vicente de Paúl”.

1.2. Formulación del problema.

¿Han mejorado los reportes de enfermería con la utilización del método DAR en el Servicio de Emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”?

1.3. Justificación.

El presente estudio busca evaluar el reporte de enfermería con la utilización del método DAR, ya que éste es un informe de mucha utilidad y que permite detallar en forma oportuna y precisa las acciones e intervenciones que el personal de enfermería aplica con el paciente, siendo así que este tiene una relación entre el cuidado que proporciona el personal de enfermería con las intervenciones y evolución que adquiera el paciente durante su estadía en la unidad de salud que se encuentre.

Como futuros profesional de enfermería nuestra obligación es tener un conocimiento claro sobre los registros de enfermería es así que durante nuestra practica pre-profesional como internos de enfermería el realizar un reporte diferente al método narrativo o tradicional surge la investigación, de la necesidad de conocer si el método DAR es un reporte que abarque las necesidades del profesional de enfermería, ya que es un método novedoso que necesita de un proceso de cambio y adaptación por parte del profesional de enfermería.

Como sustento de nuestra investigación se pudo adquirir un documento el cual refleja que: En la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander (Colombia); el método DAR es aplicable por su estructura, calidad y continuidad logrando cambios en la información y mejoramiento de la atención del paciente.

Durante el ejercicio de la profesión de enfermería, las anotaciones de Enfermería, constituyen el documento más importante que contiene el expediente clínico, siendo el enfermero (a) la persona que tiene una mayor

capacidad para dar a conocer, momento a momento, la evolución del paciente, función realizada como mínimo tres veces al día.

Para ello los beneficiarios directos de la investigación, son las licenciada/os de enfermería, el método DAR cumple funciones específicas, claras, simples y concretas que le permiten al profesional de enfermería describir las actividades realizadas durante su período de trabajo de manera clara y exacta. Los beneficiarios indirectos son los pacientes que reciben el cuidado directo del profesional de enfermería, donde el paciente como usuario tiene derecho a conocer las actividades que se le realizan.

Cabe destacar que han sido mínimas las investigaciones previas sobre el tema; sin embargo nace la necesidad de buscar información relevante para llevar a cabo la sustentación del trabajo investigativo.

Además hoy en día con la nueva ley médica, lo que se busca es dar a conocer todas las actividades que se ejecutan con el usuario sin omitir ninguna actividad. Se ha evidenciado errores en la realización de los reporte por el personal de enfermería. Este estudio contribuirá al mejoramiento, calidad y conocimiento en la redacción de los reportes de enfermería por parte de las docentes y estudiantes de la Carrera de Enfermería al acudir a las prácticas pre-profesionales.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivo general.

- Evaluar la calidad de los reportes de enfermería con la utilización del método DAR

1.4.2. Objetivos específicos.

- Identificar los tipos de métodos de reportes de enfermería que se utilizan en el servicio de emergencia.
- Comparar el cumplimiento de los indicadores del método en relación con el registro de los reportes de enfermería.
- Determinar la percepción de las enfermeras en relación al uso del método DAR.
- Socialización de la investigación a través de un poster científico.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Marco referencial

2.1.1. Antecedentes de estudio

La investigación se sustenta en evidencia científica recopilada a través de investigaciones referentes al tema, que citamos a continuación para sustento del mismo:

Ibañez Alfonso y Amaya Luz, en su estudio sobre: “Visibilidad de la Escuela de Enfermería en los Campos de práctica”. Colombia, 2006; que tienen por objetivos escribir intervenciones de enfermería realizadas por estudiantes, docentes y profesional, manifiestan que: “El método DAR, que ha sido adoptado por la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander “en el cual se han evidenciado que el método DAR, en relación con otros métodos es mejor estructurado por su secuencia, su orden y sus parámetros a seguir”. (4)

En la actualidad existen diferentes formas de registro; entre ellas se mencionan las que se han utilizado en las prácticas de las estudiantes en las diferentes instituciones de salud, que no corresponden al sistema de registro de éstas sino que se convierten en una exigencia académica por cuanto en la mayoría de las instituciones no se establecen parámetros claros de registro de las intervenciones de enfermería.

Anglade Vizcarra Cintya, es su estudio sobre: “Características de las Anotaciones de Enfermería y Factores Personales e Institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional Dos de Mayo”. Perú, 2006; manifiesta que “Las anotaciones de enfermería son en un 59,2% medianamente significativa, siendo un solo 14.5% significativa, lo cual evidencia que la atención brindada por la enfermera no ha sido de manera integral, ya que solo se basa a términos generales sobre el paciente”. (5)

Los sistemas de acreditación han dirigido su atención hacia la eficacia de los cuidados y requieren datos acerca de los pacientes y la correlación de los problemas de salud, intervenciones y resultados, de modo que se pueda analizar datos en conjunto y se generen nuevos conocimientos acerca de la calidad y utilidad de los cuidados que se brindan.

La selección y formulación de las intervenciones de enfermería constituyen parte importante del planeamiento del cuidado, pues son las indicaciones o prescripciones que la enfermera o enfermero consideran necesarias para obtener los resultados esperados. (4)

Los registros de enfermería son un instrumento básico del ejercicio del profesional de enfermería ya que con ello puede tener una visión completa y global del paciente y a futuro demostrar documentalmente las prácticas realizadas, las razones de su utilización han evolucionado desde el tiempo en que Florence Nightingale los introdujo como instrumento que la enfermera debía utilizar para atender a los pacientes. La documentación utilizada en aquella época recogía, principalmente, el cumplimiento de las órdenes del médico.

Condezo Martel en su libro sobre: “La enseñanza aprendizaje y las anotaciones de enfermería para una función profesional eficiente”. Lima-Perú, 2009; manifiesta que: “Los registros se consideran como un documento que avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación y que evitan errores, posibles duplicidades que pueden producirse en el cuidado. Además, son un respaldo legal frente a posibles demandas y también permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados”. (6)

Carlos León en su estudio sobre: “Aplicación del método cubano del registro clínico del proceso de atención de enfermería”. Cuba, 2008; manifiesta que: El registro de enfermería es conceptualizado en varios artículos como un documento específico que forma parte de la historia clínica, en la cual se debe describir cronológicamente la situación, la evolución del estado de salud y las intervenciones que los profesionales de enfermería brindan a la persona. (7)

2.2. Marco contextual

2.2.1. Descripción del área en estudio

“En el año 1979, se comienza a conversar del nuevo edificio del Hospital, entre los legisladores y autoridades del Hospital de esa época, después de largas liberaciones y entrevistas con el Ministro de Salud y el Presidente de la Republica, se le entrega la construcción y equipamiento a una firma Italiana, los terrenos son expropiados a la Señora Rosa Gómez de la Torres y se coloca la primera piedra el 23 de enero de 1981, después de 10 años de intenso trabajo, es inaugurado en la Presidencia del Doctor Rodrigo Borja y siendo Director del Hospital el Doctor José Albuja, larga es la vida del Hospital que sería reflejada en una obra literaria.” (8).

En la actualidad el Hospital “San Vicente de Paúl” se encuentra ubicado entre las calles Luis Vargas Torres 1-25 y Gonzalo Gómez Jurado en la parroquia de El Sagrario, tiene como directora a la Doctora Yolanda Checa, como líder de enfermeras a la Licenciada Enma Quilumbango. El Hospital “San Vicente de Paúl” es un hospital general que presta sus servicios asistenciales a la población norte de país, cuenta con servicios como emergencia, ginecología, cirugía, traumatología, medicina interna, pediatría, sala de partos y quirófanos.

2.2.2. Misión del Hospital “San Vicente de Paúl”

“El hospital San Vicente de Paúl tiene por misión ofertar los servicios de salud de II nivel con enfoque integral a los usuarios y cumpliendo con su rol con el sistema nacional de salud capacitando al recurso humano, fortaleciendo la docencia e investigación como aporte a mejorar la salud de la población de su área de influencia.” (8)

2.2.3. Visión del Hospital “San Vicente de Paúl”

“El Hospital San Vicente de Paúl en cinco años será una institución líder en la prestación de servicios de salud del norte del país, brindará atención de calidad con acceso universal, equidad y calidez, contará con tecnología de punta, personal motivado y altamente capacitado, convirtiéndose en la institución de salud más valorada por la comunidad y que rinda cuentas de su gestión.” (8)

2.2.4. Caracterización del servicio de emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”

El servicio de Emergencia brinda atención asistencial las veinticuatro horas del día, tiene como líder al Doctor Gino Retamal, como líder de enfermeras a la

Licenciada Ximena Posso. Posee cinco salas de atención clasificadas en lo referente a: medicina general, cirugía, críticos, ginecología, pediatría y dos salas de observación.

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Calidad de la gestión de enfermería

La gestión de la calidad debe ser aplicada mediante la planificación, organización, dirección y control de los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente con la política de calidad de la institución. La gestión en enfermería implica asumir el papel de líder asertivo teniendo en cuenta la satisfacción del cliente interno, externo y el cumplimiento de los objetivos de la institución y a las normas legales existentes. (9)

Son muchas las actividades y registros que lleva enfermería durante los turnos que realiza el profesional de enfermería, lo cual se puede observar que la gestión de una líder tiene mucho que decir ya que busca siempre el cambio y mejoramiento de servicio, “lo cual ha llevado a plantear de alguna forma, un método que ayudara a controlar, medir, definir y mejorar las distintas funciones que se realiza; así podremos optimizar, planificar y personalizar los cuidados de enfermería y el tratamiento que se aplica a los pacientes.” (10)

De esta manera el profesional de enfermería se enfrenta a grandes retos para la práctica y “la gestión del cuidado de enfermería como son el déficit financiero, de enfermeras, de insumos para la atención en salud”. (9)

“La gestión en enfermería posibilita la integración y articulación de los aspectos conceptuales, metodológicos e investigativos de la disciplina en el contexto de los servicios de salud; en una lógica de aprendizaje continuo y diálogo permanente con los pacientes, sus familias y los colectivos humanos que aporte a su desarrollo y bienestar”. (11)

El tema de calidad se ha convertido en un asunto de mucha trascendencia en los actuales servicios de salud, que pretenden lograr la satisfacción de usuarios y trabajadores brindándoles la mejor atención. Al respecto, se ha comprobado que las enfermeras (os) y sus cuidados son parte fundamental para el logro de los objetivos de calidad de una institución prestadora de servicios, debido a las actividades específicas que realizan.

Por ello, es fundamental abordar aspectos legales de la profesión referidos a la elaboración de la historia clínica, dada su importancia para el desarrollo profesional enfermero y la función que cumplen como instrumentos para una atención sanitaria de calidad. (12)

2.3.2. Reportes de enfermería.

Hoy en día, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal siendo el conjunto de documentos, testimonios y reflejo de la relación entre usuario y hospital; regulado por ley básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

“Evidentemente los registros de enfermería forman parte de esta historia clínica, aunque específicamente la jurisprudencia no determina las normas para estos registros sino que emite un juicio crítico sobre el cumplimiento de la norma. Los hospitales tienen la autoridad de definir sus propios registros de enfermería, siempre y cuando estos registros cumplan las normas legales y profesionales autorizadas. Por desgracia, la mayoría de los hospitales y demás centros no han examinado seriamente lo que realmente hace falta en estos registros.” (2)

“Es importante contar con un registro de enfermería para que el proceso de comunicación entre todo el equipo de salud sea efectivo. El beneficio de tener un registro de enfermería estructurado para el cuidado del paciente/usuario, es poder proveer una atención de calidad, eficiente, continua y segura al paciente, basada en la evidencia en práctica. Es decir, un registro de enfermería bien diseñado por los propios profesionales que cuidan al paciente como persona parte de una familia, comunidad y sociedad debe incluir todos los elementos, datos e información esencial.” (13)

2.3.3. Modelos de los reportes de enfermería.

Hoy en día la práctica de un reporte de enfermería rápido, conciso y sencillo es lo que busca la enfermera a la hora de redactar su informe sin embargo por falta de tiempo no se detalla todas las actividades que se realiza en cada turno, para ello se dispone de tres reportes más conocidos como son el SOAPIE, DAR y el Tradicional o Narrativo. Cada reporte tiene su función común brindar datos completos del paciente, actividades realizadas por el personal de salud y resultados a dichas actividades, tomando en cuenta que hoy en día en el ámbito legal se tiene mucho en cuenta los datos exactos, y las acciones ejecutadas con fecha y hora exacta.

2.3.3.1. Modelo SOAPIE

“El modelo SOAPIE es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente. Así como las intervenciones, observaciones y evaluaciones que realiza la enfermera; también se le conoce como estructura o reglas del registro de la enfermera.

La sigla SOAPIE corresponde a los siguientes contenidos:

S: Datos Subjetivos. Incluyen los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente, se documente las palabras del paciente o un resumen de la conversación.

O: Datos objetivos: Consiste en los hallazgos obtenidos durante la valoración; se descubren por el sentido de la vista, oído, tacto, y olfato o por instrumentos como el termómetro, tensiómetro, exámenes auxiliares, etc.

A: Interpretaciones y análisis de los datos: Puede ser real o potencial y siempre va el “relacionado con” para determinar lo factores determinantes o condicionantes y el código de diagnóstico de la NANDA.

P: Plan de atención: se registra el objetivo de la planificación, comprende lo que la enfermera planifica hacer.

I: Intervención o ejecución. Se refiere a ejecutar el plan diseñado con la finalidad de resolver los problemas identificados.

E: Evaluación de los resultados esperados: se evalúa la eficacia de la intervención efectuada; registrada en presente. Concluye con la firma y cello de la enfermera que atendió al paciente.” (14)

2.3.3.2. Modelo DAR

“Es un método de organizar la información según las notas de la enfermera y están estructuradas en tres categorías:

D: datos subjetivos y objetivos.

A: acción es la intervención de enfermería que se ha ejecutado.

R: respuesta, es la reevaluación de la eficacia de las intervenciones.” (14)

El modelo DAR permite obtener datos de afiliación, acción o intervenciones y respuestas (DAR) proporciona una descripción concreta y concisa de cada una de las actividades ejecutadas con el usuario o paciente. Es fácil, no demanda de mucho tiempo y permite redactar un informe claro, estructurado y que durante el ámbito legal proporciona información clave sobre las intervenciones que realiza la enfermera durante sus horas de jornada con el usuario.

A diferencia de otros métodos de reporte de enfermería éste permite realizar de forma cronológica las actividades que el personal de enfermería ejecuta con el paciente, permite dar un orden de forma estructurada a las actividades que conforme el paciente los va requiriendo se los va proporcionando; es el único reporte de enfermería que se lo puede realizar escribiendo la hora de la acción más la actividad a ejecutar, por ello que resulta más fácil al momento de la entrega recepción de turno, informar a las colegas las acciones e intervenciones que se le realizó el paciente. Además de ello este reporte permite dar continuidad a las actividades sin reincidir en datos ya conocidos.

2.3.3.3. Modelo tradicional o narrativo

“La documentación narrativa es el método tradicional de registros de los cuidados de enfermería, es el más conocido por las enfermeras, se trata simplemente de formar un formato similar a una historia, para documentar la información específica del cuidado del paciente que ocurre durante el turno. En ella se registra: estado del paciente, intervenciones, tratamiento y las respuestas del paciente al tratamiento.” (14).

Este método es el más conocido por las enfermeras ya que ha sido un reporte de enfermería que ha sido por años el más utilizado; tomando en cuenta que no hay que desmerecer que éste reporte también ha logrado proporcionar información tanto para el paciente como para el personal de salud, y que sigue de igual manera un proceso, se realiza cefalocaudal y en orden las actividades.

Pero hoy en día sobre todo con el proceso legal se requiere que la información tenga más orden, sea más cronológico y sobre todo tenga respuestas a las actividades que se realiza.

2.3.4. Método DAR

Es un método que permite organizar la información segundas las notas de la enfermera y están estructuradas en tres categorías: D: Datos A: acción R: respuesta. (14)

El método DAR ha permitido tener orden y secuencia en las actividades que el personal de enfermería realiza, además de ello es cronológico ya que

permite evidencia las horas precisas en las que se realiza las actividades con el paciente, además de ello ayuda a obtener respuestas claras de la evolución del paciente. Al mismo tiempo durante la entrega recepción de turno las enfermeras pueden obtener una clara información de las actividades que se realizó y se realizara con el paciente. No demanda de mucho tiempo al momento de redactarlo a diferencia de otros métodos de reportes de enfermería.

2.3.4.1. Antecedentes

“En la actualidad existen diferentes formas de registro; entre ellas se mencionan las que se han utilizado en las prácticas de las estudiantes en las diferentes instituciones de salud, que no corresponden al sistema de registro de éstas sino que se convierten en una exigencia académica por cuanto en la mayoría de las instituciones no se establecen parámetros claros de registro de las intervenciones de enfermería”. (4)

El método DAR, que ha sido adoptado por el Servicio de Emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl” el cual en busca de la calidad, calidez, eficiencia, eficacia y mediante la gestión de enfermería han mejorado la calidad de reportes; obteniendo mejor información, evitando errores que con otros métodos de reportes de enfermería se realizaba, involucrando así a todo el personal de enfermería a dicho cambio.

En comparación con investigaciones realizadas se puede evidenciar que el método DAR en relación con otros métodos, es mejor estructurado por su secuencia, su orden y sus parámetros a seguir, es así que en la “Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander” (4) ha optado de igual

manera por este método logrando cambios evidenciales en la información obtenida y mejorando de igual manera en la atención del paciente.

2.3.4.2. Descripción del Método DAR

Como se menciona anteriormente el método DAR como reporte de enfermería se clasifica en tres secciones y están descritas de la siguiente manera:

D: se refiere al registro de cada uno de los diagnósticos de enfermería aceptados por la NANDA, identificados a través de la valoración; cada diagnóstico debe ir acompañado de los datos objetivos y subjetivos que permiten su validación.

A: se registran las acciones de enfermería realizadas para el diagnóstico, teniendo cuidado especial de consignar la hora precisa en la cual fueron realizadas y las respuestas humanas generadas por la actividad.

R: hace referencia a los resultados obtenidos con la ejecución de las actividades realizadas, por tanto, antes de registrarlos es preciso realizar la evaluación. (4)

2.3.4.3. Ventajas de Método DAR

Las ventajas que provee el método DAR son las siguientes:

- El formato de datos, acción y respuesta (DAR) proporciona una descripción concreta y concisa de cada enfoque de la asistencia.
- La inclusión de datos subjetivos y objetivos en la misma sección e, elimina la necesidad de distinguir entre estos tipos de datos. (14)

- Aumenta los conocimientos, aptitudes y destreza intelectuales, así como el interés.
- Permite expresar la opinión de la enfermera sobre el cuidado o participación brindada al usuario.
- Permite el intercambio de información y de diálogo.
- Facilita la evaluación del plan de cuidado brindado.
- Desarrolla la capacidad de conducción de grupo. (15)

2.3.4.4. Desventajas de Método DAR

- Algunos de los datos descritos en la nota pueden ser redundantes con los datos registrados en las hojas de curso clínico.
- Este sistema al igual que el SOAPIE, requiere un cambio en la forma de pensar de la enfermeras, quienes deben ser capaces de identificar con exactitud las áreas de interés y seleccionar los datos en la categorías apropiadas ya sean datos, acciones o respuestas. (14)

2.3.4.5. Normativa del Método DAR

Precisión y exactitud:

- Deben ser precisos, completos e inequívocos.
- Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.
- Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.
- Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente.
- “Lo que no está escrito, no está hecho”

Legibilidad y claridad:

- Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.
- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente
- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.
- No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado “error” con firma de la enfermera responsable.
- Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos.
- No dejar espacios en blanco ni escribir entre líneas.

Simultaneidad:

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.

- Evitando errores u omisiones.
- Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.
- Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser in exactas e incompletas.

Hojas de administración de medicamentos

Se debe anotar toda la información acerca de los medicamentos, para cada uno de ellos que se administre se debe anotar fecha, hora y las iniciales de la

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

No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas, en caso necesario, repita la orden confirmándola así, y pedir el nombre y apellidos del médico que lo prescribe; a continuación registrarlo. Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora a la que lo realizó.

Lo que no se debe anotar

- Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente.
- No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
- No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.
- No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren
- No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad
- No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si ésta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.
- La realización correcta de los registros, puede ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.

2.3.5. Historia Clínica e importancia de los reportes de enfermería.

2.3.5.1. Concepto y definición

Se han dado multitud de definiciones de la Historia Clínica. Recientemente, la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones En Materia de Información y Documentación Clínica, ha aportado su definición, de gran importancia legal. En dicha Ley, se entiende por Historia Clínica “el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”. (16)

Ésta definición engloba a su vez otros dos conceptos que también desarrolla la Ley: Información y Documentación Clínicas. La Información Clínica “es todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico o salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla la documentación clínica es el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial”. (16)

2.3.5.2. Importancia de los reportes en la Historia Clínica Única.

El Ministerio de Salud Pública define a la Historia Clínica única como: “Es el registro escrito y organizado de las actividades desarrolladas durante el proceso de la atención brindada por la enfermedad y fomento de la salud a una persona, sus alteraciones y evolución de los tratamientos recibidos dentro de una unidad clínica a raves de todo su ciclo vital.” (17)

La historia clínica puede definirse desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista gramatical, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal, definiéndose en tal circunstancia como “el documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda”. (18)

“Los documentos que componen la Historia Clínica son confeccionados obligatoriamente en los formularios aprobados, generalmente por la misma Comisión de Historias Clínicas que diseñó el Reglamento. Esto implica también que cada hoja de la Historia Clínica debe ser usada únicamente para el objeto y por el profesional para el que ha sido diseñada.” (16)

Dentro de las normas y manejo de la historia clínica única se debe tener en cuenta que debe ser ordenada y de uso único para el profesional de salud que brinda atención al paciente, utilizando formularios únicos y abalados.

“Por último, el contenido escrito de la Historia Clínica se ajustará a las siguientes normas básicas de inteligibilidad:

- Ser legible.
- Utilizará terminología normalizada y universal.
- No se usarán abreviaturas y, si es necesario, éstas serán de uso común y si no, irán acompañadas de su significado completo, entre paréntesis, al principio de cada proceso asistencial.

- En caso de error se anulará enmarcándolo entre paréntesis poniendo sobre la palabra o frase la anotación «error».
- Sólo se utilizará tinta negra o azul de bolígrafo”. (16)

Es sumamente necesario desde el punto de vista ético y legal llevar un registro de enfermería que sea de fácil acceso y que contenga todas las características para la presentación de un buen informe o registro de enfermería.

“En Australia es obligatorio contar con un registro de enfermería. Todo registro hecho por enfermería dentro de la ficha clínica de un paciente/usuario es validado. Además, todo profesional de salud que provee atención y cuidado al paciente/usuario debe documentar sus servicios en la ficha clínica”. (13)

“Chile existen iniciativas de registros que se enmarcan en el Proceso de Enfermería y se fundamentan sobre la base de un modelo de cuidados, sólo un proceso jurídico y obligatorio otorgará el tiempo y los recursos necesarios para formalizar y oficializar esta documentación. Paralelamente, en el sector privado en Chile hay muchos casos de registros de enfermería que demuestran los beneficios para la seguridad del paciente, ya que evitan que el profesional tome decisiones clínicas ligeras e individualistas. A su vez, esto permite evitar errores y asegurar la calidad, continuidad y seguridad en la gestión del cuidado”. (13).

En México tienen diferentes formas de realizar un informe de enfermería, y existen diferentes hojas en las cuales se anotan todas las atenciones que el usuario necesita para una atención integral, a continuación se va detallar cada hoja que se utiliza en este país: en las notas de enfermería se escriben las

observaciones hechas por la enfermera y la manera como proporciona los cuidados al paciente.

En general “las notas de enfermería sirven para registrar cinco clases de informes: medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo profesional, medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de enfermería, medidas planeadas y ejecutadas por la enfermera que no fueron ordenadas por el médico, conducta del paciente y otras observaciones en relación con su estado de salud y respuestas específicas del paciente al tratamiento y los cuidados”. (19)

Se realiza también una hoja de registro de enfermería, en el cual se registrará lo realizado al paciente, pues en ella es donde principia y finaliza su trabajo diario, ya que en ella deberá atender todo lo relacionado al enfermo en el transcurso del día. El registro de la enfermera deberá iniciarse con el ingreso del paciente al hospital; el registro se deberá escribir con “letra legible”. Se deberá anotar el método de admisión; ambulancia, ambulante, silla de ruedas etc., se anotan los signos y síntomas, objetivos y subjetivos; observaciones durante el día, color de piel, lesiones, etc; así como depresión, inquietud, etc.

Sobre los tratamientos se debe anotar el tipo de tratamiento y el tiempo en el cual se administra, la hora y la reacción del paciente por la medicina. Con relación a las dietas se anotará si el paciente la toma con satisfacción, o bien si se ha omitido la dieta, así como la razón por la cual no se otorgó. Se realizarán las anotaciones acerca de la hora que se dieron los tratamientos, curaciones, removimiento de suturas, etc.

Por ultimo tiene una hoja de atención de enfermería, esta es el resultado de las necesidades manifestadas por el personal de enfermería en el área existencial, administrativa y docente, tiene como finalidad integrar en un solo documento el mayor número de datos del paciente para realizar una valoración completa y de esta manera establecer medidas terapéuticas y cuidados específicos para el paciente de forma rápida y eficaz; por otra parte también permite disminuir el tiempo que la enfermera dedica a las actividades administrativas y este tiempo le dedica a la atención directa del paciente en las áreas físico-emocional, social y espiritual, y no sólo atiende su enfermedad”. (20).

2.4. Marco legal

2.4.1. Contexto ético y legal de los reportes de enfermería

El Acuerdo Ministerial No 000138 del 14 de marzo 2008 del Ministerio de Salud del Ecuador establece las normas para el manejo de la historia clínica y el equipo de salud dentro del que hace parte el profesional de enfermería debe cumplir con estándares de diligenciamiento: “La historia clínica debe diligenciarse de forma clara, legible, sin tachones, sin dejar espacios en blanco y sin la utilización de siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma” (21)

Los registros de enfermería sirven como registro legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o bien para defendernos ante una acción legal. Es de especial interés para las enfermeras saber si la implicación legal en cuestión se puede deducir de inexactitudes deliberadas en el expediente, si se alteró el expediente u otro documento relacionado con los cuidados del paciente o las notas o informes destruidos para desviar la atención en cuanto a lo que ha ocurrido y en qué medida dejó de indicarse en

el expediente que las órdenes terapéuticas o instrucciones específicas del cuidado médico fueron observadas por el personal de enfermería.

Cuando el expediente no es indicio confiable del cuidado del paciente, es probable que si este último hace una demanda la gane. Las enfermeras deben de familiarizarse con las normas, requerimientos y procesamientos de los registros de la organización para las cuales trabaja, y así mismo, conocer las normas profesionales del Estado en el cual prestan sus servicios.

Hoy en día, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, siendo el conjunto de documentos, testimonios y reflejo de la relación entre usuario y hospital; regulado por ley básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Evidentemente los registros de enfermería forman parte de esta historia clínica, aunque específicamente, la jurisprudencia no determina las normas para estos registros, sino que emite un juicio crítico sobre el cumplimiento de la norma. Es decir, la administración y el registro de los cuidados de enfermería deben cumplir las normas de la profesión. La American Nurses Association (A.N.A.) define una norma como “afirmación competente” por la cual se puede juzgar la de la práctica, servicio e información. (2)

2.4.2. Evidencia científica en enfermería

Los planes de cuidados informatizados son una herramienta muy importante para la enfermera, quienes son los responsables de la valoración del paciente en el momento del ingreso al detectar las necesidades alteradas; además, a

través de ellos, se mantiene la actualización durante el periodo de hospitalización y se cumple con los objetivos de la atención; la informatización de los cuidados ha mejorado, así lo que las enfermeras registran. En los registros manuales que se elaboraban antes de la implementación de la Historia Clínica Única, pocas veces se realizaba un Plan de Cuidados, ni informes de Enfermería al momento de dar de alta a los pacientes.

Justo en este momento,” la enfermera es la responsable de realizar el Informe de Enfermería que gracias a la Historia Clínica que agiliza el proceso, permite continuar los cuidados en otro nivel asistencial al paciente y a la familia. Como se ve, el registro del trabajo propio de la disciplina de Enfermería es más un cambio de actitud que de aptitud”. (12)

En este marco, un sistema de registro coordinado que integre el Proceso de Cuidado de Enfermería (PCE), vinculando el método científico y la integración taxonómica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Nursing Outcome Classification (NOC) y la Nursing Intervention Classification (NIC), estandariza el lenguaje y, con ello, el cuidado de Enfermería, desde el ingreso hasta el alta del paciente, agregando a esto los requerimientos de registro designados y la adecuada orientación que debe seguir en casa el paciente; es también garantía de calidad de atención y brinda una óptima defensa en caso de pleitos y retos legales.

El desarrollo de las notas de Enfermería se centra en su uso, como vehículo para el almacenamiento e intercambio de información; los beneficios de un registro apropiado de información acerca de la atención al paciente son claros e incluyen la seguridad del mismo y la continuidad de los cuidados. El equipo de salud ha de constituir, así, una plataforma de diálogo equilibrado y efectivo, que sitúe a cada miembro donde mejor puede realizar la misión para la que

está preparado, y aportar elementos para la evaluación del proceso de atención. (12)

2.5. Glosario de Términos

Incidencia.- La proporción de una población definida que se infecta por primera vez con un agente infeccioso en un período de tiempo específico

Reporte.- es un informe o una noticia. Este tipo de documento (que puede ser impreso, digital, audiovisual, etc.) pretende transmitir una información, aunque puede tener diversos objetivos.

Historia clínica.- Es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes.

Manejo.- Acción de manejar, de organizar o conducir un objeto o una situación bajo características especiales que lo hacen específica y, por consiguiente, requieren destrezas igualmente particulares.

Manipulación.- Acción y efecto de manipular (operar con las manos o con un instrumento, manosear algo, intervenir con medios hábiles para distorsionar la realidad al servicio de intereses particulares).

Legal.- Es todo lo relativo a la ley, lo que está conforme a ella, como término opuesto a ilegal, que es lo que no se adecua a la norma jurídica.

Auditoría.- Es el examen crítico y sistemático que realiza una persona o grupo de personas independientes del sistema auditado, que puede ser una persona, organización, sistema, proceso, proyecto o producto.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio y diseño.

De acuerdo a la clasificación epidemiológica de los tipos de investigación el presente trabajo es: descriptivo y observacional, por sus objetivos es cualitativo y por el tiempo transversal.

El trabajo tuvo un enfoque cualitativo porque busca averiguar la opinión del profesional de enfermería sobre la utilización del método DAR y a la vez verificar el mejoramiento de los reportes de enfermería con la utilización del método DAR según la percepción del profesional de enfermería.

Para el logro de los objetivos, se realizó el análisis y discusión mediante la interpretación de los grupos focales en los cuales se pudo escuchar diversas opiniones sobre el mejoramiento de los reportes de enfermería con la utilización del método DAR, también se realizó entrevistas a los informantes claves en la cual se recopiló información importante para el desarrollo de nuestro trabajo.

3.2. Lugar de Estudio

Hospital San Vicente de Paúl, ubicado en la ciudad de Ibarra, en la provincia de Imbabura.

3.3. Población DIANA

La población de estudio estuvo integrada por 14 enfermeras que trabajan en el servicio de emergencia del hospital “San Vicente de Paúl”

3.4. Criterios de inclusión.

Se incluyó a todos los profesionales de enfermería que se encuentran en servicio activo y que estuvieron presentes en la realización de los grupos focales dentro de la institución en el servicio de emergencia del hospital “San Vicente de Paúl”

3.5. Criterios de exclusión.

Se excluyó a todo el personal de enfermería que no esté en servicio activo y no se encuentren asignados o laborando en el servicio de emergencia.

3.6. Técnicas.

En el presente trabajo se utilizó técnicas de la investigación cualitativa: grupos focales, informantes claves y observación.

Se realizó la entrevista mediante grupos focales e informantes claves para obtener información sobre el mejoramiento de los reportes de enfermería con la utilización del método DAR.

3.7. Instrumentos.

En el presente trabajo se aplicó como instrumento la utilización revisión bibliográfica, además una guía de entrevista en grupos focales e informantes claves, el cual fue diseñado con preguntas abiertas para evaluar la calidad de los registros de enfermería con la utilización del método DAR.

3.8. Análisis e interpretación de datos

Como se realizó un trabajo cualitativo se ejecutó un análisis mediante cuadros de interpretación de grupos focales en el cual se elaboró la categorización de las opiniones de las licenciadas de enfermería, la codificación de datos y con estos insumos llegamos al análisis de los mismos.

3.9. Validez y confiabilidad

Para la validez y confiabilidad se establece que se ha recogido opiniones personalizadas de las licenciadas de enfermería y se obtiene las grabaciones como respaldo para el análisis y discusión de datos.

3.10. Matriz de relación de variables.

Variable	Definiciones	Indicador	Escala
Dependiente: Calidad del reporte de enfermería	Es un informe que se realiza a través de la comunicación verbal al finalizar el turno; que consiste describir las actividades o acontecimientos sucedidos que se realizan durante el turno laboral.	Modelos de reportes de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> - DAR. - SOAPIE. - NARRATIVO.
Independiente:	Es un método de	Evidencia de las	- A veces

<p>Método DAR</p>	<p>organizar la información según las notas de la enfermera y están estructuradas en tres categorías:</p> <p>D: datos subjetivos y objetivos.</p> <p>A: acción es la intervención de enfermería que se ha ejecutado.</p> <p>R: respuesta, es la reevaluación de la eficacia de las intervenciones.” (14)</p>	<p>actividades que realiza la enfermera con el paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rara vez - Siempre - Nunca
-------------------	--	--	--

CAPÍTULO IV

4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Para la obtención de los resultados se utilizó las técnicas de investigación cualitativa: grupos focales e informantes claves.

Se manejó la técnica de entrevistas a los diferentes grupos focales donde participaron las licenciadas del Hospital “San Vicente de Paúl” del Servicio de Emergencia; se obtuvo la percepción de cada una de las enfermeras acerca del tema, el tiempo de las entrevistas por grupos focales no se excedió más de 30 minutos, las entrevistas estuvieron lideradas por parte del grupo investigativo que con ayuda de la guía que se realizó la cual tenía preguntas abiertas sobre el tema, supieron responder claramente y abrir campos de discusión durante las entrevistas.

Además de ello se realizó la entrevista usando la misma metodología con las informantes claves, donde participaron la Líder del Servicio y la Coordinadora de Enfermeras del Hospital “San Vicente de Paúl”, y de igual manera se obtuvo la percepción de las enfermeras líderes sobre los procesos de cambio que se realizó y que permiten buscar siempre el mejoramiento del servicio.

El análisis de datos se obtuvo de la percepción de las enfermeras más el análisis de autores para evidenciar claramente los diferentes contextos que impartió la líder de enfermería y las enfermeras del servicio, el análisis se complementa haciendo una comparación de criterios entre la evidencia científica y nuestro criterio como autores de nuestra investigación.

4.1. Análisis y discusión de resultados

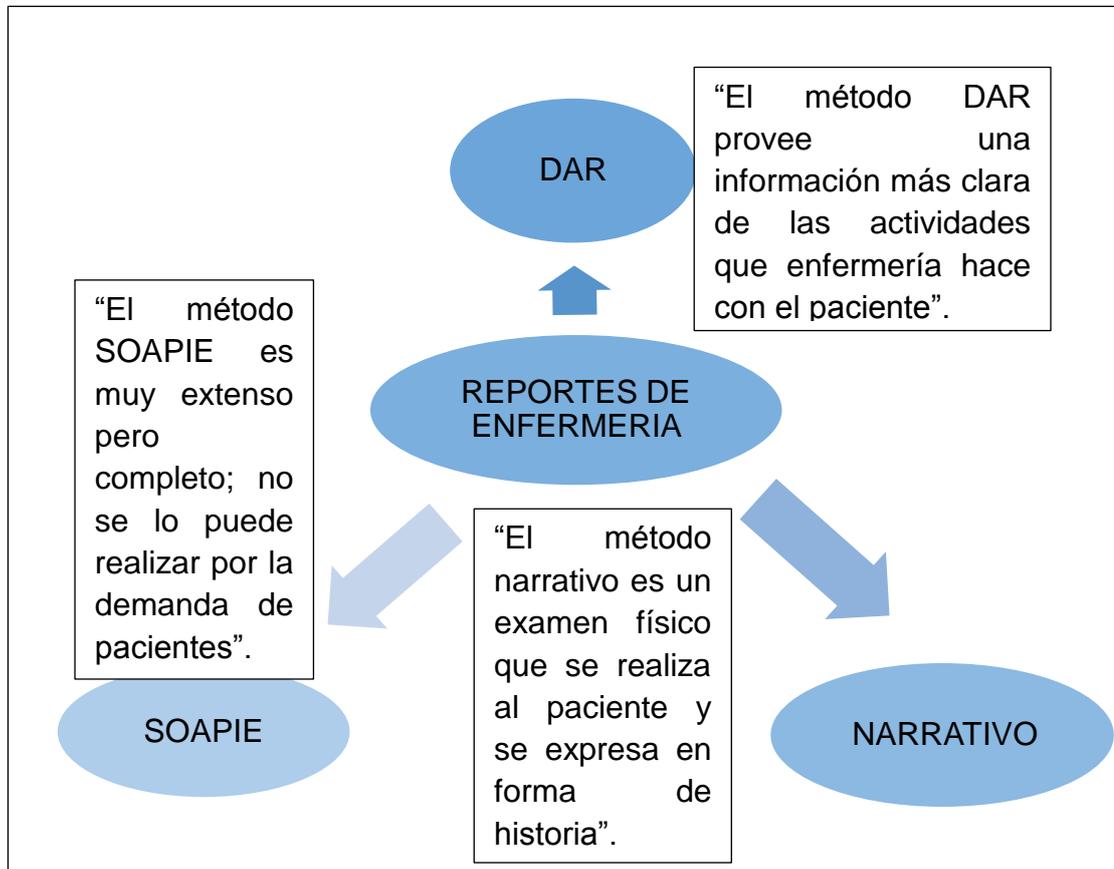
Análisis de Grupos Focales

Tipos de reportes de enfermería			
Categoría	Código	Evidencia bibliográfica	Análisis de autores
Tipos de reportes de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • DAR • SOAPIE • NARRATIVOS • Abiertos 	<p>Pozo manifiesta que: “Existen tres métodos de reportes de enfermería, el SOAPIE el DAR y el Narrativo.” (14)</p> <p>Acevedo manifiesta que: “Existen cuatro tipos de métodos reportes de enfermería, el SOAPIE el DAR, el Narrativo y el PIE”. (22)</p> <p>El método DAR: permite organizar la información según las notas de la enfermera y están estructuradas en tres categorías, datos, acción y respuesta. (14)</p>	<p>Pozo y Acevedo coinciden en sus publicaciones emitidas en diferentes años que existen algunos reportes de enfermería, y los más conocidos el SOAPIE el DAR, el Narrativo y el PIE, con la única diferencia que Acevedo incluye al método PIE como reporte más de enfermería.</p>

Discusión:			
<p>En concordancia con la evidencia bibliográfica encontrada y las opiniones vertidas por las profesionales de enfermería del Hospital “San Vicente de Paúl” se puede concluir que existe tres reportes de enfermería los cuales se puede utilizar al momento de realizar un registro de enfermería, los cuales son el SOAPIE el DAR, el Narrativo.</p>			

CUADRO DE ANÁLISIS Nro 1

¿Cuántos métodos de reportes de enfermería conoce usted?



Fuente: Grupos focales/ Entrevista

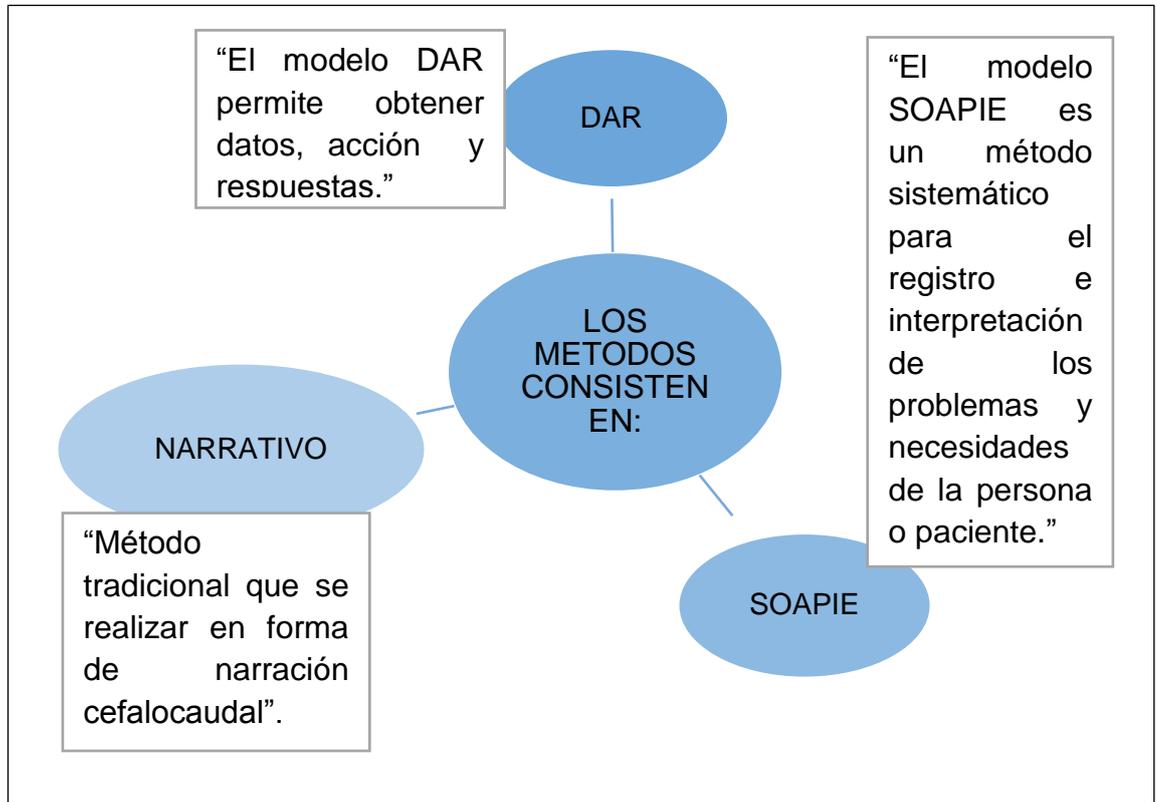
Elaborado: Autores

Características del métodos			
Categoría	Código	Evidencia bibliográfica	Análisis de autores
Características del método DAR	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura • Redacción • Datos que aporta • Usos 	<p>Los reportes de enfermería consisten en:</p> <p>“El modelo SOAPIE es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente.</p> <p>Así como las intervenciones, observaciones y evaluaciones que realiza la enfermera; también se le conoce como estructura o reglas del registro de la enfermera.</p> <p>El modelo DAR permite obtener datos de afiliación, acción o intervenciones y respuestas (DAR) proporciona una descripción concreta y concisa de cada una de las actividades ejecutadas con el usuario o paciente.</p>	<p>Pozo y Barrera concuerdan en que el método SOAPIE, es un método sistemático orientado al proceso de enfermería contribuyendo a resolver los problemas del paciente.</p> <p>Dentro del método DAR los autores manifiestan que es un método que permite dar a conocer los datos, acciones y respuestas que se realizan con el paciente de una forma ordenada y cronológica.</p> <p>En cuanto se refiere al método narrativo los autores concuerdan en que este es el método más tradicional y se trata de elaborar a un informe similar a una historia.</p>

		<p>La documentación narrativa es el método tradicional de registros de los cuidados de enfermería, es el más conocido por las enfermeras, se trata simplemente de formar un formato similar a una historia, para documentar la información específica del cuidado del paciente que ocurre durante el turno. En ella se registra: estado del paciente, intervenciones, tratamiento y las respuestas del paciente al tratamiento.</p> <p>(14) (21)</p>	
<p style="text-align: center;">Discusión:</p> <p>Tomando en cuenta la percepción de las enfermeras del Hospital “San Vicente de Paul” se puede manifestar que si hay un conocimiento acerca de los reportes de enfermería, conjuntamente con lo que dice la evidencia bibliográfica y además se dice que los métodos de enfermería no se los puede realizar en cualquier servicio ya que cada uno de los servicios cuenta con una carga diferente de pacientes</p>			

CUADRO DE ANÁLISIS Nro 2

¿En qué consisten éstos métodos?



Fuente: Grupos focales/ Entrevista

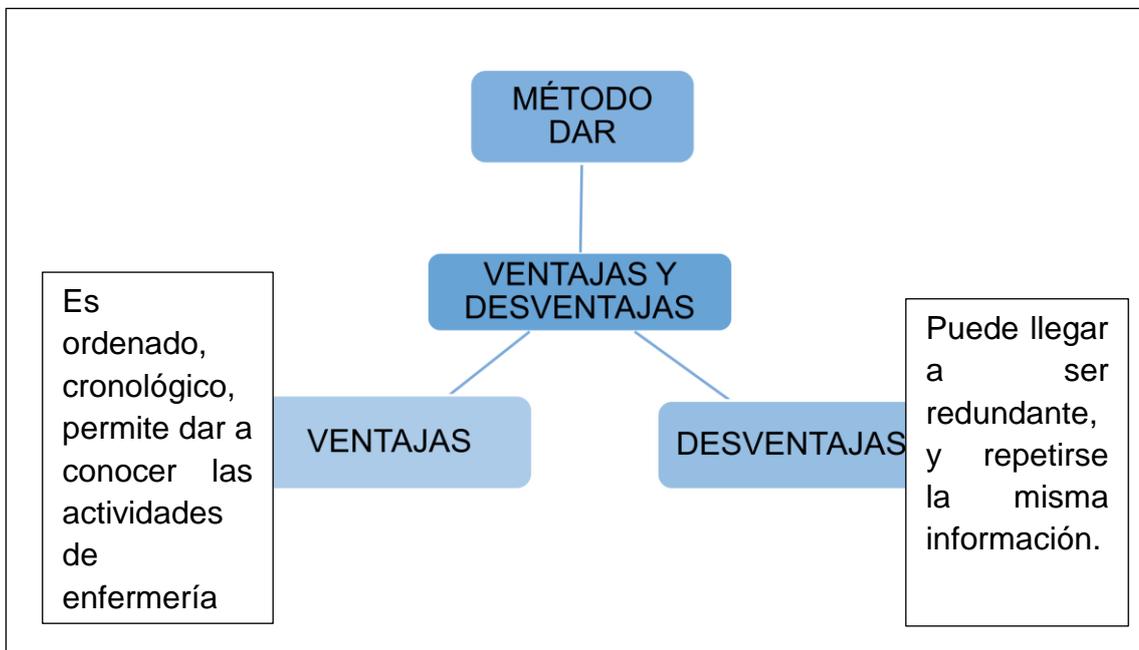
Elaborado: Autores

Ventajas y Desventajas del Método DAR.			
Categoría	Código	Evidencia bibliográfica	Análisis de autores
Ventajas y Desventajas del Método DAR.	<ul style="list-style-type: none"> • Ventajas. • Desventajas. 	<p>Ventajas:</p> <p>El uso de la palabra clave en la columna del enfoque facilita la localización del contenido en un aspecto concreto de la atención del paciente.</p> <p>El formato de datos, acción y respuesta (DAR) proporciona una descripción concreta y concisa de cada enfoque de la asistencia. La inclusión de datos subjetivos y objetivos en la misma sección, elimina la necesidad de distinguir entre estos tipos de datos.</p> <p>Desventajas:</p> <p>Algunos de los datos descritos en la</p>	<p>En la búsqueda bibliográfica Pozo y Palomino en el 2012 manifiestan las mismas ideas y concuerdan con las ventajas y desventajas del método DAR.</p>

		<p>nota pueden ser redundantes con los datos registrados en las hojas de curso clínico.</p> <p>Este sistema al igual que el SOAPIE, requiere un cambio en la forma de pensar de la enfermeras, quienes deben ser capaces de identificar con exactitud las áreas de interés y seleccionar los datos en la categorías apropiadas ya sean datos, acciones o respuestas". (14) (23)</p>	
<p style="text-align: center;">Discusión:</p> <p>Después de analizar las ventajas y desventajas que nos dan los autores en sus evidencias bibliográficas y más la opinión de las enfermeras se puede concluir que este método es ordenado, cronológico, ahorra tiempo y se puede hacer un análisis continuo pero no se puede llegar a evidenciar los resultados de las acciones que realiza enfermería en pacientes de poca estancia en el servicio de emergencia y al final no se obtiene los resultados de la patología.</p>			

CUADRO DE ANÁLISIS Nro 3

¿Cuáles son las ventajas y desventajas del método DAR?



Fuente: Grupos focales/ Entrevista

Elaborado: Autoras

Cumplimiento de la normativa del método DAR.			
Categoría	Código	Evidencia bibliográfica	Análisis de autores
Cumplimiento de la normativa del método DAR.	<ul style="list-style-type: none"> • Escritura • Redacción • Firma de responsabilidad. 	<p>Debe ser objetivo</p> <p>No usar bueno, adecuado, regular o malo.</p> <p>Debe de ser fiable.</p> <p>Usar ortografía correcta y letra legible.</p> <p>La información debe de ser concisa y actualizada.</p> <p>Debe de ser ordenado.</p> <p>Debe de ser confidencial.</p> <p>Anotar con tinta azul o negra los turnos de mañana y tarde y con rojo los de la noche.</p>	<p>Observando la evidencia bibliográfica de los diferentes autores se puede manifestar que un reporte de enfermería debe ser organizado, confidencial, letra legible, fiable y no debe tener tachones ni tampoco usar corrector ya que se debe tener en cuenta que es un documento legal.</p>

		<p>No usar borrador ni corrector.</p> <p>No dejar espacio entre registro y otro porque puede ser llenado sin corresponder. (24).</p> <p>un reporte de enfermería debe de ser escrito así:</p> <p>Usar tinta (pluma, bolígrafo) y escribir con letra clara de imprenta, incluso cuando tenga prisa. Los colores estandarizados son: negro para el día y rojo en la noche.</p> <p>No borrar, no usar líquido corrector, ni emborronar lo escrito de forma que sea ilegible. Si se comete un error trazar una línea tachando las palabras, ponerlo entre paréntesis y escribir "error" y poner las iniciales.</p> <p>No dejar líneas en blanco, ni escribir</p>	
--	--	--	--

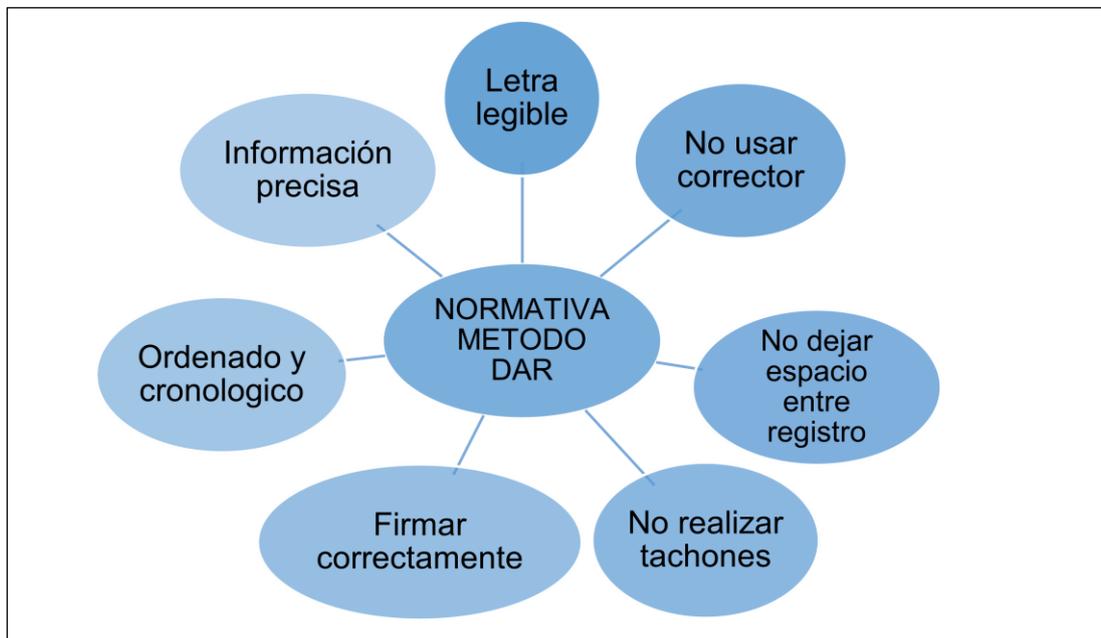
		<p>entre líneas. Trazar una raya en los espacios en blanco y si hay que anotar algo que se ha olvidado hacerlo en el momento en que se recuerde anteponiendo la frase “anotación tardía”, seguida del día y la hora en que se hace la entrada.</p> <p>Mantener la confidencialidad de la información.</p> <p>Firmar correctamente, usando la inicial de su nombre, su apellido y las credenciales después de cada turno.</p> <p>un reporte de enfermería debe de ser escrito así:</p> <p>Usar tinta (pluma, bolígrafo) y escribir con letra clara de imprenta, incluso cuando tenga prisa. Los colores estandarizados son: negro</p>	
--	--	--	--

		<p>para el día y rojo en la noche.</p> <p>No borrar, no usar líquido corrector, ni emborronar lo escrito de forma que sea ilegible. Si se comete un error trazar una línea tachando las palabras, ponerlo entre paréntesis y escribir “error” y poner las iniciales.</p> <p>No dejar líneas en blanco, ni escribir entre líneas. Trazar una raya en los espacios en blanco y si hay que anotar algo que se ha olvidado hacerlo en el momento en que se recuerde anteponiendo la frase “anotación tardía”, seguida del día y la hora en que se hace la entrada.</p> <p>Mantener la confidencialidad de la información.</p> <p>Firmar correctamente, usando la</p>	
--	--	--	--

		inicial de su nombre, su apellido y las credenciales después de cada turno. (19)	
<p style="text-align: center;">Discusión:</p> <p>Tomando en cuenta la opinión de las enfermeras más la información bibliográfica recabada se puede decir que un reporte de enfermeras más el historial del médico debe ser totalmente legible en la posibilidad del caso tomando siempre en cuenta que es un documento legal y sobre todo; dicho documento puede estar expuesto a una auditoria, donde se debe recabar la información netamente exacta y correctamente escrita obteniendo la mejor información, entonces con la información recopilada se pude manifestar que se ha mejorado la forma de escribir un reporte de enfermería y con este método lo realizan de una forma más organizada y cronológica, pero si se puede encontrar algunas manifestaciones en que no se ha cambiado esta forma de escribir un reporte, pero si se ha mejorado en la forma de detallar la información.</p>			

CUADRO DE ANÁLISIS Nro 4

¿Se cumple con la normativa o indicadores que posee el método DAR?



Fuente: Grupos focales/ Entrevista

Elaborado: Autoras

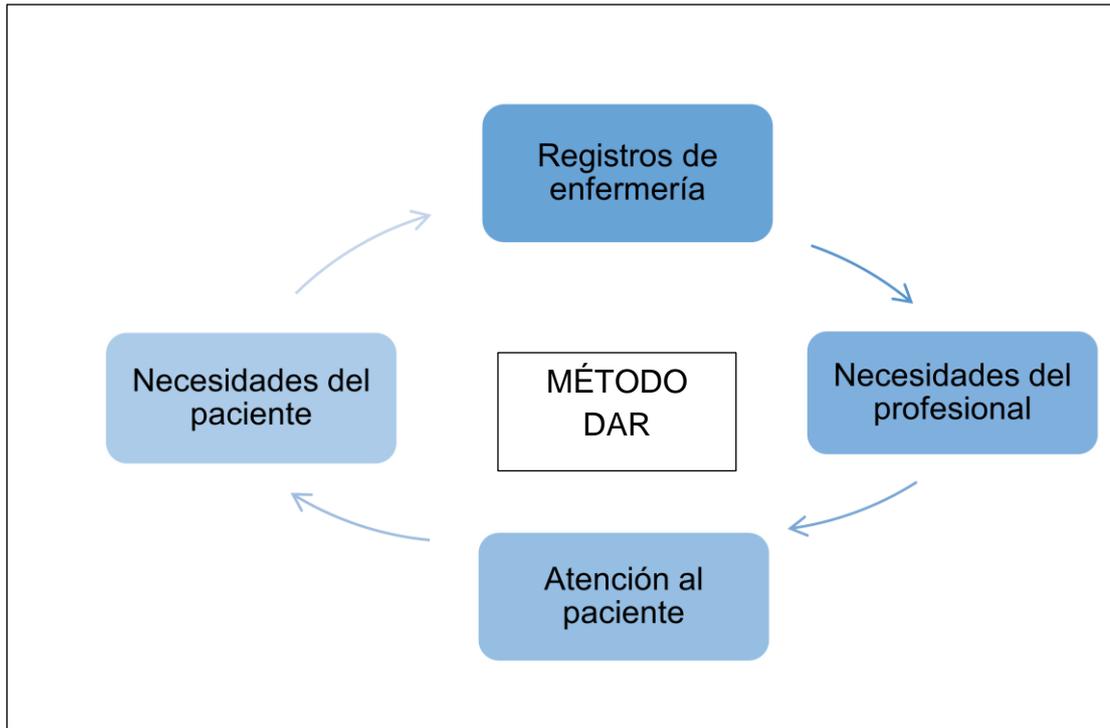
Logro de expectativas			
Categoría	Código	Evidencia bibliográfica	Evidencia bibliográfica
Logro de expectativas	<ul style="list-style-type: none"> • Información completa • Secuencia en la información • Mejoramiento 	<p>“La sistematización de los informes de enfermería tienen como propósito facilitar, promover, ayudar y organizar la continuidad del cuidado a la vez que permiten prevenir riesgos propios y atienden acciones en beneficio de la seguridad de los pacientes.” (25)</p>	<p>Según la evidencia bibliográfica se puede entender que un registro de enfermería cumple con una sistematización. importante tanto para el paciente como para el profesional de enfermería, y este registro o reporte nos ayuda organizar nuestras actividades que se realizan al paciente, y después verificar su evolución, previniendo así los riesgos o complicaciones que el paciente puede llegar a tener, y siempre brindando una atención de calidad y asegurando el bienestar y salud del mismo.</p>

Discusión:

Los registros de enfermería deben abarcar o cumplir con los requerimientos tanto del profesional de salud que brinda la asistencia así como del paciente donde de manera verbal expresa sus necesidades e inquietudes donde el personal de salud debe socializar en cada entrega recepción de turno se manifieste las necesidades que presenta el paciente durante su estadía. De igual manera el profesional de salud debe reportar en su informe claramente las acciones que ha realizado sin obviar ninguna acción y demostrara el trabajo que enfermería realiza.

CUADRO DE ANÁLISIS Nro 5

¿Este reporte de enfermería abarca todas las necesidades de usted como profesional tanto como para el paciente?



Fuente: Grupos focales/ Entrevista

Elaborado: Autores

Análisis de Informantes Claves

"Pensares" sobre el método.			
Categoría	Código	Evidencia bibliográfica	Análisis de autores
"Pensares" sobre el método.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de Enfermería. • Proceso de cambio. 	<p>"Es campo de acción y de conocimiento para el logro de objetivos y de resultados el mantenimiento de y promoción de la salud, el cuidado de la enfermedad y de la muerte. Es la búsqueda de la calidad en el cuidado de enfermería y de la atención en salud en general desde la eficiencia, eficacia y efectividad". (11)</p> <p>"La gestión en enfermería implica asumir el papel de líder asertivo teniendo en cuenta la satisfacción del cliente interno, externo y el</p>	<p>Cabargas y Noreña concuerda que un cambio durante la gestión de enfermería es fundamental para el logro de una atención integral hacia el paciente con eficiencia y eficacia.</p> <p>Todo cambio que se genera en la gestión de enfermería es resultado de las necesidades observadas tanto del personal de salud, en paciente, servicio y hospital.</p>

		cumplimiento de los objetivos de la institución y a las normas legales existentes". (9)	
Discusión:			
<p>Enfermería juega un papel muy importante en la atención con el paciente, sin duda es necesario establecer reportes acordes a la necesidad de ambos, sin embargo se necesita de un proceso de cambio, este cambio emprende con la gestión de enfermería en busca de mejorar la calidad de atención hacia el paciente.</p>			

CUADRO DE ANÁLISIS Nro 6

¿Qué piensa usted acerca del método que adoptó el servicio de emergencia?



Fuente: Informantes Claves/ Entrevista

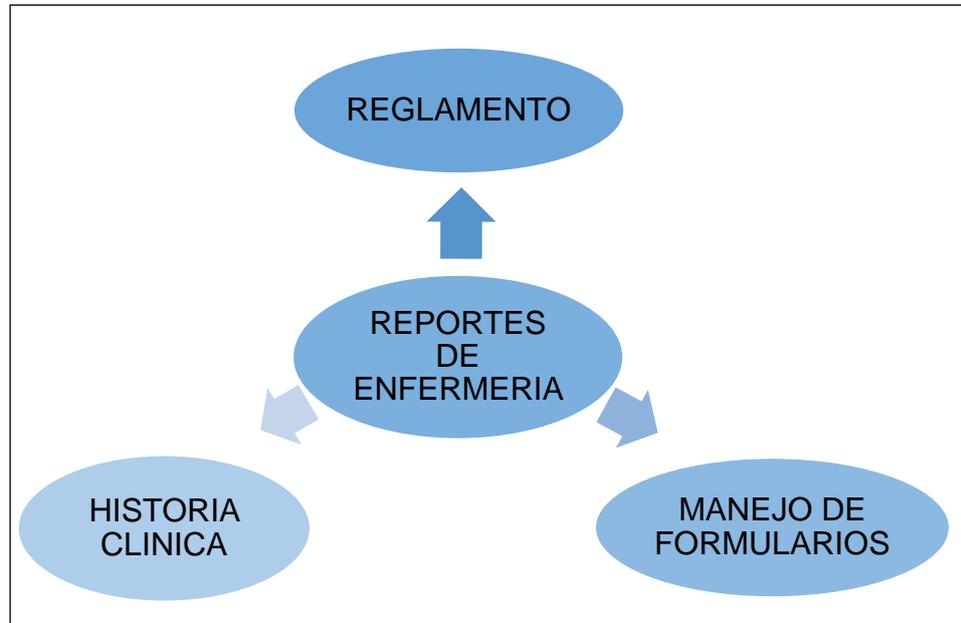
Elaborado: Autores.

Hoja única de enfermería			
Categoría	Código	Evidencia bibliográfica	Análisis de autores
Hoja única de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de formularios. • Reglamento. 	<p>“Una norma básica es la de la normalización: los documentos que componen la Historia Clínica son confeccionados obligatoriamente en los formularios aprobados, generalmente por la misma Comisión de Historias Clínicas que diseñó el Reglamento. Esto implica también que cada hoja de la Historia Clínica debe ser usada únicamente para el objeto y por el profesional para el que ha sido diseñada. Los documentos clínicos son los soportes de cualquier tipo o clase, escrito e informático, que contienen un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.</p>	<p>Del Olmo y en concordancia con el Ministerio de Salud Pública se debe usar únicamente hojas abalizadas por la Dirección de Salud para uso y registro en cuando a la información redactada y procedimientos que se realice con el paciente.</p>

		<p>Suelen estar normalizados y forman parte de la Historia Clínica, donde se ordenan de una manera determinada.</p> <p>(16)</p>	
<p style="text-align: center;">Discusión:</p> <p>Desde el punto de vista legal las únicas hojas que se utilizan dentro del Ministerio de Salud Pública, y por ende en la historia clínica son las abalizadas por sistema de salud. Al llevar una historia clínica organizada y con hojas abalizadas permite llevar una secuencia de la información y de las actividades que todo el personal de salud realiza con el paciente.</p>			

CUADRO DE ANÁLISIS Nro 7

¿Cree usted que enfermería debería llevar una hoja exclusiva de enfermería?



Fuente: Informantes Claves/ Entrevista

Elaborado: Autores

4.2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.2.1. Conclusiones

1. El estudio fue realizado con una población de enfermeras del servicio de emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”, estuvo constituida por 14 enfermeras, las cuales manifestaron de forma verbal que los reportes de enfermería son parte fundamental de la historia clínica del paciente y por ende debe estar claramente escritos y llevar un orden y horario de actividades que enfermería realiza.
2. Se evidencia que las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”, tiene conocimiento de los diferentes reportes de enfermería, tomando en consideración que el método de reporte que han utilizado por más tiempo es el reporte narrativo, sin embargo han tenido un proceso de cambio para la adaptación de un método DAR.
3. La demanda de pacientes y la falta de personal son las principales causas que limitan el uso de otros reportes de enfermería, sin embargo el método DAR ha sido una herramienta necesaria para que los reportes de enfermería permitan llevar un orden cronológico de las actividades y reflejar el trabajo del profesional de enfermería.
4. Los reportes de enfermería permiten conocer la evolución de un paciente con las acciones e intervenciones que enfermería realiza; es por ello que todas las actividades deben estar anotadas de manera correcta con la hora respectiva, ya que en cualquier proceso legal se puede observar que enfermería juega un papel muy importante en cuanto a acciones legales representa.

5. La mayoría de enfermeras del servicio de emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”, estiman que los reportes de enfermería han mejorado con la utilización del método DAR en un 90%, debido a que han visto una mejora en cuanto a la información redactada en la historia clínica; durante la participación de las enfermeras en los grupos focales, se obtuvo diversas opiniones en favor y en contra del método sin embargo concuerdan que es un método que brinda facilidad al momento de escribir la información.
6. Finalmente se puede decir que el reporte que adoptó el servicio de emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”, fue pensado en las necesidades de las enfermeras como profesional de salud que presta servicio de igual manera en las necesidades del usuario que recibe la atención; observando las ventajas y desventajas que dicho método abarca.

4.2.2. Recomendaciones

1. Al Sistema de Salud del Ecuador, debe crear e implementar programa que permitan renovar conocimientos acerca de los métodos que existen para redactar un reporte de enfermería y así conocer la normativa que estos representan.
2. Al hospital “San Vicente de Paúl”, el abordaje de temas sobre reportes de enfermería, ya que es un tema muy importante porque un registro de enfermería se lo escribe en la historia clínica que es un documento legal y la única forma de defenderse en aspectos legales.
3. A los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”, deben mantenerse en aprendizaje

continuo sobre los reportes de enfermería y sobre todo acerca del método DAR, lo que permite brindar una atención integral hacia el paciente y brindar una información detallada en la entrega recepción del turno.

4. A los docentes que brinden más conocimientos sobre los diferentes métodos para redactar los reportes de enfermería para que el estudiante pueda desenvolverse sin dificultad durante su práctica hospitalaria, al adquirir los conocimientos en las aulas que intercalen y apliquen su aprendizaje en su pasantía pre-profesional.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

5.1. Introducción

El estudio de investigación con el tema: “Calidad de los reportes de enfermería con la utilización del método DAR en Emergencia del Hospital San Vicente de Paúl”, a través de los resultados se puede evidenciar que los reportes de enfermería juegan un papel muy importante, ya que el talento humano de enfermería es el único ente que por su naturaleza, formación y dedicación exclusiva al cuidado de la salud permanece veinticuatro horas al cuidado directo del paciente en su jornada individual de trabajo; es así que el profesional de enfermería asume un rol muy importante en la redacción de los registros de enfermería ya que estos deberán ser claros y concisos debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones del paciente.

En el ejercicio de la profesión de enfermería, los registros de enfermería constituyen el documento más importante que contiene la historia clínica, siendo el profesional de enfermería, el ente que tiene la responsabilidad de indicar los aspectos asistenciales durante la permanencia en la unidad. Siendo de gran importancia contar con un registro de enfermería para que el proceso de comunicación entre todo el equipo de salud sea efectivo, en el sentido de tener un registro de enfermería organizado y estructurado que permita proyectar las intervenciones del profesional en relación con el cuidado del paciente, por lo tanto este permite proveer una atención de calidad, eficiente, continua y segura al paciente. El Hospital “San Vicente de Paúl”, en el servicio de emergencia ha optado por el método DAR, en el cual se ha logrado obtener una mejor información en cuanto a actividades y evolución del paciente, evidenciando el trabajo del profesional de enfermería.

5.2. Justificación

Enfermería es una profesión en donde su esencia principal es el cuidado al individuo, familia y comunidad tanto en una situación de salud como de enfermedad, razón por la cual una de las formas de revelar las acciones que el talento humano de enfermería realiza con el paciente son los reportes de enfermería, que permiten dar a conocer la evolución del mismo; motivo por el cual el reporte de enfermería debe estar redactado de manera que se refleje la calidad de la atención al paciente.

El profesional de enfermería debe regirse a un modelo de anotación de enfermería, el cual mejore la redacción del registro, ya que la mayor parte del personal de enfermería pasan repitiendo las anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina, sin tomar en cuenta las intervenciones importantes y la información específica que se debe anotar del paciente.

La propuesta tiene como propósito difundir los resultados obtenidos en el análisis y discusión del estudio de investigación; el análisis de datos se obtuvo de la percepción de las enfermeras más el análisis de autores para evidenciar claramente los diferentes contextos que impartió la líder de enfermería y las enfermeras del servicio, el análisis se complementa haciendo una comparación de criterios entre la evidencia científica y nuestro criterio como autores de nuestra investigación, los cuales están señalados en el poster científico. Se realizó el diseño de un poster científico, en el cual se evidencian los resultados del estudio de investigación, con la finalidad de exponer nuestra investigación al profesional de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”, y complementar a la calidad de los reportes de enfermería con la utilización del método DAR.

5.3. Objetivos de la propuesta

5.3.1. Objetivo General

Socializar los resultados del estudio de investigación sobre el tema: “Calidad de los reportes de enfermería con la utilización del método DAR” en el servicio de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl mediante el poster científico.

5.3.2. Objetivos Específicos

1. Difundir los resultados del estudio de investigación al personal del servicio de emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”, con respecto a la “Calidad de los reportes de enfermería con la utilización del método DAR”.
2. Construir una base de datos basada en la evidencia científica, sobre los métodos de registros de enfermería, para el logro de la calidad de atención en el paciente.
3. Diseñar el poster científico con los hallazgos del estudio de investigación, para informar a los/as profesionales de enfermería los resultados de la investigación.
4. Gestionar y organizar una reunión con el talento humano de enfermería del Servicio de Emergencia, a fin de exponer los resultados de la investigación.

5.4. Plan de intervención

5.4.1. Datos Generales

Provincia: Imbabura

Cantón: Ibarra

Institución de Salud: Hospital “San Vicente de Paúl”

Beneficiarios: Profesionales de enfermería

Área de estudio: Servicio de Emergencia

Fecha: 17 de Marzo del 2014

5.5. Esquema del Plan de Intervención

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	ESTRATEGIA	TIEMPO	RESPONSABLES
<p>Construir una base de datos basada en la evidencia científica, sobre los métodos de registros de enfermería para el logro de la calidad de atención en el paciente.</p>	<p>Búsqueda de literatura científica.</p>	<p>Biblioteca virtual UTN (Libros e internet) Entrega de oficio.</p>	<p>24 horas</p>	<p>Mejía Alvaro Venegas Elizabeth</p>
<p>Diseñar el poster científico con los hallazgos del estudio de investigación para informar al profesional</p>	<p>Elaboración del material de apoyo. (poster científico)</p>	<p>Poster científico.</p>	<p>24 horas</p>	

<p>de enfermería los resultados de la investigación.</p>				
<p>Gestionar y organizar una reunión con el talento humano de enfermería del servicio de emergencia, a fin de exponer los resultados de la investigación.</p>	<p>Elaboración del oficio.</p>	<p>Oficio</p>	<p>15 min</p>	
	<p>Entrega del oficio a la líder de enfermería.</p>		<p>20 min</p>	
	<p>Coordinar con la líder del servicio de emergencia para presentación de la propuesta.</p>		<p>10 min</p>	
<p>Difundir los resultados del estudio de</p>	<p>Presentación y socialización del</p>	<p>Planificación con la líder del servicio</p>	<p>30 min</p>	

<p>investigación al personal del servicio de emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl” con respecto a la “Calidad de los reportes de enfermería con la utilización del método DAR”.</p>	<p>tema de estudio a través del poster científico.</p> <p>Entrega del poster científico a la líder del servicio.</p>			
---	--	--	--	--

5.6. Socialización y presentación de información a través del poster científico.



“CALIDAD DE LOS REPORTES DE ENFERMERÍA CON LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO DAR EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAÚL”, IBARRA 2014.

Autores: Mejía Alvaro, Venegas Elizabeth

Conclusiones:
“Pienso que este método es una forma ordenada de realizar un reporte y nos da muchas pautas para tomar decisiones”.
 El método DAR ha sido una herramienta necesaria para que los reportes de enfermería se lleven de la mejor manera, permite llevar un orden cronológico de las actividades y cumplir con toda la normativa.
 El reporte que adoptó el servicio de emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”, fue pensado en las necesidades de las enfermeras como profesional de salud y de igual manera en las necesidades del usuario que recibe la atención, influenciando directamente en la percepción de la calidad de la atención.

Introducción
 Los reportes de enfermería abarcan todas las acciones e intervenciones que realiza enfermería con el paciente, razón por la cual debe ser siempre claro legible, ordenado de manera que se puede entender las acciones que se le ha realizado al usuario. Tomando en cuenta que existe varios métodos para realizar los reportes de enfermería. Uno de los métodos que fue optado por el servicio de emergencias del Hospital “San Vicente de Paúl” es el método DAR, el cual organiza la información según las notas de enfermería.

Objetivos

- Evaluar la calidad de los reportes de enfermería con la utilización del método DAR
- Identificar los tipos de métodos de reportes de enfermería que se utilizan en el servicio de emergencia.
- Comparar el cumplimiento de los indicadores del método en relación con el registro de los reportes de enfermería.
- Determinar la percepción de las enfermeras en relación al uso del método DAR.
- Socialización de la investigación a través de un poster científico.

Metodología
 La investigación es de carácter observacional y descriptivo, por sus objetivos cualitativo y por el tiempo transversal tomando como población diana a 14 enfermeras del servicio de emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”, utilizando las técnicas de informantes claves y grupos focales.

Resultados



Fuente: Grupos focales/ Entrevista
Elaboración: Autores

Fuente: Grupos focales/ Entrevista
Elaboración: Autores

Bibliografía

RAMÍREZ, M.R. Español: el único para la práctica clínica. [Chimborazo, Ecuador]: Universidad Técnica del Norte, 2014. 100 p. ISBN 978-9954-0-0000-0.

RAMÍREZ, M.R. Español: el único para la práctica clínica. [Chimborazo, Ecuador]: Universidad Técnica del Norte, 2014. 100 p. ISBN 978-9954-0-0000-0.

RAMÍREZ, M.R. Español: el único para la práctica clínica. [Chimborazo, Ecuador]: Universidad Técnica del Norte, 2014. 100 p. ISBN 978-9954-0-0000-0.

RAMÍREZ, M.R. Español: el único para la práctica clínica. [Chimborazo, Ecuador]: Universidad Técnica del Norte, 2014. 100 p. ISBN 978-9954-0-0000-0.

RAMÍREZ, M.R. Español: el único para la práctica clínica. [Chimborazo, Ecuador]: Universidad Técnica del Norte, 2014. 100 p. ISBN 978-9954-0-0000-0.

RAMÍREZ, M.R. Español: el único para la práctica clínica. [Chimborazo, Ecuador]: Universidad Técnica del Norte, 2014. 100 p. ISBN 978-9954-0-0000-0.

RAMÍREZ, M.R. Español: el único para la práctica clínica. [Chimborazo, Ecuador]: Universidad Técnica del Norte, 2014. 100 p. ISBN 978-9954-0-0000-0.

RAMÍREZ, M.R. Español: el único para la práctica clínica. [Chimborazo, Ecuador]: Universidad Técnica del Norte, 2014. 100 p. ISBN 978-9954-0-0000-0.

RAMÍREZ, M.R. Español: el único para la práctica clínica. [Chimborazo, Ecuador]: Universidad Técnica del Norte, 2014. 100 p. ISBN 978-9954-0-0000-0.

RAMÍREZ, M.R. Español: el único para la práctica clínica. [Chimborazo, Ecuador]: Universidad Técnica del Norte, 2014. 100 p. ISBN 978-9954-0-0000-0.

BIBLIOGRAFIA

1. Pública MdS. Expediente único para la Historia clínica. [Online].; 2007. Available from: http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/hcu/historia_clinica.pdf.
2. Ibarra AJ. Registros de Enfermería. [Online].; 2014. Available from: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm>.
3. Emergencias FIdEeUyE. Documento de trabajo sobre registros de enfermería en el prehospitalario (III). [Online].; 2008 [cited 2008 Abril 27. Available from: http://ibameue.blogspot.com/2007/04/documento-de-trabajo-sobre-registros-de_7320.html.
4. Ibañez Alfonso, Amaya Luz Eugenia. Visibilidad de la Escuela de Enfermería en los campos de la práctica. Aquichan. 2006 Diciembre; V(1).
5. Cinthya A. Características de las Anotaciones de Enfermería y Factores Personales e Institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional Dos de Mayo. 2006..
6. Martel C. La enseñanza aprendizaje y las "anotaciones de enfermería" para una función profesional eficiente. Primera ed. Hermelinda M, editor. Lima: Universidad Nacional Mayoy de San Marcos; 2009.
7. León C. Aplicación del método cubano de registro clínico del proceso de atención de enfermería. Primera ed. Arce B, editor. Habana: La editorial Cubana; 2008.
8. Pública MdS. Hospital San Vicente de Paúl. [Online].; 2014. Available from: <http://www.hsvp.gob.ec/>.
9. Cabarcas Ortega NDS. Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería con Principios Éticos. [Online].; 2011. Available from: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienciomed/article/viewFile/73/68>.

10. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Scielo. [Online].; 2011 [cited 2011 Enero. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752011000100010.
11. Noreña DLG. Gestión en Enfermería. [Online].; 2013 [cited 2013 Septiembre 13. Available from: <http://enfermeriaygestion.blogspot.com/>.
12. Villa MS. Registros de Enfermería como evidencia del cuidado. Ciencia e Innovación. 2013 Noviembre; II(1).
13. Hullin C. Registros de enfermería y características de un registro. [Online].; 2009. Available from: <file:///E:/hpmini/Documents/parte%20de%20tesis.pdf>.
14. Pozo M. Modelos de Anotaciones de Enfermería III. [Online].; 2009. Available from: <http://celessoapie.blogspot.com/>.
15. Padron T. Reportes de Enfermería. 2013. <http://dms2905.blogspot.com/2011/03/reportes-de-enfermeria.html>.
16. Romero-Nieva FDO. La historia clínica: Aspectos asistenciales. [Online].; 2008 [cited 2008 Febrero 25. Available from: http://www.revistahospitalarias.org/info_2008/01_191_03.htm.
17. Pública HCUdMdS. Historia Clínica Unica MSP. [Online].; 2010 [cited 2010 Julio 05. Available from: <http://es.slideshare.net/preinternado/historia-clinica-unica-msp>.
18. Jimenez D. Geo Salud. [Online].; 2009 [cited 2009 Agosto 15. Available from: <http://www.geosalud.com/malpraxis/historiaclinica.htm>.
19. Rivera T. Registros Asistenciales. [Online].; 2011. Available from: <http://es.slideshare.net/tannya91/registros-de-enfermeria>.
20. Méndez Calixto G. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el aspecto clínico. [Online].; 2011. Available from:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en011-4c.pdf>.

21. Barrera Janeth, Urgiles Patricia. Normas para la elaboración de la evolución de enfermería aplicando el sistema basado en problemas SOAPIE en hospitalización HE-1. [Online].; 2009. Available from: <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/5307/1/AC-MAESTR%C3%8DAS-ESPE-033293.pdf>.
22. Acevedo M. Documentación y Reporte de Enfermería. [Online].; 2007. Available from: http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva_Profesores/maritza_acevedo_nurs_230_101/documentacion_y_reporte_en_enfermeria/Acev_M_Nurs-230_documentacion.pdf.
23. Palomino K. Notas de Enfermería. [Online].; 2012. Available from: <https://es.scribd.com/doc/80738354/Notas-de-enfermeria>.
24. Sánchez M. Esquema de registros de enfermería. [Online].; 2013. Available from: <http://es.slideshare.net/MAXIMA600/soapie-registros-de-enfermeria>.
25. Salvatico Estela; Torres Norma. Pase de guardia para garantizar los cuidados de enfermería / Duty pass tu ensure the nursing care. [Online].; 2010. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/#4>.
26. Judez J. La confidencialidad en la práctica clínica; historia clínica y gestión de la información.. Bioética para clínicos. 2011 Agosto; I(118).
27. Luna A. PROBLEMAS MÉDICO LEGALES DEL MANEJO. Revista latinoamericana de derecho médico y medicina legal.. 2010 Junio; V(1).

“CALIDAD DE LOS REPORTES DE ENFERMERÍA CON LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO DAR EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAÚL”, IBARRA 2014.



Autores: Mejía Alvaro, Venegas Elizabeth

Conclusiones:

“Pienso que este método es una forma ordenada de realizar un reporte y nos da muchas pautas para tomar decisiones”.

El método DAR ha sido una herramienta necesaria para que los reportes de enfermería se lleven de la mejor manera, permite llevar un orden cronológico de las actividades y cumplir con toda la normativa.

El reporte que adoptó el servicio de emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”, fue pensado en las necesidades de las enfermeras como profesional de salud y de igual manera en las necesidades del usuario que recibe la atención, influenciando directamente en la percepción de la calidad de la atención.

Introducción

Los reportes de enfermería abarcan todas las acciones e intervenciones que realiza enfermería con el paciente, razón por la cual debe ser siempre claro legible, ordenado de manera que se puede entender las acciones que se le ha realizado al usuario. Tomando en cuenta que existe varios métodos para realizar los reportes de enfermería. Uno de los métodos que fue optado por el servicio de emergencias del Hospital “San Vicente de Paúl” es el método DAR, el cual organiza la información según las notas de enfermería.

Objetivos

- Evaluar la calidad de los reportes de enfermería con la utilización del método DAR
- Identificar los tipos de métodos de reportes de enfermería que se utilizan en el servicio de emergencia.
- Comparar el cumplimiento de los indicadores del método en relación con el registro de los reportes de enfermería.
- Determinar la percepción de las enfermeras en relación al uso del método DAR.
- Socialización de la investigación a través de un poster científico.

Metodología

La investigación es de carácter observacional y descriptivo, por sus objetivos cualitativo y por el tiempo transversal tomando como población diana a 14 enfermeras del servicio de emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”, utilizando las técnicas de informantes claves y grupos focales.

Resultados



Fuente: Grupos focales/ Entrevista
Elaborado: Autores



Fuente: Grupos focales/ Entrevista
Elaborado: Autores

Referencias
 Pineda, M.R. Español: un idioma para la salud. 4^{ta} ed. 2007. Publicado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Quito, 2014.
 Barrio AJ. Digitalización de enfermería. Online; 2014.
 Gobierno. Grupo NTA. Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería con Principio Pástor. Quito; 2011.
 Revista de la Universidad Ecuatoriana de Enfermería. Quito; (Online); 2011. (Julio 2011) 1^{er} año.
 Villa, M. Registro de Enfermería como evidencia del cuidado. Quito: e-Interciencia; 2010. Noviembre; 1(1).
 Hui, M. Registro de enfermería y la satisfacción con el registro. [Online]. 2010.
 Muñoz, L.E. La calidad de la atención de enfermería en los servicios de urgencias. Quito; 2010. Diciembre; 2(1).

ANEXO 2

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**



GUIA DE ENTREVISTA – GRUPOS FOCALES

Esta guía tiene como objetivo “Determinar si el método DAR como reporte de enfermera/os abarca todas las necesidades tanto del paciente como del profesional”.

La información obtenida en esta guía es de carácter anónimo y con fines únicamente académicos e investigativos.

La guía de entrevista consta de preguntas abiertas dirigidas hacia licenciadas de enfermería del Hospital “San Vicente de Paúl”.

METODOLOGÍA DE LOS GRUPOS FOCALES

La guía para trabajar con grupos focales consta de preguntas abiertas dirigidas exclusivamente a las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital “San Vicente de Paúl”, tiene un número de participantes de 8 a 12, cuenta con un tiempo aproximado de 20 minutos, durante la entrevista a los grupos focales se contará con una grabación.

El moderador aclarará dudas antes de empezar la entrevista y dará a conocer el tema a dialogar.

PREGUNTAS

A. CONOCIMIENTOS SOBRE LOS MÉTODOS DE REPORTE DE ENFERMERÍA

- 1.- ¿Cuántos métodos de reporte de enfermería conoce?
- 2.- ¿En qué consiste éstos métodos de reporte de enfermería?
- 3.- ¿Cuál método de reporte de enfermería aplica en su servicio?
- 4.- ¿En qué consiste el método de reporte de enfermería que aplica en su servicio?
- 5.- ¿Cuáles cree Ud., que son las ventajas y desventajas de este reporte de enfermería?
- 6.- ¿Cree Ud., que el método DAR abarca las necesidades del profesional de enfermería al momento de realizar su respectivo reporte?
- 7.- ¿Cree Ud., que se cumple con los indicadores que plantea el método DAR?
- 8.- Mediante este método puede describir todas las actividades que realiza Ud. con del paciente.

OBSERVACIONES: _____

GRACIAS POR SU COLABORACION

PREGUNTAS: INFORMANTES CLAVES

COORDINADORA DE ENFERMERIA: LIC. MIRIAN QUILUMBANGO

LIDER DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO: LIC. XIMENA POZO

¿Qué piensa usted acerca del reporte de enfermería que utilizan las enfermeras del servicio?

¿Cree usted que las enfermeras deberían tener una hoja exclusiva para reportes de enfermería o le parece que compartir la hoja de medico es lo correcto?

¿Qué piensa usted acerca del reporte de enfermería que adopto el servicio de emergencia?

¿Cómo fue la adaptación de las licenciadas con el nuevo reporte de enfermería?

ANEXO 3

GRUPOS FOCALES

PRIMERA ENTREVISTA

1.- Cuantos métodos de reportes de enfermería conoce

“Método SOAPIE, DAR y obviamente el narrativo incluso el método abierto se le puede incluir”.

2.- En que consiste estos métodos

“Consiste en brindar una información del paciente cefalocaudal eso es en todo los métodos, la diferencia del método SOAPIE es que no se le puede verificar los objetivos de lo que siente el paciente, En el reporte deben ir palabras textuales de lo que nos dice el paciente. En el método DAR: la D de DATOS; es más o menos cefalocaudal y se asemeja al método narrativo, la A de ACCIONES O ACTIVIDADES: de enfermería y R de: resultados.”

“Nosotros estamos poniendo aquí en el servicio de emergencia en práctica este método porque es más practico por el tiempo que nos lleva, en verdad el SOAPIE es muy extenso pero muy completo adicional a la cantidad de pacientes que nosotros tenemos en el servicio no nos da para poder entregar rápido el reporte estos reportes podríamos hacerlo tal vez ni así podríamos decirlo en lo que es hospitalización porque usted sabe que la cantidad de pacientes que se tiene a cargo de una enfermera no así en otros hospitales que tienen más enfermeras a cargo de pocos pacientes entonces ahí sería más aplicable, pero acá hemos aplicado este método DAR por la cantidad de pacientes por tanto nosotros hacemos en lo que es datos todo el reporte cefalocaudal del paciente es decir todo en palabras textuales lo que nos dice el paciente.”

“Actividades o acciones ponemos todo en el método DAR, esto es una de las cosas que nosotros en el narrativo no lo teníamos, en el narrativo nosotros

podíamos estar con un paciente y solo poner la información cefalocaudal del paciente y se acabó el problema.”

“Debemos saber que con ese paciente estuvimos 2, 3 horas sabiendo que aquí en emergencia estar con un paciente dos o tres horas nos recarga de muchísimo tiempo y resta por tanto las acciones que podríamos haber hecho con los demás pacientes, entonces quieren decir que es un paciente crítico y nosotros necesitamos de más tiempo con el paciente, las actividades o acciones que nosotros ponemos desde que comenzamos a tomar signo vitales, canalizar vía, sacar muestras, se envía muestras ha laboratorio se envía al paciente a rayos x; aquí hay un sin número de actividades que realizamos con el paciente y en los resultados nosotros ponemos que es que después de todas las actividades y después de todo el diagnóstico que hemos anotado en lo que es datos nosotros vemos que pasa con este paciente si nuestro paciente ingresa a servicio si nuestro permanece en ese servicio de emergencia si nuestro paciente tiene que ser valorado con una interconsulta con el médico o está esperando solamente resultados entonces a eso se ha dado nuestra labor como reportes de enfermería con el método DAR”.

3.- Las ventajas y desventajas del método DAR

“No es que este censurando el método DAR tiene sus beneficios tiene sus desventajas a mí me parece que no es un método que debería utilizarse de manera exclusiva porque si en datos usted pone el paciente tiene estabilidad tiene tal diagnóstico no me parece que se deba de repetir la edad y el diagnóstico en cada reporte no necesariamente pero si influye los datos de cómo se siente el paciente obviamente igual en las actividades usted siempre toma signos vitales, da la medicación, toma muestras de laboratorio entonces son 3 actividades que se mencionan siempre me parece redundante no es que para eso estamos; yo pienso que se debe iniciar con el método DAR como primer reporte de enfermería y cuando se crea conveniente es decir cuando haya una información más o menos extensa de dicho paciente y lo que yo creo que se debería ser el primer reporte de enfermería método DAR y los siguientes deberían ser con reportes abiertos o narrativos”.

“El paciente está aquí pasa a observación punto, tiene tal diagnóstico, tal edad, se siente así como todos los datos en la parte las actividades ya dijimos se toma muestras, se da medicación, y en los resultados pendiente resultados que sigue teniendo los resultados se comunica a médico residente que ya están los resultados ósea abierto porque es el mismo paciente y no se siente diferente.”

“Se sugiere que se debería intercalar los métodos ósea el método DAR con los métodos narrativo o abierto. Pero en las ventajas que se observa es ahora si nosotros podemos poner si es que millones de veces tomamos signos vitales millones de veces tenemos que anotar demuestra mi actividad como enfermera en nuestro turno obviamente mi compañera del otro turno debe hacer los mismo yo tendré que hacer lo mismo las demás tendrán que hacer lo mismo pero se demuestra mi actividad como enfermera tomando signos vitales.”

“Nos ha facilitado inclusive tener una escala en el primer reporte de inicio poner los datos del paciente anotarlos una sola vez en el primer reporte grande en el macro en el de inicio y lo siguientes poner las actividades o solo el resultado; ósea se convierten en reporte abiertos como que nos facilita primero a demostrar las actividades que nosotras hacemos y segundo es más práctico. De inicio debemos ponerlo; pero para hacerlo secuencialmente hacemos abierto. Y facilita una secuencia para entregar a las compañeras se sabe lo quedo por ejemplo que está pendiente que falta si está pendiente una valoración.”

4.- ¿Cumple usted con la normativa o indicadores que posee el método DAR?

“Yo creo desde el punto de vista que el esfero todos tenemos esfero negro, ahora letra legible yo no puedo cambiar la letra de mi compañera de toda la vida, no todas tienen una letra legible sin embargo se está haciendo el mejor esfuerzo para tener una letra legible, por parte de ciertas compañeras no le entiendo y si es que nosotros vamos a ver las indicaciones médicas igual son poco entendibles.”

“Al principio fue un poco duro pusimos resistencia pero luego nos fuimos adaptándonos, es fácil el reporte pero es completo y cada una de nosotras

ponemos de parte para que el reporte sea lo mejor, nada es complicado solo que lleva tiempo.”

5.- ¿Se utilizaría el reporte DAR como único reporte de enfermería?

“Como único reporte de enfermería no, pero si sería bueno irlo adaptando en los demás servicios.”

SEGUNDA ENTREVISTA

1.- Cuantos métodos de reportes de enfermería conoce

“El DAR y el SOAPIE.”

2.- En qué consisten estos métodos

“El narrativo es un examen físico de lo que usted realiza las actividades y la atención que da al paciente y se va detallando en una forma narrativa, entonces el DAR es poner los datos las acciones y los resultados y el SOAPIE no lo hemos aplicado aquí en emergencia porque es muy extenso y solo se lo podría realizar con pacientes de larga estancia.”

3.- Las ventajas y desventajas del método DAR

“La ventaja del método es que nos permite valorar al paciente cuando tiene una patología y también nos ahorra tiempo, la desventaja no se obtiene un resultado cuando el paciente es de poco estancia o cuando el paciente pasa a otro servicio no se obtiene resultado de la patología.”

4.- Este reporte de enfermería abarca todas las necesidades de usted como profesional tanto como para el paciente

“Si porque el paciente le avisa que es lo que le duele entonces yo en las acciones vería que le puedo realizar para que al paciente ya no le duela, se cumple porque nosotros escribimos todo el examen físico del paciente y podemos escribir todas las actividades que se realiza con el paciente como en los otros no podíamos poner las actividades que se realiza con el paciente y así se cumpliría las necesidades del paciente como nosotros como profesionales, lo único que no se verían son los resultados que según las actividades que se realizó con ese paciente.”

“Pienso también que este método es una forma ordenada de realizar un reporte y le da muchas pautas porque muchas veces con el narrativo usted hace de una manera desordenada entonces es más fácil porque le da las pautas como tiene que hacer y cualquier persona que quiera realizar lo podría hacer,

entonces podríamos decir que si se ha mejorado a diferencia de otros reportes.”

5.- ¿Cumple usted con la normativa o indicadores que posee el método DAR?

“No se cumpliría en un 100%”

TERCERA ENTREVISTA

1.- Cuantos reportes de enfermería conoce

“Los abiertos y el DAR.”

“Los abiertos y el DAR; el DAR es el que nos da una información más clara de todas las actividades que enfermería hace incluso de la valoración.”

2.- En qué consisten estos métodos

“Todos los reportes que se aplica, si usted los enfoca de una forma real a la condición del paciente son dables pero nosotros aquí en emergencia hemos optado el sistema DAR, yo le veo el cambio únicamente en el orden prácticamente porque un DAR bien completo no estamos aplicando porque vera si usted observa en el reporte de enfermería usted pone en datos lo que poníamos en el anterior paciente orientado facies húmedas facies pálidas etc, yo le veo más aplicable si el método DAR se lo aplica cuando tendría resultados cuando hay pocos pacientes da una calidad de atención, nosotros lamentablemente no se puede dar porque se tiene sobre carga de trabajo pero no en todos los turnos.”

“Entonces usted no puede dar una atención de calidad yo al menos por más que uno quiera, yo tenía una paciente en gravedad entonces yo por decir para anotar el DAR ponía todos los datos pero otra cosa es estar secuentemente con el paciente si es posible 30 minutos a una paciente grave, acá en intermedios tal vez se lo pueda realizar pero acá donde uno está saturado no se lo puede realizar bien, de pronto todavía nos falta en ese sentido de que mismo vamos a poner en el sentido de que falta enfermeras para nosotros poder aplicar el DAR de forma correcta, porque si yo le veo a la señora hipotérmica le abrigo y puedo decir en cuarto de hora de esa señora yo ya estoy pendiente y podemos poner como resultado: paciente con tanto de temperatura y que sea un dato real de esa paciente, pero por la sobrecarga de trabajo yo voy a valorar a la hora y media no es porque no quiera si no por la

demanda de trabajo, el DAR es aplicado si pero en las evidencias muchas veces no.”

3.- Las ventajas y desventajas del método DAR

“La ventaja es que organizamos las actividades se puede enumerarse las cosas con lo que uno hace pero no se puede obtener resultado, el resultado es por decirle cuando el paciente esta con fiebre a los 15, 20, 30 minutos la temperatura de tanto pero en cambio aquí muchas veces no obtenemos resultado, y el resultado lo ponemos como paciente ingresa a piso, pero no es el resultado de la patología no está resuelto, entonces es una desventaja.”

“El DAR si se puede obtener resultado; simplemente se va poniendo los resultados de acuerdo a las actividades que se realiza. El informe si ofrece una mejor registro de las actividades de que como enfermeras hacemos, porque anteriormente no se hacia esa forma de hacer un análisis ordenado y cronológico este DAR nos permite hacer eso, porque al comienzo cuando yo abordo un paciente el informe con todos los datos las actividades que en ese momento hago con los resultados que en ese momento obtengo.”

“Luego si el tiempo me lo permite voy haciendo otros informes y registros que son cronológicos de acuerdo a la condición del paciente, me parece que es un método mucho mejor porque no se está haciendo lo que antes se hacía y se estaba dando, no sé si en todos los pisos un informe al final y otro al comienzo en cambio este nos permite hacer el DAR en micro y DAR al final y los informes cronológicos que se van haciendo conforme la evolución del paciente de acuerdo a la gravedad del paciente, porque si tengo un paciente crítico se estará ahí viendo la evolución viendo las notas que corresponden.”

“El DAR más me da un registro un poco más detallado ordenado de las actividades que a veces se nos pasan por alto y que a veces no las registramos en los siguientes reportes no van con todos los datos que de pronto varían las acciones nuevas que hagamos igual nos dan pequeñitos reportes otros tendrán

solamente acciones, habrá otros que solamente tengan resultados digo yo si se ha hecho así, pero en relación al reporte me parece que con el DAR si esta mejor en lo que es informes de enfermería porque estamos hablando específicamente de informes si se ha mejorado.”

“Sobre todo la información que eso es lo importante estamos hablando de registros para obtener información más concreta un poquito más clara cierto es que a veces se nos puede pasar por alto alguna cosita no, pero yo veo que hemos mejorado en nuestros reportes, que de eso lo que se trata porque los registros de enfermería no estaban claros precisos no eran cronológicos nos olvidamos de poner si el paciente a las 10 va a una TAC no lo poníamos, bueno poníamos si pero ya más tarde, en cambio este nos obliga que vayamos haciendo un reporte cronológico.”

4.- ¿Este reporte de enfermería abarca todas las necesidades de usted como profesional tanto como para el paciente?

“Como dicen las compañeras en verdad si nos abarca todo porque lo que necesitamos ver es recopilar toda la información pero por la recarga del trabajo a veces no se puede concretar todo, o sea son a veces nos toca hacer los reportes abiertos, o sea actividades y resultados pero al final tenemos que hacer otro nuevo recopilando todo entonces si abarcaría todo pero no en todos los pacientes.”

5.- ¿Cumple usted con la normativa o indicadores que posee el método DAR?

“Si se ha visto la mejora de la letra pero también a veces se olvida, un tiempo mientras nos llaman la atención lo hacemos la letra legible, pero hay otro tiempo que nos vuelven a llamar la atención por la letra entonces no estamos manteniendo todo el tiempo la letra legible hay un grupito de enfermeras que todavía tenemos que mejorar.”

“A nivel de enfermería pienso que ha mejorado mucho porque a nivel de médicos no, porque se supone que la historia es un documento legal donde

todo el mundo tiene que escribir con letra legible clara para evitar los errores en registrar la medicación, transcribir la medicación, entonces en relación a enfermería si ha mejorado pero con los médicos no han podido mejorar y no se puede hacer nada.”

“Se ha visto que ha ido cambiando el proceso de todos los registros sea el tradicional sea el DAR, también tenemos el SOAPIE que no ha sido aplicado todavía aquí, pero con este DAR hemos visto que se ha mejorado los reportes, y también se ha ido aplicando en los registros como se dice la letra legible, se ha cambiado del esfero rojo al esfero negro, se ha puesto en el registro un sello que tenga las iniciales de las licenciadas de enfermería para que puedan respaldarse según las acciones que se realiza con el paciente, como ya sabemos este es un documento legal que nos ayuda en cualquier solicitud jurídica, entonces con este método se piensa que si se ha mejorado tanto como para el paciente como al profesional de enfermería.”

“En otros servicios lo que se realiza es un informe relatado de todo lo que se ha realizado, en cambio aquí usted pone datos actividades y resultados y se pueden combinar los dos reportes, entonces lo que faltaría poner en otros pisos sería ser organizarlo nada más, por eso le vuelvo a repetir si usted verifica en los reportes de enfermería va ver algunas fallas, lo que si yo veo que debería de adaptarse un cambio para que nuestras actividades de enfermería sean con base científica para que se ponga en el resultado eso falta, por decirle algo un resultado si usted observa que el paciente ha mejorado, usted no va poner ha mejorado si no puede poner mejora la percusión sistémica todo se aplicaría si nosotros pondríamos lo que se aprendió en el NANDA, NIC y NOC, entonces nosotros complementaríamos como diagnósticos, ahí sería un mejor cambio si nosotros realizaríamos un resultado basado en lo científico ahí se vería un cambio, pero eso no se lo está realizando, tendría que fundamentarse en el PAE, sino solo lo que se ha aumentado en este reporte sería datos actividades y resultados, yo lo digo porque he trabajado en otros servicios y he puesto la secuencia de mis reportes.”

“Sabemos que los registros es una cosa y el proceso de atención de enfermería es otra cosa, en el pae vamos a poner las actividades que son basadas en la fundamentación científica pero es diferente al registro de enfermería, también sería una forma de registrar las actividades que uno hace, pero siempre de acuerdo a los pacientes, ya que para mí todos son iguales pueden estar con el mismo diagnóstico pero la sintomatología es diferente con cada paciente de acuerdo a los problemas encontrados y aplicar un pae donde nosotros vamos a hacer los registros no es dable para todos no podríamos estandarizarlo, pero si embargo en que lo es los registros de atención de enfermería hay actividades que se van registrando de acuerdo a la atención que uno va haciendo todos los informes y registros van hacer diferentes pues dada la situación la gravedad la patología los problemas que vayamos encontrando en el paciente debemos de tener ciertos procedimientos con ellos, entonces yo al menos pienso que los registros si están mejorando ha mejorado porque uno está registrando lo que hace porque lo que se trata en los registros es de registrar, evidenciar paso a paso las actividades los resultados obtenidos los datos porque los datos lo que se hace es una valoración del paciente de acuerdo como van sucediendo las situaciones del mismo.”

“También tenemos cual es la ventaja y deventajas del método para que sea aplicable en otros servicios y ahí verificar como ha mejorado la información”

INFORMANTES CLAVES

PRIMERA ENTREVISTA

¿Qué piensa Ud. acerca del reporte de enfermería que adoptó el servicio de emergencia?

“Yo elabore hace dos años este reporte de modificar los registros de enfermería pero usando lo que es el proceso de atención de enfermería ese era mi motivación para lograr este cambio dentro del servicio por todas las funciones primero por las situaciones legales que conlleva el no tener una historia confiable y veraz segundo también por ética por uno del profesionalismo que tiene de hacer las cosas bien y tercero mejor dicho lo más primordial por el derecho que tiene el paciente de tener una información confiable.”

“Por esos aspectos yo hice este trabajo para mejorar la calidad de atención de enfermería en emergencia hacia el paciente dentro de eso yo aumente la parte de lo que es la modificación de cómo se estaba llevando el DAR se estaba llevando mal tampoco es que yo me siento satisfecha si del 100%, ha mejorado yo diría que la mitad uno de mis objetivos era de que yo pueda conseguir en el registro que las enfermeras que los estudiantes que también intervienen con este proceso de mejoramiento de la calidad del registro asuman todo lo que es la normativa del registro de que consideren como debo yo documentar la información en la historia para realizar un reporte.”

“La otra parte la que yo no he logrado avanzar es realmente no se pudo por el cambio de personal ,las enfermeras como que se cansan, no les gusta, no lo quieren realizar, el trabajo rutinario que están acostumbradas me ha impedido un poco como servicio sin tener que anotar cuestiones a nivel institucional entonces lo que yo he podido mejorar del otro 50 % es la calidad del registro en el sentido de tener un criterio o un juicio en el registro en cuanto a la autonomía del paciente, asumimos que no se aplica el pae como tiene que ser se escribe se transcribe en el registro realmente todo lo que el medico u otros profesionales hacen en relación al paciente eso se realiza en el reporte de

enfermería, sin tomar en cuenta el cuidado de la enfermera con el paciente todo lo que eso es hacer la valoración realizar el diagnóstico de enfermería, la planificación la ejecución la y por último la intervención.”

Entonces eso es lo que no he logrado, estamos en ese camino que es un proceso largo eso es lo que se quiere documentar la parte científica en el informe ahora con este sistema dar realmente si se buscó este sistema es por la facilidad que presta ese registro usted escribe los datos las actividades que hace y las respuestas pero es rápido por la cantidad de pacientes que se tiene pacientes transitorios en fin por eso nos ajustamos a ese hemos estado llevándolo pero ya les digo cual es mi inconformidad lo primero se ha satisfecho en cuanto a la propuesta que yo presente entonces yo diría que en un 95% se ha dado con el cumplimiento de la normativa al menos con las compañeras que están en emergencia se han preocupado de ir mejorando en ese sentido a diferencia de las compañeras que vienen de otros servicios encuentro la dificultad no se si no se dio la misma importancia para que lo lleven así no se pero yo podría decir que me siento muy satisfecha por el cambio.”

“Si se tuviera una buena interrelación con los dos el DAR estaría mejor complementado no solo cosas superficiales como se pueden evidenciar en los registros y donde se documenta información de lo que más hacen mas no funciones dependientes de la enfermería todo lo de que la enfermera debe saber de la patología del paciente y que le voy hacer, sino lo que el medico hizo y yo le copio a el entonces esa es mi apreciación.”

¿Cuál es la adaptación de las licenciadas de enfermería con este reporte?

“Como fue una propuesta como servicio yo socialice yo les dije porque eran las ventajas, para que no mas servía, en ventajas como mejorar el registro sirve el documento para investigación para auditoria para mejorar la calidad de trabajo de la enfermera, en cuanto a lo que ellas asumen en fin en todas esas cuestiones, las legales también se enfocaron, yo veo que las compañeras lo aceptaron si quisieron hacer algunas, pero otras al ser de pronto una exigencia por mejorar, como que tienen que adaptarse si, como que se cumple porque se

cumple y tienen que hacerlo o sea también creo que lo vieron como imposición de pronto después se fueron involucrando un poco más.”

“Tuvimos la capacitación yo creo que consideraron que era importante, pero no estoy satisfecha porque creo que es a ratos es una obligación hasta que el cambio sede y lo vean que era necesario entonces esa es la situación, de inicio yo lo vi de pronto con rechazo pero ya después como ya va fluyendo ya vieron que era importante ahora cuando yo reviso les leo las historias, ya veo menos errores ya saben que tienen que hacer, como tienen que hacer cuando hay un error si se equivocan como van hacer, se maneja mejor la medicación el kardex ya no se escribe como antes solíamos poner tres medicamentos de pronto solo si cambiaba la frecuencia y si era un mismo medicamento en un casillero, ahora no ellas saben que tienen que poner en cada casillero así sea el mismo medicamento en otro casillero, y si cambia la vía de administración o la dosis, entonces esas cosas ya mejoramos pero falta.”

¿Cree usted que enfermería debería llevar una hoja exclusiva de enfermería?

“No me parece al principio yo revisando analizando yo también creí importante que deberíamos tener otra pero no porque dentro de las normativas de registro lo que se espera es que la comunicación tenga continuidad entonces si yo hago una entrada de mi registro de enfermería en otra hoja diferente al resto de profesionales en situaciones digamos de riesgo del paciente que tal que por ubicar una hora a deshora en alguna actividad tanto del uno como del otro entonces no haya concordancia con las acciones del uno y del otro, pueda eso desplegarse en una acción legal, entonces aquí por ejemplo en emergencia digamos que si yo mantuviera una hoja de registro diferente a la 05 que aparte de eso es digamos la ley, normativa dentro del ministerio manejar solo la hoja 05 para todos los profesionales que estén al cuidado del paciente, entonces imponer otra no se podría eso por un lado pero por el otro les digo que tal que pasaría siendo en esta emergencia viene un paciente muchas veces en pacientes de riesgo el cuidado se le da pues inmediato, entonces nadie escribe todos ejecutan las ordenes medicas se receptan enfermería para aplicación inmediata en una situación de riesgo yo no tengo que esperar a que me

escriban que es lo correcto en situaciones de donde digamos que el paciente este más estable yo espero que escriba yo le administro pero en una situación de riesgo yo no debo esperar eso es la única indicación para no esperar yo la prescripción, entonces empezamos a dar la atención todos están atendiendo y de pronto como la enfermera está dando el cuidado y todo la que ultima chequea es la enfermera la que ultima registra es ella, al tener lo que tú me preguntas dos hojas de pronto no vamos a coincidir las horas y digamos que el paciente fallece el medico lo tiene vivo a las ocho y tú ya en el informe pusiste 7 y media que se ha muerto puede haber esas situaciones que van a desembocar en una situación legal y va ser tremendo entonces por eso por mantener la continuidad del cuidado no creo que sería bueno otra hoja.”

SEGUNDA ENTREVISTA

¿Ud. como ha visto ese cambio en el servicio de emergencia ha mejorado los reportes?

“Como Ud. puede ver si Ud. no está ahí mismo ahí mismo implantando esta cosa que no es muy bueno no tiene buenos resultados y es lo que ha pasado ahorita están otra vez escogiendo lo mismo que se hacía antes ósea no está mantenido la forma de manejar el reporte ósea es muy bueno de hecho vimos muchos cambios que mejoró la forma del reporte lo que es trabajo de enfermería aplicando el método y también veo que es bastante complicado es porque no sé si se dieron cuenta que suspendieron la rotación del internado por emergencia ahorita retomaron pero los jóvenes que vienen al internado no se están bien acoplados a esto entonces por eso unos hacen otros nos hacen no se puede hablar todavía de una buena implementación por lo tanto la mejora no puedo decir que se está mejorando mucho.”

¿Qué ventajas tiene el método DAR?

“Refleja realmente lo que es el trabajo de enfermería ósea es un reporte que le permite decir lo que hizo la enfermera en el transcurso del trabajo de la jornada del trabajo lo que no pasa con el reporte anterior el que por historia lo hemos realizado en el que nos sentamos a decir la evolución de lo que el médico hace y reportar lo que la enfermera hizo por lo que el médico prescribió no el diagnóstico de enfermería no las actividades no la actividad que hace realmente la enfermera.”

¿Piensa Ud. que este reporte debe ser utilizado como único reporte de enfermería aplicado en el servicio?

“No es aplicable a todo lo que es enfermería eso es como Ud. sabe una intervención rápida ósea un reporte de la intervención inmediata al paciente del que no va permanecer mucho tiempo en una misma situación patológica porque se le resuelve rápido en emergencia esta es aplicado en esa área es muy incompleto para el resto de los pisos obviamente en el piso debe ser más

detenido es el mejor acción de la enfermera mejor las actividades que cumple ósea debe ser aplicado a un sitio donde se interviene en un sitio donde se consigue repuestas inmediatas.”

¿Cree Ud. que se debe implementar una hoja exclusiva para enfermería?

“Como Ud. sabe para fines legales al menos debe ser siempre unos formularios dentro de una historia clínica debidamente abalizados ese es el problema el ministerio lo formo así en la historia clínica y nosotras estamos obligados a compartir ese formulario seria excelente implementar un nuevo el problema es que no sé hasta qué punto podría servir uno que no está formalmente editado y pueda ser una defensa en cualquier problema legal que se pueda presentar todavía no se ha tenido una experiencia de este tipo en la que tengamos que nosotros que poner fuera de la historia clínica pero yo me adelanto a pensar que ahí se reflejaría algún inconveniente pero que es excelente que una hoja describa realmente lo que hace la enfermera sería bueno pero hay que visualizar la parte legal solamente ese sería el problema.”

ANEXO 5



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001-073-CEAACES-2013-13
Ibarra-Ecuador

HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO

Oficio 147-HCD
Ibarra, 01 de Diciembre de 2014

Lic.
Geovana Altamirano
COORDINADORA CARRERA ENFERMERIA

El H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud, en sesión ordinaria realizada del 20 de Noviembre de 2014; conoció oficio 1393-D de fecha 28/10/2014, suscrito por la Dra. Mariana Oleas Decana; al respecto, resolvió acoger la resolución de la Comisión Asesora y aprobar el Proyecto de Tesis "CALIDAD DE LOS REPORTES DE ENFERMERIA CON LA UTILIZACION DEL METODO DAR EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL " SAN VICENTE DE PAUL" IBARRA 2014" de autoría de las /los señor/itas ALVARO LUIS MEJIA BENAVIDES y NATALY ELIZABETH VENEGAS CHAUZÁ.

Se nombra como **Directora de Tesis** a Lic. **Paulina Muñoz**. Al tenor de la Disposición Transitoria Quinta, inciso segundo del Reglamento de Régimen Académico y artículo 160 del Reglamento General, el estudiante dispondrá como máximo 18 meses para culminar su trabajo de titulación o graduación; pasado este tiempo se someterá a los requerimientos de actualización de conocimientos determinados por la Institución.

Atentamente,
"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"

Dr. Jorge Guevara E.

SECRETARIO JURIDICO

Copia: Dra. Mariana Oleas, DECANA

Lic. Paulina Muñoz Directora de tesis
Estudiantes



ANEXO 6



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



Ibarra, Noviembre 24 de 2014
Oficio Circular N° 042 CE-UTN

Directora del Hospital "San Vicente de Paúl"
DRA. YOLANDA CHECA

Presente.-

De nuestras consideraciones:

Reciba un cordial saludo a nombre de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte, a la vez que se solicite a tu autoridad se digne a autorizar a quien corresponda, la aplicación del instrumento de investigación para el trabajo titulado: "CALIDAD DE LOS REPORTES DE ENFERMERÍA CON LA UTILIZACIÓN DEL METODO DAR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2014" de los Sres. Estudiantes: MEJÍA BENAVIDES ALVARO LUIS, VENEGAS CHAUZÀ NATALY ELIZABETH.

Trabajo que se lo realiza con fines netamente académicos y en el marco de las normas bioéticas.

Atentamente

Lic. Geovana Altamirano Z.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA



HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
26 NOV 2014
GESTIÓN ESTRATÉGICA
HOSPITALARIA

ANEXO 7

SOCIALIZACIÓN DE LA PROPUESTA







ANEXO 8

Socialización del estudio de investigación con el tema: "CALIDAD DE LOS REPORTES DE ENFERMERÍA CON LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO DAR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, 2014"



NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Lic. Anita Parquel	Enfermera	
Lic. Mariela Palacios	Enfermera	
Lic. Gladys Rojas	Enfermera	
Lic. Jaqueline Barrios	Enfermera	
Lic. María Gracia	Enfermera	
Lic. Rosalva Escala	Enfermera	
Lic. Vanessa Chiriqui	Enfermera	
M. Dennis Huanca	Enfermera	
Lic. Diana Flores	Enfermera	
Lic. Gladys Cantón	Enfermera	
Lic. María Estrella	Enfermera	
IEE Mauricio Latorre	IEE	