

Análisis de los registros de enfermería a partir de Du Gas

Analysis of nursing records based on Du Gas categories

Kattia Ochoa-Vigo

Licenciada y Magíster en Enfermería. Universidad de São Paulo/USP, becada de la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo-FAPESP, Brasil. kovpe@bol.com.br

Ana Emilia Pace

Enfermera, Prof. Dra. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto/USP. aepace@eerp.usp.br

María Elena Echevarría-Guanilo

Enfermera, alumna de Maestría de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto/USP.

Resumen: Se analizaron 3.986 registros de enfermería consignados en el "Registro de Evolución de Enfermería" de cinco historias clínicas de pacientes seleccionadas aleatoriamente de una unidad hospitalaria de quemados, al interior de Brasil. Para el análisis consideramos los presupuestos de Du Gas y las categorías funcionales incluyendo todo el proceso de hospitalización. Los datos fueron transcritos en instrumentos elaborados. Los resultados revelan que en el 46% de los registros se anotan observaciones sobre comportamientos del paciente relacionados con su salud, respuestas a la terapia y a la asistencia de enfermería; 19% correspondieron a las intervenciones de enfermería atendiendo las necesidades del paciente; 17% reflejaron el desarrollo de actividades de rutina y 15% describieron la ejecución de las prescripciones médicas. Destacamos que los registros son incompletos, repetitivos y no permiten una evaluación objetiva del proceso de salud/enfermedad del paciente.

Palabras claves: enfermería, registros de enfermería, actividades/procedimientos de enfermería.

Abstract: The aim of this study was to analyze nursing records taken on the "Nursing Development Reports" of five randomly selected charts of patients from a Brazilian hospital. Du Gas's assumptions and the functional categories, including the whole admission process, were considered for the analysis of 3,986 records. Data were transcribed on designed instruments. Results showed that 46% of the records referred to observations concerning the patients' behaviors in relation to their health, their response to therapy and nursing care; 19% corresponded to nursing interventions required by patients' specific needs; 17% reflected the performance of routine activities and 15% described the execution of medical prescriptions. We point out that the study revealed simple, incomplete and repetitive records, which did not allow an objective evaluation of the patient's health-disease process.

Key words: nursing records, nursing categories, nursing activities/procedures.

Introducción

Los registros de enfermería constituyen documentos que incluyen todo tipo de información relacionada con el paciente/cliente, de observaciones realizadas sobre su estado de salud, de las prescripciones de enfermería y de su implementación, además de la evolución de enfermería y de otros cuidados, inclusive, el cumplimiento de las prescripciones médicas (Nóbrega, 1980).

Por tal motivo, algunos autores refieren que los registros de enfermería representan un medio de comunicación importante dentro del equipo de salud que interactúa con el paciente, facilitando la coordinación y la continuidad del plan de salud (Du Gas, 1983; Kemp, Pollliteri y Brown, 1989; Smeltzer y Bare, 1998), suplementando y complementando mutuamente los servicios que se ofrecen, evitando omisiones y repeticiones innecesarias en el tratamiento (Fuerst, Wolff y Weitzel, 1974).

Enfermería, como integrante del equipo de salud, realiza gran parte de los registros en la historia clínica, debido a su interacción constante con el paciente, ejecutando frecuentemente las anotaciones de enfermería; por lo tanto, constituye uno de los principales registros donde son descritos los cuidados prestados al paciente según sus necesidades (Fávero, 1979). De ese modo la comunicación escrita representa un medio que documenta de modo permanente, informaciones relevantes sobre la asistencia ofrecida a los pacientes durante las 24 horas, constituyéndose en una gran responsabilidad para los profesionales de enfermería, quienes tienen la obligación de mantenerlos actualizados para beneficio, principalmente, de los propios pacientes y como medio de comunicación con el equipo de salud.

Considerando ese enfoque, en este estudio se pretende analizar los contenidos de los registros de enfermería como parte de las anotaciones de los cuidados que la enfermería ofrece a los pacientes como consecuencia del diagnóstico de sus necesidades, a partir de las categorías de Du Gas (1983), los cuales deben reflejar la continuidad de la asistencia, con la subsiguiente resolución de los problemas identificados. Destacamos que la enfermería es miembro importante en el equipo multiprofesional de salud para identificar y transmitir informaciones relevantes sobre el paciente al equipo de salud, pudiendo ejercer autonomía en circunstancias que le son propias y cuando las condiciones del paciente así lo ameriten. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar los registros de enfermería a partir de las categorías propuestas por Du Gas, considerando las categorías funcionales del equipo de enfermería.

Marco de referencia teórico

Para Du Gas (1983), los registros constituyen la historia escrita de la salud del paciente, de sus problemas, de las medidas preventivas, de los diagnósticos y terapias creadas para ayudarlo en la atención de sus necesidades de salud y de las respuestas de su organismo (tanto biológicas como psicológicas) a esas medidas mientras esté hospitalizado.

La autora argumenta que los registros de enfermería transmiten seis categorías de informaciones según su contenido, considerando las medidas o procedimientos ejecutados por los varios miembros del equipo de salud y las respuestas del paciente en el transcurso de esta asistencia, las cuales describimos a seguir:

INVESTIGACIÓN

- *Procedimientos ejecutados por otros miembros del equipo de salud.* Esta categoría incluye las medidas terapéuticas ejecutadas por los varios miembros del equipo de salud y están representadas por actividades desempeñadas por médicos y otros especialistas tales como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, entre otros.
- *Procedimientos prescritos por el médico y ejecutados por la enfermera.* Esta categoría incluye todas las prescripciones médicas que son cumplidas por el personal de enfermería, principalmente, la administración de medicamentos, las dificultades extemporáneas ocurridas en el transcurso de la administración o las reacciones anormales observadas en el paciente.
- *Procedimiento prescritos y realizados por la enfermera.* Esta categoría describe acciones decididas y ejecutadas por la enfermera en forma autónoma, para atender a las necesidades del paciente sin previa consulta o prescripción de otros profesionales. Son incluidas aquí las funciones independientes del enfermero derivadas de su propio juicio frente a los problemas que necesitan intervención inmediata y ante los cuales la enfermera se encuentra habilitada, tales como necesidades de sueño, de eliminación, de nutrición, de confort, de movilidad, de ventilación, de autocuidado, de orientación para la salud, de comunicación, entre otras.
- *Comportamientos y otras observaciones relacionadas con la salud del paciente.* En esta categoría no significa solamente describir la actividad física, sino también el comportamiento emocional, la comunicación verbal y las reacciones fisiológicas. Efectuando observaciones objetivas y registrándolas seguidamente de forma concisa y completa. El relato verbal del paciente debe incluir más citas textuales, pues de esa forma entenderíamos e interpretaríamos mejor los sentimientos, miedos, angustias e inseguridades del paciente.
- *Respuestas específicas del paciente a la terapia y a la asistencia de enfermería.* Esta categoría incluye el efecto de procedimientos y actividades como un baño en un paciente febril, del analgésico sobre el dolor, del hielo sobre una articulación edematosa, entre otras reacciones. Este tipo de registro debe describir tanto la percepción del paciente como las observaciones objetivas de la enfermera respecto de una respuesta/reacción a una asistencia previa.
- *Registros de las enseñanzas ofrecidas a los pacientes.* Incluye todas las orientaciones y actividades educativas realizadas con el paciente y su familia, en virtud de sus necesidades de autocuidado derivados de su diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Por ejemplo, información sobre medidas de autocuidado integral considerando efectos de medicamentos, procedimientos, tratamientos y exámenes, entre muchas otras.

Metodología

Se trata de un estudio retrospectivo, que tuvo como unidad muestral los registros de enfermería descritos en las historias clínicas de pacientes de la Unidad de Quemados de un Hospital Escuela del interior de São Paulo en Brasil.

Fueron considerados los datos de la hoja del "Informe de Evolución de Enfermería", en la que registran las tres categorías funcionales de enfermería de Brasil (cuidadoras, auxiliar y enfermera universitaria). En estos informes se describen los cuidados prestados, las observaciones de comportamientos del paciente y las anotaciones de evolución propiamente dicha. Cuando se hizo necesario, se revisó la hoja del "Informe de Enfermería", que contenía las prescripciones de enfermería y la "Ficha de TPR-PA" (temperatura, pulso, respiración y presión arterial) para aclarar alguna duda derivada de un registro inadecuado que no respondía a la descripción de la situación descrita sobre el paciente.

Seleccionamos aleatoriamente cinco historias clínicas del año 1996 de acuerdo a los siguientes criterios: enfermos mayores de 15 años de edad, quemadura de 2º y 3º grado, extensión de la quemadura entre 0-50% de la superficie corporal y quemadura no específica según el diagnóstico médico. Se excluyeron los óbitos, pues este hecho ocurría muy prematuramente, entre el segundo y el tercer día.

Los datos fueron recolectados en el Servicio de Archivo Médico y Estadístico-SAME del referido hospital. Fueron transcritos 3.986 registros en un instrumento elaborado a partir del marco de referencia teórico, considerando todo el proceso de hospitalización del paciente para evaluar la continuidad del cuidado. Cada registro de enfermería fue dividido en varios contenidos de acuerdo a los enfoques que trataba, pues muchas veces un registro o anotación describía diferentes asuntos y/o necesidades sobre el paciente en un mismo párrafo. La identificación del autor de los registros fue realizada por medio de la lectura del nombre y apellido y/o la firma del mismo, adjunto a la descripción de su categoría funcional, situación que fue ampliamente favorecida al transcribir todo el proceso de hospitalización de los pacientes.

Destacamos que el proyecto de estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto/Universidad de São Paulo. Los datos del personal de enfermería y de los pacientes fueron codificados desde la recolección de los datos en los instrumentos para garantizar el anonimato de los mismos, según las normas establecidas por este Comité.

Resultados

Inicialmente, señalamos que las categorías 4 y 5 propuestas por Du Gas (1983) fueron analizadas conjuntamente en una sola categoría como "Observaciones sobre el comportamiento y las respuestas del paciente a la terapia y a la asistencia de enfermería", por tratarse de registros que describen el comportamiento del paciente en sus respuestas psíquicas, físicas y fisiológicas a la salud, a la terapia y a la asistencia de enfermería.

Fue incrementada la categoría "Ejecución de actividades de rutina del servicio", pues éstas se realizan en horarios predeterminados y no requieren mayor raciocinio para su ejecución. De ese modo, aquellas derivadas de las necesidades del paciente, pueden ser mejor valoradas como funciones independientes del personal de enfermería y solucionadas inmediatamente.

En la Tabla 1 se ilustran los datos relacionados con la producción total de los registros anotados en las historias clínicas de los pacientes por el personal de enfermería, y muestran la distribución por categoría funcional y por turnos.

Tabla N° 1: Distribución de los registros de enfermería de pacientes de una Unidad Especializada, según categoría funcional y turno. Ribeirão Preto-São Paulo

Categorías de enfermería	Turnos						Total	
	Mañana		Tarde		Noche		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Enfermero(a)	304	7,6	167	4,2	127	3,2	598	15,0
Auxiliar de Enfermería	859	21,6	758	19,0	1.287	32,3	2.904	72,9
Cuidador de Enfermería	219	5,5	112	2,8	94	2,4	425	10,7
No identificados	20	0,5	24	0,6	15	0,3	59	1,4
Total	1.402	35,2	1.061	26,6	1.523	38,2	3.986	100,0

Observamos en la Tabla 1 que el personal de enfermería realizó 3.986 registros en las cinco historias clínicas, de los cuales 59 fueron descartados por omitir el nombre de la autora o autor del registro.

Las categorías propuestas por Du Gas (1983) se consignan en la Tabla 2. Destacamos que de los 3.927 registros considerados en el estudio se analizaron 7.883 contenidos de registros, distribuidos de acuerdo al tipo de actividades o procedimientos desarrollados y según categoría funcional de enfermería.

Tabla N° 2: Distribución de los registros de enfermería de pacientes de una Unidad Especializada, según actividades/procedimientos y categorías de enfermería. Ribeirão Preto-São Paulo

Categorías a partir de las propuestas de Du Gas	Categorías de enfermería						Total	
	Enfermero		Auxiliar de Enfermería		Cuidador de Enfermería		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Procedimientos ejecutados por otros miembros del equipo de salud	34	0,4	92	1,2	16	0,2	142	1,8
Procedimientos prescritos por el médico ejecutados por el enfermero	228	2,9	847	10,7	117	1,5	1.192	15,1
Procedimientos no prescritos por el médico ejecutados por el enfermero según necesidades del paciente	452	5,7	870	11,0	181	2,3	1.503	19,1
Observaciones sobre el comportamiento y las respuestas del paciente a la terapia y a la asistencia de enfermería	905	11,5	2.352	29,8	348	4,4	3.605	45,7
Actividades educativas desarrolladas con el paciente/familiar	24	0,3	9	0,1	-	-	33	0,4
Ejecución de actividades de rutina del servicio	66	0,8	1.147	14,6	195	2,5	1.408	17,9
Total	1.709	21,7	5.317	67,4	857	10,9	7.883	100,0

Después de categorizar los contenidos de los registros de enfermería a partir de Du Gas (1983), se identificaron las medidas o procedimientos de salud que fueron más y menos registradas por el equipo de enfermería en las historias clínicas, los cuales ilustramos en las Tablas 3 y 4.

Tabla N° 3: Distribución de las medidas/procedimientos más registradas de una Unidad Especializada a partir de Du Gas. Ribeirão Preto-São Paulo, 1986.

Actividades de rutina del servicio	N° de registros	Procedimientos ejecutados por el enfermero según necesidades del paciente	N° de registros	Observaciones sobre el comportamiento y respuestas del paciente a la terapia y a la asistencia de enfermería	N° de registros
Control de signos vitales	596	Balance Hídrico y Diuresis de 24 horas	289	Eliminación de heces y orina	367
Alimentaciones básicas	500	Control de signos vitales	121	Descripción o evolución de signos y síntomas	166
Jugos y lonches	312	Higiene y confort	78	Descripción del estado de las heridas y curaciones	733
—	—	Evaluación del paciente y/o evolución	62	Descripción de quejas y dolores	138
—	—	Observación de venoclisis y otros componentes	145	Necesidades de líquidos	470
—	—	Observación de SNG ¹ y SV ²	208	Condiciones del sueño o vigía	1.196
—	—	Cambios de postura	18	Descripción del nivel de conciencia e interacción social	109
—	—	Referencias a especialistas u otros servicios	50	Desarrollo de actividades de autocuidado	55
—	—	Otros procedimientos	532	Descripción de la localización del paciente	178
—	—	—	—	Otras observaciones	193

¹ Sonda Nasogástrica.

² Sonda Vesical.

Tabla 4: Distribución de las medidas/procedimientos menos registradas de una Unidad Especializada, a partir de Du Gas. Ribeirão Preto-São Paulo

Actividades Educativas	Nº de registros	Procedimientos ejecutados por otros miembros del equipo de salud	Nº de registros	Procedimientos prescritos por el médico	Nº de registros
Orientaciones sobre las recetas médicas y ejecución de los procedimientos	20	Descripción de las visitas médicas	46	Colecta de materiales para laboratorio	46
Orientación sobre actividades de auto cuidado y necesidades de alimentación	9	Descripción de la evaluaciones por otros especialistas	27	Administración de medicinas y otros componentes venosos	796
Apoyo psicológico	4	Ejecución de procedimientos y/o exámenes	69	Realización de las curaciones	139
-	-	-	-	Colocación de SNG/SV	5
-	-	-	-	Descripción del tipo de baño	142
-	-	-	-	Administración de aerosol y oxigenoterapia	15
-	-	-	-	Otros procedimientos	49

Análisis y Discusión

En la Tabla 1, observamos que el auxiliar de enfermería realizó el mayor número de registros (73%), seguido por los de la enfermera (15%), divergiendo de los estudios de Ribeiro (1992), Angerami, Mendes y Pedrazzani (1996) y Fávero (1989), quienes encontraron que los cuidadores de enfermería son aquellos que más registraron, probablemente porque en ese período, el cuadro del personal de enfermería en los hospitales era compuesto principalmente, por cuidadores que ofrecían asistencia sin contar con ninguna formación académica específica, situación que era ocurría debido a la escasez de profesionales de enfermería.

A partir de la Ley N° 7.498/86 del Ejercicio Profesional de Enfermería (Brasil, 1986), este contexto comenzó a sufrir transformaciones en todo Brasil, pues esta ley estableció que la profesión de enfermería y sus actividades auxiliares solamente podían ser ejercidas por personas legalmente habilitadas e inscritas en los Consejos Regionales de sus respectivas jurisdicciones, otorgando, además, un plazo de diez años a los cuidadores de enfermería para regularizar su condición laboral. De ese modo, el estudio de María Carnaúba (1987) ejecutado en tres hospitales de Salvador-Bahía, nos muestra que el cuadro del personal de los hospitales venía cambiando, pues la mayor media de registros recayó entre los auxiliares de enfermería, concordando con nuestros resultados.

Al considerar los turnos de trabajo, notamos relativa diferencia entre ellos; sin embargo, en el período nocturno hubo mayor número de registros (38%). Enfermeras(os) y cuidadoras(es) de enfermería registraron más durante la mañana (7, 6% y 5,5% respectivamente) con relación a los otros turnos; situación que era esperada debido al mayor flujo de recursos humanos y a la concentración de las actividades de cuidado directo al paciente en ese horario. Este hecho también es referido por Fávero (1979), al realizar un estudio en una unidad de medicina, para verificar in situ, qué categoría de enfermería registraba más en las historias clínicas después de asistir al paciente, pues se considera que, cuanto más inmediato se registre la asistencia, esta ofrecerá mayor fidedignidad y, por consiguiente, mejor calidad en el contenido (Smeltzer y Bare, 1998).

En la Tabla 2, que muestra la clasificación de los contenidos de los registros a partir de Du Gas (1983), identificamos que sobresalen las "Observaciones sobre el comportamiento y respuestas del paciente a la terapia y a la asistencia de enfermería" con más de 45%. Datos semejantes fueron comunicados por Laurenço, Zborowski, De Souza y Trevisan (2000) y Ochoa-Vigo, Ferraz, Rossi y Da Costa Junior (2000) y por Gálera, Capelari y Barros (1991) obtenidos en una unidad de emergencia psiquiátrica.

Con respecto a la segunda categoría más registrada, notamos que corresponde a los "Procedimientos no prescritos por el médico, ejecutados por la enfermera según necesidades del paciente" con 19%. Contrariando los resultados comunicados por Laurenço et al. (2000), quienes señalaron que este lugar está representado por el cumplimiento de las prescripciones médicas, especialmente por la ejecución de la administración de medicamentos y por el control de las venoclisis.

Ana Ehrenberg y Margareta Ehnfors (1999) realizaron una evaluación para verificar la calidad de los registros de nursing homes en seis municipios de Suecia. Para eso, implementaron un modelo de intervención educativa en tres municipios, clasificando los registros según las fases del proceso de enfermería. Los registros que ocuparon el segundo lugar correspondieron a las intervenciones con 3.335, incluyendo actividades propias de la enfermera, y aquellas derivadas de las prescripciones médicas. De ese total, 57% describía la administración de medicamentos en ambos grupos y en media hubo mayor porcentaje de registros sobre medicamentos en el grupo de referencia (64%) que en el grupo de estudio (41,5%).

Se destaca que, al considerar los registros como un todo, los datos relacionados con medicamentos representaron 24,5% en el grupo en estudio y 14,9% en el grupo control. Estos datos adquieren relevancia al recordar que en el presente estudio únicamente fueron analizadas las hojas de Evolución de Enfermería, asunto incluido dentro de los procedimientos prescritos por el médico y ejecutados por la enfermería, el cual será abordado posteriormente.

Respecto a las "Actividades de rutina del servicio", estas ocuparon el tercer lugar de importancia en los contenidos de los registros (18%), siendo más común entre auxiliares y cuidadores de enfermería (15 y 3%, respectivamente). Esta situación era esperada, por tratarse de categorías laborales de mando medio* y de acuerdo a la Clasificación Brasileño de Ocupaciones-CBO 94 (Oguiso y Schmidt, 1999), estos solamente pueden ofrecer cuidados simples de enfermería a las personas con enfermedades no graves, generalmente sobre supervisión de un profesional médico o de una enfermera.

En relación a las categorías funcionales del equipo de enfermería, notamos que las enfermeras registraron menos actividades/procedimientos (22%) que los auxiliares y cuidadores de enfermería

(67 y 11%, respectivamente). Esto es posible identificar en la Tabla 1, donde se observa que las enfermeras realizaron solamente 15% de los registros. Esta realidad concuerda con los resultados de Fávero (1979), quien concluyó que las enfermeras son las que menos registran, no obstante destacó que son quienes más actividades/procedimientos ejecutan, especialmente al considerar acciones de supervisión y de burocracia.

De igual modo, observamos que el porcentaje alcanzado en este estudio por las enfermeras es bastante considerable con relación a estudios anteriores (Ribeiro, 1972; Angerami et al., 1976; Fávero, 1976; Silva, Simões y Chagas, 1981), lo que puede estar relacionado con el tipo de unidad clínica, pues la nuestra era una unidad especializada, donde los pacientes suelen tener mayor grado de dependencia y, por consiguiente, demandan cuidados más complejos. Tal situación fue referida por Carnaúba (1987), al identificar que hubo mayor frecuencia de registros en las historias clínicas, cuando el grado de dependencia del paciente era total, concordando con nuestras observaciones.

Deducimos por nuestros resultados, que hay una tentativa de las enfermeras para desarrollar y potencializar sus funciones independientes con relación a las necesidades de asistencia de enfermería del paciente, pues más del 80% de los registros de sus actividades/procedimientos están dentro de la tercera y cuarta categoría analizada (6 y 12%, respectivamente), situación que favorece las posibilidades de alcanzar dominio de su propia autonomía, especialmente si los contenidos se expresan de modo objetivo, coherente y completo, lo cual pasaremos a discutir.

La Tabla 3 ilustra cuáles medidas/procedimientos fueron más registrados por el equipo de enfermería en cada categoría analizada. Entre las "Observaciones sobre el comportamiento..." se destacan 1.196 contenidos que describen la condición del sueño o vigilia del paciente, 733 se refieren a la descripción del estado de las heridas/curaciones, 470 describen las necesidades de líquido del paciente y 367 describen la eliminación de heces y orina. Por otro lado, observamos que el desarrollo de actividades de autocuidado fue mínimamente registrada (55), al igual que la descripción del nivel de conciencia e interacción social (109) y la descripción de quejas y dolores (138).

Estos resultados revelan que el personal de enfermería concentra sus registros en observaciones psicobiológicas de los pacientes, relacionadas con su proceso de enfermedad. Tendencia común entre el personal de salud, que orienta sus cuidados casi exclusivamente a los aspectos biomédicos en detrimento de los aspectos psicosociales y psicoespirituales (Davis, Billings y Ryland, 1994; Serrano et al., 1994; Lourenço et al., 2000). Esta situación es señalada por Davis et al. (1994) como resultado del modelo biomédico usado en muchas escuelas y facultades de enfermería, que demuestran carencia en la enseñanza de aspectos psicosociales y psicoespirituales.

Estos datos nos deben llevar a un análisis reflexivo sobre esta omisión en la formación de los profesionales de enfermería, que debe llevar a buscar mecanismos y abordajes filosóficos para complementar y reforzar los conocimientos con relación a esas áreas, en la perspectiva de aprender a manejar esos datos, que por su naturaleza son complejos. De ese modo, las enfermeras podrían aceptar el reto de no soslayar sus responsabilidades de cuidar al ser humano como ente integral.

Con relación a las acciones de autocuidado, identificamos que fueron enfocadas poquísimas veces en las historias clínicas. Sí entendemos que la enfermería promueve y potencia el autocontrol del estado de salud de los pacientes para ayudarles a reintegrarse al ambiente familiar y social, principalmente por los traumas que causa la percepción de la propia imagen corporal, debido al

impacto de la quemadura en la piel. ¿Cómo es posible que este comportamiento no haya sido destacado por el personal de enfermería en el transcurso de la hospitalización del paciente?

Gomes, Souza y Pellon (1995) refieren que es difícil la adaptación del paciente a la sociedad, considerando el desafío de las deformidades. La mayoría de estos pacientes retornan a sus controles en los consultorios externos con diversas quejas y preocupados con las secuelas, las cuales podrían ser atenuadas con un acompañamiento efectivo de autocuidado en el domicilio. Creemos que tales enseñanzas favorecerían grandemente esta adaptación, si las mismas fuesen iniciadas tan precozmente cuanto sea posible, aun cuando los pacientes están hospitalizados y comienzan a asumir su propio cuidado.

Cuando observamos la calidad de los contenidos, estos todavía son de características simples, repetitivas, incompletas y poco significativas para valorar la condición general del paciente, especialmente entre auxiliares y cuidadores de enfermería, quienes solían describir "paciente en el momento durmiendo en la cama decúbito dorsal, herida con curación íntegra y seca, curación húmeda con secreción"... "paciente aceptó 200 ml de agua, paciente orinó 150 ml, paciente fue al baño y orinó en el sanitario"... , entre otros. Esto concuerda con los resultados de estudios anteriores (Galera et al. 1991; Lourenço et al., 2000).

Con relación a los "Procedimientos ejecutados por la enfermera..." considerado como la segunda categoría más registrada, identificamos que 289 contenidos hicieron referencia al balance hídrico y a la diuresis, 208 describieron las condiciones de las sondas nasogástricas y vesicales, 145 trataron sobre las condiciones de las venoclisis, 121 mencionaron el control de los signos vitales y apenas 62 veces fueron registradas las evoluciones de los pacientes durante todo el proceso de hospitalización, considerando que este período normalmente suele ser mayor de 50 días.

Aquí destacamos que el balance hídrico y el control de la diuresis fueron descritos generalmente de modo incompleto. Sabemos que el paciente portador de quemaduras sufre gran pérdida de fluidos por el paso del plasma de compartimentos intravasculares para el espacio intersticial, que puede ser grave dependiendo de la extensión, profundidad y de la localización de la quemadura. De ese modo, corresponde al equipo de enfermería estar atento a las características que definen el déficit de líquidos, por su relevancia en la estabilidad y recuperación de estos pacientes.

Considerando la observación de sondas nasogástricas o vesicales, estas reflejan las precauciones que el personal de enfermería tomó para mantenerlos en condiciones asépticas y permeables. En esta actividad fueron incluidos los registros en los cuales el personal de enfermería tuvo que cambiar o retirar las sondas por medidas preventivas o circunstancias fortuitas desencadenadas en el paciente. Pues la colocación o retiro de sondas prescritas por el médico, fue incluido en la categoría de "Procedimientos prescritos por el médico". Este mismo criterio fue considerado al clasificar la observación de venoclisis y de otros componentes.

Destacamos que en esta categoría los signos vitales expresan controles realizados fuera de los horarios de rutina por las enfermeras, los cuales ejercían esta función como consecuencia de la necesidad del paciente, para intervenir posteriormente con cuidados propios de enfermería o con la administración de medicamentos prescritos por el médico. El control de la temperatura y el pulso, usualmente fue registrado de forma objetiva y completa. Sin embargo, pocas veces se registró una anotación con una evaluación subsiguiente, pues esperábamos saber si el problema había sido solucionado satisfactoriamente o qué otras medidas fueron necesarias implementar para tener una buena resolución.

INVESTIGACIÓN

Por lo general, no se registraron actividades de evaluación y/o evolución del paciente, tal como lo muestran los resultados. Esto podría perjudicar la asistencia del paciente, pues los cuidados ofrecidos por el equipo de enfermería están determinados por los cambios en las condiciones fisiopatológicas y emocionales del mismo y la enfermera prescribe su asistencia sobre la base de la evolución del proceso salud/enfermedad del paciente, en la perspectiva de alcanzar los objetivos de los cuidados formulados.

Estudios anteriores (Portillo, 1987; Ochoa-Vigo et al., 2000) ya fueron revelando este vacío en los registros de enfermería, mostrando que ellos no tienen continuidad ni coherencia en el transcurso del tratamiento del paciente. Según Davis et al. (1994) en la documentación elaborada por la enfermería existe una tendencia para no reflejar el cuidado individualizado de los pacientes.

Ehrenberg y Ehnfors (1999) en su estudio en Suiza, destacaron que los registros de enfermería a menudo muestran una carencia del análisis del estado del paciente y ausencia de un plano de cuidados con su correspondiente evaluación. Ellas sostienen que este problema puede ser consecuencia de que las enfermeras deben cuidar a muchos pacientes al mismo tiempo, conduciéndolas a un plano de cuidados y evaluación asistemático y deficiente, lo que refleja la falta de calidad en el registro.

Con respecto a la tercera categoría de medidas/procedimientos más registrada, se destaca el "Control de signos vitales" como medida de rutina del servicio, al igual que la alimentación y colaciones. Resaltamos que estas actividades tienen su propia hoja de chequeo en la "Ficha de TPR-PA" y en el "Kardex de tratamiento", en la que se describen simplemente "signos vitales controlados y anotados en el gráfico", "ofrecido la dieta al paciente, paciente rechazó la dieta, paciente aceptó jugo", entre otras.

Tales registros serían significativos si estuviesen adjuntos a las respuestas de los pacientes y a las intervenciones, describiendo de forma completa el comportamiento observado en el mismo como, por ejemplo: ¿Por qué el paciente rechazó la dieta? ¿Cuánto de la dieta aceptó? ¿Cuáles son sus preferencias? ¿Está el control de los signos vitales dentro de los parámetros normales? Esta situación también fue observada por Galera et al. (1991), al realizar un estudio en una unidad psiquiátrica con el propósito de orientar el registro de los cuidados de enfermería.

Resaltamos que el registro duplicado de informaciones es irrelevante, a no ser que fuesen realizadas fuera de los horarios de rutina y según la necesidad del paciente, los cuales deben expresar descripciones específicas y completas del problema identificado, para que permita a los otros miembros del equipo de salud tomar una actitud de intervención en favor de la resolución del problema.

Las medidas/procedimientos menos registrados (Tabla 4), entre la categoría de "Procedimientos prescritos por el médico..." destacan la administración de medicamentos y otros componentes venosos con 796 contenidos, seguido por la descripción del tipo de baño realizado en el paciente (142) y la descripción de la ejecución de las curaciones (139).

No fueron identificados registros que indiquen la presencia de alguna dificultad imprevista ocurrida al administrar los medicamentos ni tampoco fueron descritas reacciones anormales observadas en el paciente tal como lo refiere Du Gas (1983). Era común leer: "Administrado X medicina EV, administrado Dolantina IM, administrado medicamentos según prescripción médica, administrado glucosa al 5% 1000 cc. con X medicamentos a X gotas por mit, administrado una unidad de plasma EV", entre otros.

Tales descripciones deberían ser marcadas en el "Kardex de tratamiento" para verificar que fueron cumplidas. En todo caso, habría que anotarlos en las hojas de enfermería, describiendo la localización exacta donde fue administrada, tales como glúteo derecho o izquierdo, muslo, deltoides... en caso de tratamiento intramuscular o endovenoso o de cualquier tratamiento, pues estas consideraciones se tornan importantes para proteger al profesional y a la institución de salud, cuando enfrentamos problemas legales por causa de demandas procesadas por los pacientes y/o familiares (Iyer y Camp, 1995).

Cuanto al tipo de baño y a la realización de las curaciones, éstas también se centraban en relatar el cumplimiento médico, en vez de describir el comportamiento del paciente en el transcurso del acto. Entendemos que estas actividades normalmente son muy dolorosas por causa de las quemaduras y especialmente si se tratan de grandes quemaduras, tal como lo refirieron los pacientes entrevistados por Rossi, Camargo, Santos, Barruffin y Carvalho (2000), en un estudio de abordaje etnográfico. Entretanto, cuando esta observación era descrita, frecuentemente se resumía a: "Paciente quejoso, poco colaborador durante el baño".

Con relación a la categoría "Procedimientos ejecutados por otros...", los mismos no describían el proceso observado ni mucho menos los resultados identificados por los otros profesionales de salud, simplemente reportaban: "Dr. X realizó visita médica, paciente fue evaluado por el psiquiatra, paciente fue evaluado por el cirujano plástico, Dr. X examinó a la paciente", entre otras similares. Esto concuerda con los resultados de Lourenço et al. (2000), que refieren que el personal de enfermería da énfasis al personal médico y a sus actividades y no al resultado de tales actividades como una sumatoria, cuya perspectiva es la asistencia y el bienestar del paciente.

Finalmente, observamos que dentro de la categoría "Actividades educativas" considerada una de las actividades autónomas de la enfermería, hubo predominio de las orientaciones sobre recetas y procedimientos. Entendemos que la asistencia de enfermería está inmersa en todas las fases de cuidado, con alguna modalidad de enseñanza a los pacientes y/o familiares, justamente porque los mismos están enfrentando situaciones hasta entonces desconocidas, que les genera grandes niveles de estrés y desajustes en la vida cotidiana. Por tanto, cabe a la enfermera intervenir como facilitadora, apoyando y estimulando respuestas positivas de adaptación, principalmente de los pacientes y familiares que los cuidan, para contribuir con su restablecimiento y reincorporación al ambiente familiar y social.

Estos resultados demuestran que los enfermeros y enfermeras están dejando de asumir su responsabilidad de educador en la asistencia al paciente, tal vez porque están más preocupados en cumplir con las funciones técnicas de enfermería, dependientes de las necesidades médico-biológicas del paciente, que preconiza la supervivencia del mismo como ente enfermo, tal como fuera destacado en estudios ya referidos (Davis et al., 1994; Lourenço et al., 2000).

Al contrario, Udén, Ehnfors y Sjöström (1999) realizaron un estudio entre pacientes geriátricos de una unidad hospitalaria, para evaluar el riesgo de caídas mediante un exhaustivo screening efectuado por las enfermeras en la admisión. Destacaron que más de la mitad de los registros contenían información con respecto a educación. Estos incluyeron promoción de la participación del paciente y de su adaptación al ambiente. Estas informaciones eran reiteradas a los familiares y a otras personas significativas. Es importante destacar que las autoras relatan que no existía una norma padrón para realizar este tipo de registros; no obstante, los contenidos fueron considerados válidos.

Conclusiones

El auxiliar de enfermería fue el miembro del equipo de enfermería que más registró (73%) en las historias clínicas, seguido por la enfermera (15%). Hubo mayor número de registros durante el turno de la noche (38,2%), sucedido por el turno de la mañana (35,2%).

De las categorías propuestas a partir de Du Gas, se destacaron *las observaciones del comportamiento* y respuestas del paciente a la terapia y a la asistencia de enfermería con 45,7%, las cuales fueron registradas, principalmente, por el auxiliar de enfermería, seguido de *los procedimientos no prescritos por el médico* y ejecutados por la enfermera con 19% y por *la ejecución de las actividades de rutina del servicio* con 15%. *Las actividades educativas desarrolladas* con el paciente y familiares, no fueron relevantes (0,4%), no obstante, la enfermera fue quien más las registró.

Las actividades que fueron más registradas en las diversas categorías corresponden a condiciones de sueño/vigilia del paciente (1.196), administración de medicamentos y otros componentes (796), descripción del estado de las heridas y curaciones (737) y necesidades de líquido (470), cuyos contenidos generalmente fueron simples, repetitivos e incompletos y no reflejaron la continuidad del cuidado individualizado del paciente.

Por los resultados del estudio, concluimos que los registros de enfermería sobre los comportamientos del paciente respecto de su salud y de las respuestas a la asistencia de enfermería, aún cuando son los más registradas, todavía expresan una falta de conocimiento integral de la naturaleza bio-psico-social del paciente, con necesidades amplias y complejas. Ellos se restringen principalmente a relatar sus condiciones físicas, demostrando que las prescripciones médicas están siendo ejecutadas y supervisadas durante las 24 horas y que tienen prioridad respecto de las propias intervenciones de enfermería que valorizarían su autonomía dentro del equipo de salud.

Este contexto también refleja que el personal de enfermería está soslayando su función de comunicador e integrador dentro del equipo de salud que interactúa con el paciente y familiares, pues sus registros se limitan a proporcionar informaciones incompletas y repetitivas, que no nos permiten realizar una evaluación objetiva del proceso salud/enfermedad del mismo.

Como enfermeras participantes del equipo de salud, tenemos la ventaja de poder verificar de forma continua los varios aspectos situacionales del paciente, lo que nos garantiza una posición estratégica para decidir acerca de por qué, cómo y cuándo asistir al paciente, en situaciones que competen a la enfermería. Por consiguiente, no podemos dejar de anticiparnos, en términos de causas y consecuencias, a la naturaleza y a la extensión de los problemas del paciente y su familia, con la finalidad de poder intervenir con libertad y garantizar en todas las circunstancias su integridad bio-psico-social. (Paim, 1979).

Este compromiso representa un desafío para la enfermería, que debe asumir una postura responsable en el ejercicio de su actividad profesional básica, expresada en la gerencia y en la administración del cuidado directo al paciente. Cabe a la enfermera ejecutar privativamente la prescripción de la asistencia de enfermería (Brasil, 1986), que integra implícitamente todas las fases del proceso de enfermería (valoración de estado de salud del paciente, diagnóstico, prescripción, implementación y evolución de enfermería), pues a medida que las condiciones del paciente se modifican las prescripciones de enfermería también se deben modificar, de acuerdo a las nuevas necesidades que emergen, con el propósito de asegurar una asistencia integral de calidad y resolutive.

Esta situación fue prevista en la resolución COFEN-240/2000, que aprueba el Código de Ética de los Profesionales de Enfermería (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo-COREN/SP, 2001) y establece como deber de enfermería garantizar la continuidad del cuidado y ofrecer a la clientela una asistencia libre de riesgos consecuentes de incompetencia, negligencia e imprudencia (arts. 24 y 25). En tal sentido, la falta de observación de los cuidados realizados o la falta de pertinencia de los registros realizados por la enfermería, fácilmente pueden encuadrarse dentro de los artículos antes referidos y podrían ser sancionados mediante leyes civiles, judiciales y penales.

De este modo, los registros de enfermería constituyen documentos importantísimos de las historias clínicas, que demuestran el trabajo de la enfermería como profesión en relación con los cuidados prestados a los pacientes y familiares y representan el único medio para evaluar la calidad de la asistencia ofrecida. Por tal motivo, las escuelas y las facultades de Enfermería, así como los servicios de educación continuada de los hospitales públicos y privados, deben buscar medios y estrategias adecuadas para desarrollar habilidades en la forma de informar en las historias clínicas, los cuidados prestados a los pacientes, considerando la necesidad de transmitir y de propiciar cambios positivos en la documentación de los registros, pues hasta la fecha, estas no reflejan claramente el verdadero desempeño profesional de la enfermería.

Referencias Bibliográficas

- Bigelow, B.; Polliteri, A.; Brown, P. (1989). *Fundamentals of nursing: a framework for practice*. (2ed). USA: Scott, Foresman.
- Brasil. Leis, Decreto Lei N° 7.498, de 26 de junho de 1986. (1986). Diário Oficial da União, Brasília. 9274.
- Carnaúba, M. (1987). *Frequência das anotações de enfermagem no prontuário do paciente*. Tese de Maestría no publicada, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
- Davis, B.; Billings, J.; Ryland, R. (1994). Evaluation of nursing process documentation. *J. Advanced Nursing*, 19, 960-968.
- Du Gas, B. (1983). *Introduction to patient care*. (4ed). Philadelphia, USA: Saunders Company.
- Ehrenberg, A.; Ehnfors, M. (1999). Patient records in nursing homes effects of training on content and comprehensiveness. *Scand Journal Caring Sci*, 13, 72-82.
- Galera, S.; Capelari, R. y Barros, S. (1991). Estudo das anotações de enfermagem em uma emergência psiquiátrica. *Rev. Paulista Enfermagem*, 10, 3-12.
- Gomes, D.; Souza, M.; Pellon, M. (1995). *Queimaduras*. Rio de Janeiro: Reverter.
- Iyer, P.; Camp, N. (1995). *Nursing documentation: a nursing process approach*. 2 Ed. (pp. 133-54). Missouri, USA: Mosby.
- Laurenço, M.; Zborowski, L.; Souza, M. y Trevizan, M. (2000). Análise das anotações da equipe de enfermagem segundo Du Gas. En: IAC Mendes., EC Carvalho. (coord.). *7º Simposium Brasileiro de Comunicação em Enfermagem-SIBRASEn* (pp. 37-41). Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Ochoa-Vigo, K.; Ferraz, A.; Rossi, L.; Costa J.; Moacyr, L. (2000). Assistência de enfermagem e sua documentação. En: IAC Mendes, E.C. Carvalho (coord.). *7º Simposium Brasileiro de Comunicação em Enfermagem-SIBRASEn*. (pp. 203-208). Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Oguiso, T. y Schmidt, M. (1999). *O exercício da enfermagem-uma abordagem ético-legal*. São Paulo: LTr.
- Paim, L. (1979). Algumas considerações de enfermagem sobre as necessidades psico-sociais e psico-espirituais dos pacientes. *Rev. Bras. Enfermagem*, 32, 160-166.
- Portillo, V. (1987). *Características e importancia de los registros de enfermería en la atención al paciente psiquiátrico hospitalizado en fase aguda*. Tesis para obtener el título de Profesional de Enfermería (n p). Facultad de Medicina Humana-Escuela Académica Profesional de Enfermería, Universidad de San Marcos, Lima, Perú.
- Resolução Cofen-240/2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e das outras providencias. In: *Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo*. (2001). Documentos básicos de enfermagem. São Paulo, COREN-SP. 277-289.

INVESTIGACIÓN

- Rossi, L.; Camargo, C.; Santos, C.; Barruffin, R., y Carvalho, E. (2000). A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Rev. Latin-Am. Enfermagem*, 8, 18-26.
- Serrano, R.; Saracíbar, R.; María, I.; Díaz, M.; Tina M.; y Narvaiza, M. (1994). ¿Dónde comienza la calidad científica de los documentos de enfermería? El reto de la documentación. *Rol de Enfermería*, 191-192, 33-40.
- Smeltzer, S.; Bare, B. (1998). *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. (8ed). Philadelphia, USA: Lippincott Company.
- Uden, G.; Ehnfors, M.; y Sjöström, K. (1999). Use of initial risk assessment and recording as the main nursing intervention in identifying risk of falls. *Journal of Advances Nursing*, 29, 145-152.

Correspondencia a: Kattia Ochoa-Vigo. Licenciada y Magíster en Enfermería. Universidad de São Paulo/USP, becada de la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo-FAPESP, Brasil. E-mail: kovpe@bol.com.br