

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA**

REGULACIONES PARA LAS OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

**La Habana
Última versión; 2018**

INTRODUCCIÓN

Históricamente, las anotaciones de enfermería en los registros clínicos, se limitaron a la narración cronológica de las observaciones más o menos causales acerca del paciente, de los efectos de los medicamentos y tratamientos, de las actividades de la enfermería y de los datos de monitorización. Este método no posibilita medir la contribución de enfermería en el proceso asistencial que se brinda, por no quedar reflejado el **pensamiento de enfermería**, ni permite evaluar los cuidados brindados ni el resultado de dicha práctica.

El registro clínico tiene varios propósitos, como lo anotó Iyer: *“...establece una forma mecánica de comunicación entre los miembros del equipo de salud y permite al profesional de enfermería desarrollar diagnósticos, resultados e intervenciones...”*.

El registro de enfermería, es conceptualizado 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, familia o comunidad.

Es necesario señalar que la planeación del cuidado en la práctica clínica, se escriba o no, los enfermeros siempre tienen en mente un plan mientras proporcionan cuidados. Esto constituye su forma de actuación, no obstante, los programas de calidad existentes, el desarrollo de las investigaciones, la unidad en la metodología educativa y aplicativa, así como el fortalecimiento de la autonomía de la profesión, hacen necesario que el enfermero/a sea explícito con su plan de cuidados, donde quede plasmado como constancia su modo científico de actuación profesional.

Se debe señalar que en 1994, la Comisión que creó el Método Cubano de Registro del Proceso de Atención de Enfermería, mostró los resultados de su investigación al Ministro de Salud Pública y a los Presidentes de las Sociedades Científicas, obteniéndose la aprobación de los distintos modelos existentes en la historia clínica para reflejar el Método.

Dos años más tarde, se estableció en la Carpeta Metodológica de Enfermería, la ruta crítica para la actividad y las estrategias para implementar el PAE en todas las unidades del Sistema de Salud, aspectos retomados en las posteriores Carpetas Metodológicas.

Se debe enfatizar que las observaciones de enfermería, abarcan las fases de vigilancia continua y de modificación del plan de cuidados, que se realizan diariamente en la hoja de evolución. En los momentos actuales, existen algunas dificultades en la calidad de los registros, por tal motivo, se establecen nuevas regulaciones para las observaciones de enfermería, que están atemperadas a la realidad objetiva de estos tiempos, sin perder la visión de futuro.

DESARROLLO

ORIENTACIONES GENERALES:

- **Frecuencia:**

En los servicios de hospitalización (salas abiertas) las observaciones de enfermería se realizarán cada 12 horas. En pacientes que presenten eventualidades y demanden nuevas valoraciones, se realizarán observaciones adicionales.

En los servicios de atención al grave, las observaciones de enfermería se realizarán cada 6 horas. En pacientes que presenten eventualidades y demanden nuevas valoraciones, se realizarán observaciones adicionales.

En las instituciones sociales, las observaciones de enfermería se realizarán con una frecuencia mensual. El control y registro de los parámetros vitales se realizará con una frecuencia diaria. En pacientes que presenten eventualidades y demanden nuevas valoraciones, se le realizarán observaciones y medición de parámetros vitales, según las orientaciones establecidas en el artículo 44 del Reglamento General para Instituciones Sociales.

- **Elementos valorativos:**

Cada servicio debe establecer los elementos esenciales para la valoración específica según especialidad. Conformándose así la hoja de datos básicos de enfermería que guíe el interrogatorio y el examen físico.

La valoración puede ordenarse en: valoración inicial (al ingreso) o valoración sistemática (de seguimiento en cada turno).

El programa de calidad y seguridad del paciente, dentro de sus estándares, demanda la incorporación de escalas valorativas para identificar riesgos en el paciente, lo que permitirá direccionar la visión de riesgo en la práctica asistencial de enfermería, dentro de las escalas que deben ser incorporadas en la valoración de enfermería, se encuentra la escala de J.H. Downton, que facilita identificar el grado del riesgo de caídas que el paciente adulto tiene en un momento determinado (en paciente pediátrico la escala Humpty Dumpty); la escala Norton modificada, para identificar el riesgo de úlceras por presión; la escala analógica o numérica para evaluar la intensidad del dolor en el paciente adulto.

Otra de las herramientas que debe ser incorporada en la evaluación funcional del paciente geriátrico es el índice de Katz, para evaluar la independencia a las actividades básicas de la vida diaria (A.B.V.D.) y el índice de Lawton, para las actividades instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D.)

En la atención primaria de salud, incorporar el empleo de escalas que permitan determinar la dinámica familiar y el grado de funcionalidad que posee la familia, entre otras, que faciliten una adecuada valoración y guíen el actuar de la enfermería.

- **Responsabilidad gerencial:**

Los jefes de sala después de revisar la calidad de las observaciones de enfermería, deben plasmar su firma en las observaciones realizadas por los estudiantes (de cualquier nivel formativo), para su respaldo legal.

Los jefes de sala deben realizar en colaboración con el enfermero asistencial, las observaciones de enfermería de los pacientes con problemas de salud más complejos, para garantizar la calidad de los registros.

- **Observaciones adicionales en el turno:**

Si en el turno de trabajo, una vez realizada la observación de enfermería, el paciente presenta un nuevo evento, no es necesario repetir el encabezamiento y los datos antes expuestos, solamente plasmar la nueva situación y la conducta tomada.

- **Planificación de los horarios:**

El horario para el cumplimiento del plan terapéutico y de cuidados, debe estar planificado de acuerdo a la frecuencia indicada, la situación del paciente y las cargas asistenciales, con el objetivo de no afectar al paciente.

ESTRUCTURA GENERAL PARA LAS OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

En el contexto cubano, se estableció dos métodos para los registros de las observaciones de enfermería.

- Observaciones que responden al método tradicional.
- Observaciones que responden al método cubano de registro clínico del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

ESTRUCTURA GENERAL PARA LAS OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA QUE RESPONDEN AL MÉTODO TRADICIONAL.

La propuesta para estructurar las observaciones de enfermería en los tres niveles de atención se basará en los siguientes aspectos descriptivos:

- ***Identificación correcta de la fecha y hora que se realiza la observación:*** la colocación del turno de trabajo, no es la identificación correcta.

- **Encabezamiento al ingreso:** Debe incluir la identificación del paciente (nombre), motivo de ingreso, diagnóstico clínico, en qué condiciones llega al servicio, grado de parentesco de la persona que lo acompaña, y el reporte del estado de salud. Según la especialidad, se reflejan otras consideraciones oportunas, por ejemplo: en pediatría si el niño es un lactante, un escolar, entre otras.

- **Encabezamiento diario:** Debe incluir identificación del paciente (nombre), reporte del estado de salud, diagnóstico clínico, así como los días pos-operatorios, días pos-infarto, etc. A partir de estos elementos se reflejan los siguientes acrónimos (DS, DO).

- **DS:** Significa los Datos Subjetivos, que reflejan una visión personal de los hechos. Muchos de estos datos se obtienen de la entrevista con el paciente y familia, donde se recogen sus percepciones, sus sentimientos e ideas sobre sí mismo y de su estado de salud. Debe ser registrado en primera persona, sin cambiar la expresión textual del paciente y encerrado entre comillas (“ ”).

- **DO:** Se refieren a los Datos *Objetivos* o clínicos, que refleja el pensamiento de enfermería, a través de la interpretación de datos relevantes como resultado de las observaciones y el examen físico, enfocados a los problemas de salud reales, procesos vitales o vulnerabilidad de la persona o familia (mediante la interpretación de signos y síntomas presentes, así como necesidades afectadas). Los datos registrados facilitan evaluar la efectividad de los cuidados brindados y de la terapéutica aplicada, que permiten su modificación. Aparecen reflejados los estudios e investigaciones realizadas y sus resultados. Registrar la colocación / permanencia / retirada de sondas, drenajes, colectores, puntos de piel, entre otros. Se debe reflejar el resultado de las escalas aplicadas para valorar el riesgo (caída, úlcera por presión, actividades básicas de la vida diaria a través del índice de Katz, entre otras necesarias). En los pacientes adultos con dolor, se plasma el resultado de la escala analógica (escala numérica) para evaluar la intensidad del dolor. Estos elementos permiten el seguimiento y evaluación permanente del estado de salud.

- **Al final de la observación:** Reflejar el nombre y apellidos del enfermero y su nivel formativo alcanzado, lo que permitirá poder evaluar el pensamiento científico y alcance de la práctica, de acuerdo a su nivel científico-técnico.

EL MÉTODO CUBANO DE REGISTRO CLÍNICO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Para estructurar el Método Cubano de Registro Clínico, se tomaron los componentes básicos del Registro Orientado al Problema (reflejados anteriormente) y se le realizaron modificaciones que quedaron plasmadas en la ruta crítica en la actividad de enfermería. (ver anexo 1)

Es necesario señalar que la planeación del cuidado en la práctica clínica, se escriba o no, los enfermeros siempre tienen en mente un plan mientras proporcionan cuidados. Esto constituye su forma de actuación; no obstante, los programas de calidad existentes, el desarrollo de las investigaciones, la unidad en la metodología educativa y aplicativa, así como el fortalecimiento de la autonomía de la profesión, hacen necesario que el enfermero/a sea explícito con su plan de cuidados, donde quede plasmado como constancia su modo científico de actuación profesional.

Aspecto este que debe ser reflexionado por todos los profesionales que se desempeñan en el área administrativa de los servicios de enfermería, los cuales son los actores clave y decisores en la aplicación del método científico de la profesión de manera explícita en los servicios de salud.

A- Base de datos: Consiste en un conjunto básico de datos o recolección de datos que se realiza al ingreso del paciente o en cada turno (según las características del servicio). Es un proceso organizado y sistemático, que se utiliza para crear un acervo de información amplia sobre la salud del paciente/familia/comunidad, según el contexto donde se aplique.

Este aspecto queda materializado en la valoración, primera fase del PAE, mediante el interrogatorio, el examen físico y la revisión de la historia clínica.

Es necesario destacar que en la implementación del método de registro, fue imposible reproducir este modelo para la recogida de datos básicos de enfermería, por constituir un gasto económico adicional, imposible de asumir en los momentos actuales; sin embargo, esta recogida de datos se realiza en la práctica, por la propia estructura del pensamiento del personal de enfermería, al valorar las áreas o patrones afectados en los pacientes.

No obstante, cada servicio, puede instrumentar estrategias para crear modelos específicos según la especialidad, para la valoración inicial (al ingreso) o valoración sistemática (de seguimiento en cada turno), como se reflejó en las orientaciones generales establecidas para las observaciones de enfermería. En este sentido, solo se desea enfatizar que los datos básicos de enfermería, deben ser agrupados mediante los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon o los niveles: dominios y clases, propuestos por la taxonomía II de la NANDA. Lo que minimiza la variabilidad en su estructura.

El modelo elaborado para la valoración inicial del paciente o sistemática, no es necesario que aparezca en la historia clínica, puede ser un documento elaborado y disponibles para que sea utilizado como consulta permanente por el personal de enfermería, que lo utilizaría como guía a la hora de realizar la recogida de datos básicos de enfermería en el paciente/familia/comunidad (según en el contexto que se aplique) y solamente tendría que destacar en la observación los datos relevantes identificados de manera organizada a través del modelo elaborado. Este aspecto, puede convertirse en motivación para futuras investigaciones.

No obstante, se desea esclarecer que estas orientaciones están atemperadas al contexto actual, sin perder la visión de futuro, pues puede ir modificándose en años venideros, cuando sea pertinente dejar explícitamente la hoja de datos básicos de enfermería en las historias clínicas.

B- Nota de evolución: Abarca las fases de valoración (mediante la categorización correcta y suficiente de datos según el método de registro), diagnóstica y de planificación del plan de cuidado (relacionado con el diagnóstico y expectativa). Favorece la vigilancia continua y de modificación del plan, que se plasman en la hoja de evolución.

Se debe registrar en la hoja de evolución:

La fecha y hora que se realiza la observación. La colocación del turno de trabajo, no es la identificación correcta del momento en que se realizó.

Encabezamiento al ingreso: Debe incluir la identificación del paciente (nombre), motivo de ingreso, diagnóstico clínico, en qué condiciones llega al servicio, grado de parentesco de la persona que lo acompaña y el informe del estado de salud. Según la especialidad, se reflejan otras consideraciones oportunas, por ejemplo: en pediatría si el niño es un lactante, un escolar, entre otras.

Encabezamiento diario: Debe incluir, la fecha, hora, identificación del paciente (nombre), reporte del estado de salud, diagnóstico clínico, así como los días pos-operatorios, días pos-infarto, etc. A partir de estos elementos se reflejan los siguientes acrónimos (DS, DO, DE, E).

DS: Significa los Datos Subjetivos, que reflejan una visión personal de los hechos. Muchos de estos datos se obtienen de la entrevista con el paciente y familia, donde se recogen sus percepciones, sus sentimientos e ideas sobre sí mismo y de su estado de salud. Debe ser registrado en primera persona, sin cambiar la expresión textual del paciente y encerrado entre comillas (“ ”).

DO: Se refieren a los Datos Objetivos o clínicos, que reflejan el pensamiento de enfermería, a través de la interpretación de datos relevantes como resultado de las observaciones y el examen físico, enfocados las respuestas humanas a los problemas de salud reales, procesos vitales o vulnerabilidad de la persona, familia o comunidad. Los datos registrados facilitan evaluar la efectividad del plan de cuidados brindado y de la terapéutica aplicada, que permiten su modificación. Aparecen reflejados los estudios e investigaciones realizadas y sus resultados. Registrar la colocación / permanencia / retirada de sondas, drenajes, colectores, puntos de piel, entre otros. Se debe reflejar el resultado de la escalas aplicadas para valorar el riesgo (caída, úlcera por presión, otras). En los pacientes adultos con dolor, se plasma el resultado de la escala analógica (escala numérica) para evaluar la intensidad del dolor. Estos elementos permiten el seguimiento y evaluación permanente del estado de salud.

DE (#) Diagnóstico de enfermería: Juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad.

El número asignado al Diagnóstico de Enfermería, está en relación al orden de aparición como respuesta al problema de salud; sin embargo, en la primera evolución que se le realice al paciente, si existen varios Diagnósticos de Enfermería, estos pueden ser organizados numéricamente, según el establecimiento de prioridades realizado a través de la jerarquía de necesidades.

E. (#) Expectativas: Resultados esperados u objetivos del paciente o familia. Debe contar con la acción y criterio de evaluación. La numeración otorgada, es en relación al diagnóstico que corresponde, lo que permite establecer su adecuado enlace.

Al final de la observación: Reflejar el nombre, apellidos del enfermero y su nivel formativo alcanzado, lo que permitirá poder evaluar el pensamiento científico de acuerdo al nivel científico-técnico del proveedor de la atención sanitaria.

C. Plan de actividades: Abarcan las fases de planificación y ejecución del plan de cuidado (relacionado con las intervenciones de enfermería), que se plasman diariamente en la hoja de indicaciones.

Se debe reflejar en la hoja de indicaciones:

Las intervenciones de enfermería: Intervención es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Las intervenciones se ponen en práctica, a través de las actividades o acciones específicas que las/os enfermera/os realizan para ayudar a las personas sanos o enfermas a obtener el resultado deseado. Por lo tanto, para ejecutar una intervención se requiere una serie de actividades.

Las actividades o acciones específicas, deben corresponder a los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería, con el objetivo de conseguir los resultados esperados en las expectativas trazadas al paciente o familia.

Para reflejar las actividades o acciones de enfermería (fase de planificación), se deben responder a qué y cuándo, este último aspecto, permite determinar la frecuencia establecida para su cumplimiento (en la fase de ejecución). Sin embargo, los elementos que responde a cómo, dónde y quién, se detallarán si fuera necesario, para la adecuada comprensión de la intervención.

Las acciones se pueden clasificar en:

Acciones de enfermería independientes: Acciones que realizan los/as enfermeros/as independientemente, sin necesidad de órdenes médicas o protocolos del centro de salud.

Acciones de enfermería interdependientes o de colaboración: Acciones que realizan los/as enfermeros/as prescritas por el médico o determinadas por un protocolo del centro.

Al final de las intervenciones de enfermería: Reflejar el nombre, apellidos del enfermero y su nivel formativo alcanzado, lo que permitirá poder evaluar el alcance de la práctica, de acuerdo al nivel científico-técnico del proveedor de la atención sanitaria.

D- Notas de resume: Abarcan la fase de evaluación, que permite el seguimiento y monitoreo permanente de las respuestas del paciente. El Método brinda dos posibilidades: notas de resumen al finalizar cada turno y al egreso, que se plasman en la hoja de evolución.

Se debe registrar en la hoja de evolución:

Notas de resumen al finalizar cada turno: Reflejar las respuestas del paciente, lo que permite identificar el avance/logro de las expectativas o resultados esperados en el paciente o familia, que a su vez, pone en evidencia la efectividad o necesidad de cambios del plan terapéutico y de cuidados.

En este acápite, el personal de enfermería puede plasmar otros elementos valorativos que permitan identificar cambios en el estado del paciente.

Notas de resumen al egreso: Permite determinar el logro de las expectativas o resultados esperados en el paciente al alta hospitalaria. En este aspecto, el personal de enfermería debe resumir el nivel de solución de los Diagnósticos de Enfermería (si quedan pasivos o activos), así como las orientaciones y los cuidados de seguimiento. Estas notas, permitirán la vinculación del nivel secundario o terciario con el nivel primario de salud, pues se convierte en un referente para la continuación del plan de cuidados a desarrollar por el/la enfermero/a de la familia.

ESTRUCTURA PARA LAS OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA QUE RESPONDEN EL MÉTODO CUBANO DE REGISTRO CLÍNICO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, CON LA INCORPORACIÓN DE LA HOJA “LISTADO DE PROBLEMAS”. (Anexo 2)

Se puede incorporar dentro del Método Cubano de Registro Clínico la hoja denominada “Listado de Problemas”, para reflejar de esa manera, los diagnósticos de enfermería y las expectativas, identificados ambos con anterioridad en la valoración de enfermería, para evitar así su repetición sistemática en las observaciones de enfermería. En este modelo, se refleja el número asignado al diagnóstico, su correspondiente expectativa y se determina la fecha en que fue identificado (activo) y cuando fue solucionado (pasivo). (Anexo 3)

Esta hoja denominada “Listado de Problemas”, puede ser utilizada también por los médicos, si utilizan para reflejar sus evoluciones el Registro Orientado al Problema (*Problem Oriented Record*).

ORIENTACIONES PARA LA APLICACIÓN DEL MÉTODO CUBANO DE REGISTRO CLÍNICO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- No se impondrá una cantidad prefijada para el registro del PAE, lo que facilitará la autonomía de cada institución.

- Cada jefe de unidad valorará con su personal de enfermería asistencial, la selección de los pacientes a los que se les aplicará el Método Cubano de Registro Clínico del PAE, mediante el análisis de los siguientes elementos:
 - Cantidad y calificación de los recursos humanos con que se cuenta.
 - Carga asistencial del servicio.
 - Consumo y demanda de atención existente.
 - Características de la unidad.

- Se puede incorporar dentro del Método Cubano de Registro Clínico la hoja denominada “Listado de Problemas”, para reflejar de esa manera, los diagnósticos de enfermería y las expectativas, identificados ambos con anterioridad en la valoración de enfermería, para evitar así su repetición sistemática en las observaciones de enfermería. En este modelo, se refleja el número asignado al diagnóstico, su correspondiente expectativa y se determina la fecha en que fue identificado (activo) y cuando fue solucionado (pasivo).

- La incorporación de la hoja “Listado de Problemas”, se debe implementar en los servicios donde los enfermeros tienen experiencia en la aplicación del Método Cubano de Registro Clínico del PAE, pues en los servicios donde existe poca experiencia, la hoja propuesta puede ser un detractor en el seguimiento y actualización de los Diagnósticos de Enfermería.

- Los licenciados en enfermería que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud, después de la valoración que le realice a los ingresos en el hogar y a las familias en crisis, decidirá a cuales le aplicará el Método Cubano de Registro Clínico del PAE.

ORIENTACIONES SEGÚN NIVEL ACADÉMICO

ENFERMERO/A TÉCNICO/A

Este personal, posee el sustento teórico-práctico necesario para la realización de un razonamiento clínico en las observaciones de enfermería que realice al sujeto de atención.

Los conocimientos adquiridos hasta este nivel formativo, permiten a este profesional, dar continuidad al Método de Registro del Proceso de Atención de Enfermería, que se les establezca a las personas supuestamente sana o con problemas de salud.

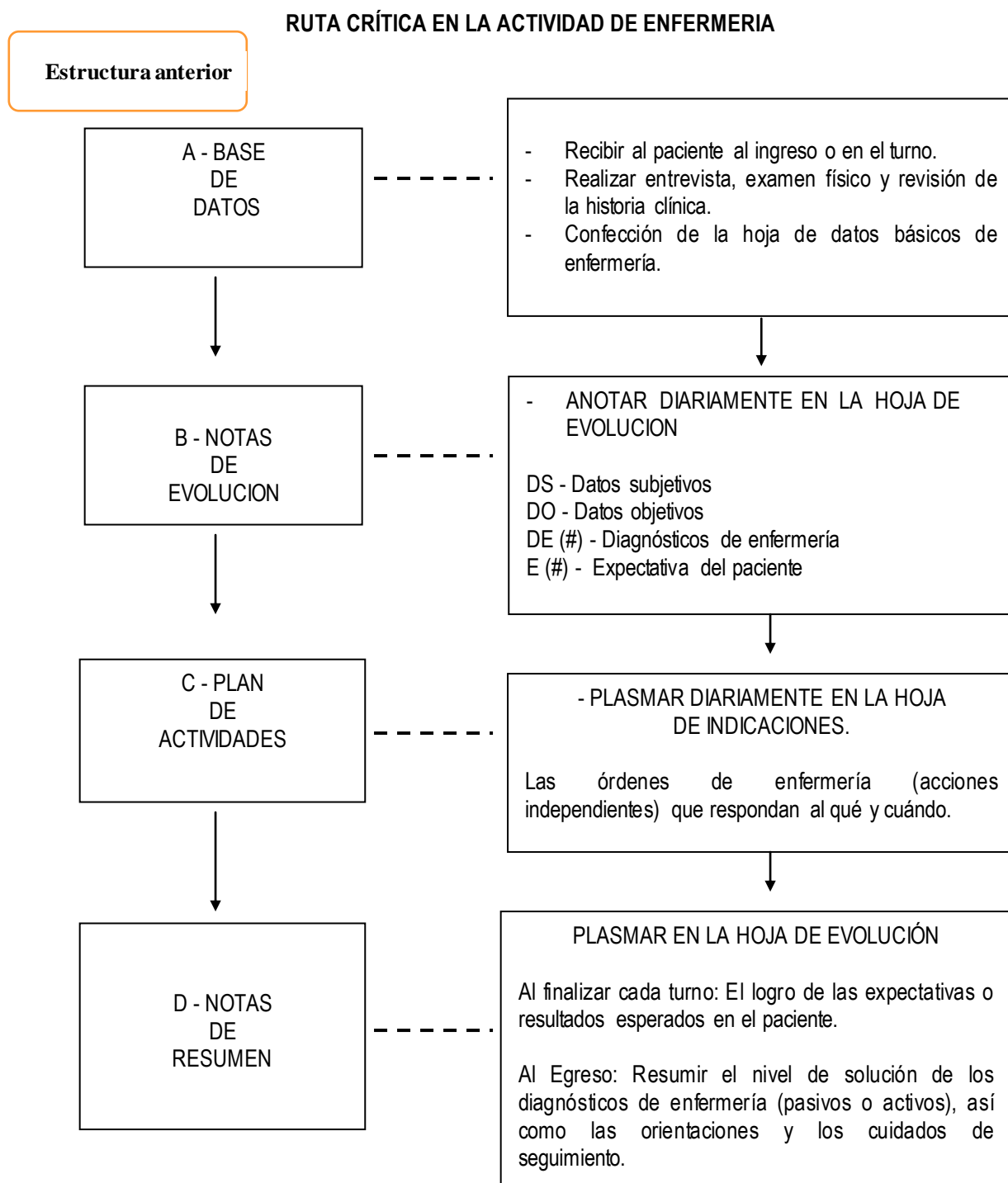
Alcance de la práctica: Este técnico, cuenta con los conocimientos y las habilidades básicas y específicas, para ejecutar el plan de cuidados, evaluar su eficacia y el progreso del sujeto de atención.

LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA

Este profesional, posee el sustento teórico-práctico completo para la realización de un razonamiento clínico, en las observaciones de enfermería que realice al sujeto de atención.

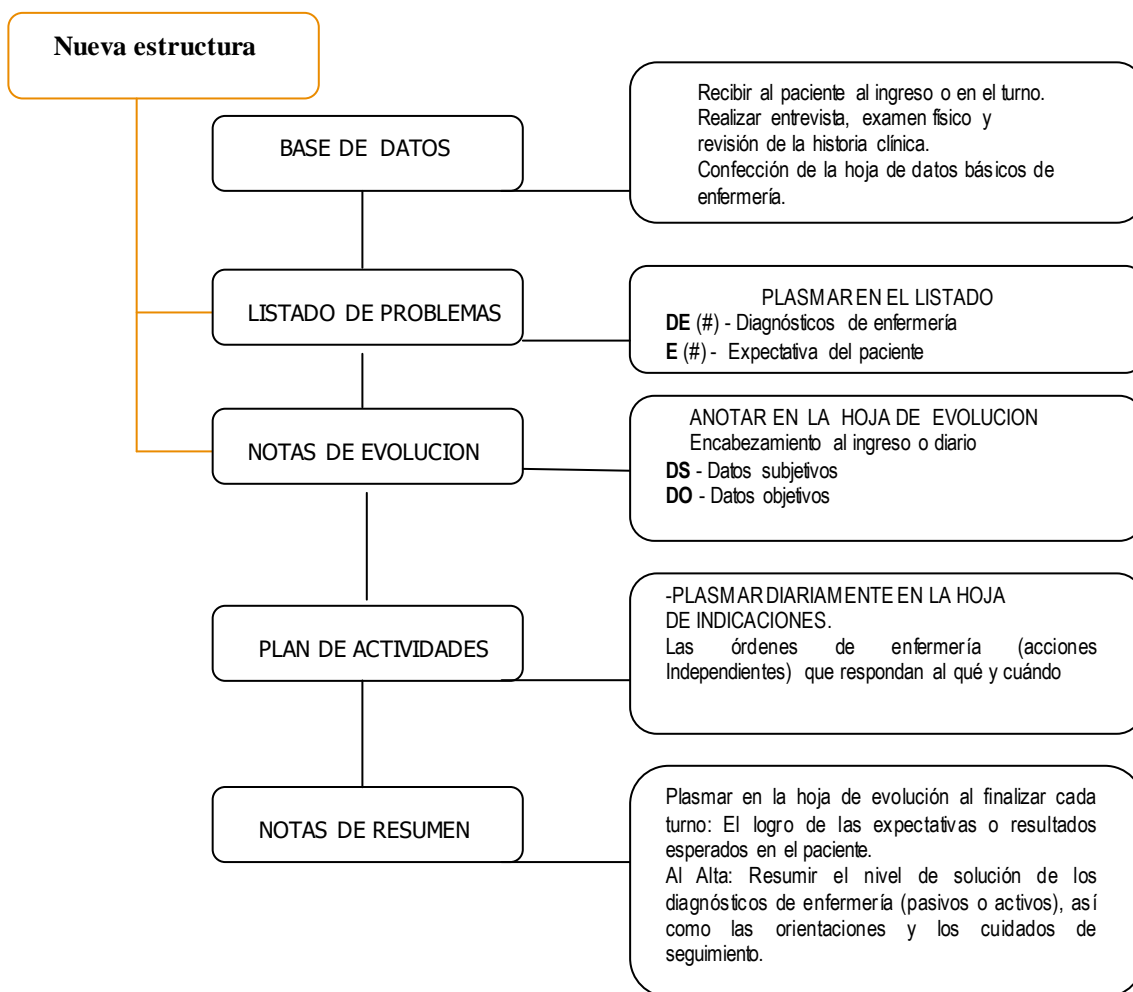
Alcance de la práctica: Este profesional universitario, cuenta con los conocimientos y las habilidades básicas, específicas y de alta complejidad, para dirigir, planificar, ejecutar y modificar el plan de cuidados, así como evaluar su eficacia y el progreso del sujeto de atención.

Anexo 1. Método cubano de registro clínico del Proceso de Atención de Enfermería (PAE)



Anexo 2. Método cubano de registro clínico del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) con la incorporación del Listado de Problemas

RUTA CRÍTICA EN LA ACTIVIDAD DE ENFERMERIA



LISTADO DE PROBLEMAS

No.	Diagnóstico	Expectativa	Fechas	
			Activo	Pasivo
Primer apellido			Segundo apellido	
			Nombres	
Sala:	Cama:	Servicio:	Historia Clínica:	