ENFERMERÍA ACTIVA

REVISTA ENFERMERA DIGITAL DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA
VOLUMEN 7 | NÚMERO XX | ENERO 2021

EDITORIAL

ARTÍCULOS ORIGINALES

ACTITUDES: EL SENTIDO HUMANO EN LA FORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

HIGIENE DE MANOS EN LA INTERVENCIÓN DEL PACIENTE EN EL ÁREA CLÍNICA

APLICACIÓN DE PLAN DE MEJORA CONTINUA EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE ENFERMERÍA

OS REGISTOS DE ENFERMAGEM COMO UMA ESTRATÉGIA INDISPENSÁVEL PARA ASSEGURAR A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

PATOLOGÍA DEL MANGUITO ROTADOR: ¿UNA CUESTIÓN SOLO DEL HOMBRO?

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES EM ENFERMAGEM COMO SISTEMA DE QUALIDADE

ENF. ACTIVA 7-20

INTERNATIONAL NURSING NETWORK

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Consejo de Dirección, Consejo Editorial y Comité Internacional de Evaluadores 4

Editorial 6

Artículos Originales 7

Actitudes: el sentido humano en la formación del profesional de enfermería 7

Higiene de manos en la intervención del paciente en el área clínica 15

Aplicación de plan de mejora continua en el cumplimiento de estándares de enfermería 23

Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados 34

Patología del manguito rotador: ¿Una cuestión solo del hombro? 44

Sistema de classificação de doentes em enfermagem como sistema de qualidade 49

Declaración de Intenciones de Enfermería Activa 60

Naturaleza, competencias y funcionamiento del Consejo Asesor y de Evaluación de Enfermería Activa 62

Reconocimientos 64

CONSEJO DE DIRECCIÓN

PRESIDENTE: Domingo Muñoz Arteaga (España)
VICEPRESIDENTE: Kimm Allegría Castañeda Arellanes (México)
COORDINACIÓN GENERAL DE PUBLICACIONES: David Peña Otero (España)
VOCALES: Carolina González Hernando (España)
Luz Adriana Escobar Mora (Colombia)
Martín Alberto Toranzo (Argentina)
Rafael Niñerola Guerra (España)
Renata Pietro (Brasil)
Luciano Clarizia (Italia)
Sonia del Pilar Abad Vásquez (Chile)
Nelson Guerra (Portugal)
Aida Alvarado Tenorio (Costa Rica)
Mª Virginia Cueva Talledo (Perú)
Nancy Manion Bonalumi (Estados Unidos)
Jonathan Mora Castro (Costa Rica)
Luis Alonso Ibarías Uribe (México)
Luis Arturo Ceballos Ortega (México)
Alfredo Fuente Garrot (Argentina)
Fátima Zárate Delvalle (Paraguay)
Mª Gorete Pimentel Queriós Ribeiro (Portugal)
Isabel Cristina Kowal Olm Cunha (Brasil)
Cristina Leyton Blanca (Chile)
Rosalía Vázquez (Argentina)
Cecilia Hernández González (México)
Michel Oria Saavedra (Cuba)

CONSEJO EDITORIAL

PRESIDENTE: Kimm Allegría Castañeda Arellanes (México)
DIRECTOR: David Peña Otero (España)
VOCALES: Nancy Mannion Bonalumi (Estados Unidos)
Luciano Clarizia (Italia)
Ángela María Esquinas Jiménez (España)
Carolina González Hernando (España)
Mª Antonia Fernández Caeiro Chora (Portugal)
María Manuela Martins (Portugal)
William Genderson Barquero Morales (Nicaragua)
Ignacio Campos Blanco (España)
Moraima Cano Valdez (México)
Rafael Martínez Calero (España)
Raiza Coromoto Rada Rodríguez (Venezuela)
Walter Hernán Muñoz Macías (Ecuador)
Ana Paula Ruiz (Portugal)
Margarita Encarnación Ruiz Blanco (Cuba)

COMITÉ INTERNACIONAL DE EVALUADORES

Aida Maris Peres (Brasil)
Alexandre Pazetto Balsanelli (Brasil)
Aline Silva do Prado (Brasil)
Amelia Mª Brito Gracias (Portugal)
Ana Valentina Carhuancho Gómez (Perú)
Ángela María Esquinas Jiménez (España)
Anier Felipe Borrego (Cuba)
Blanca Sánchez Baños (España)
Carmen Elisabeth Kalinowski (Brasil)
Carolina González Hernando (España)
Claudio Alberto Ibero (Argentina)
Domingo Muñoz Arteaga (España)
Elaine Cristina Carvalho Moura (Brasil)
Francisco Jesús Antúnez Miranda (España)
Francisco Nieto Rosa (España)
Gabriel José Suárez Lima (Cuba)
Gerardo Jasso Ortega (México)
Guadalupe Marbel Gómez Estrada (México)
Hernán Pereira Acosta (Uruguay)
Ignacio Campos Blanco (España)
Ilda Lourenço (Portugal)
Irama Josefina López Urbina (Venezuela)
Jaime Enrique Castellanos Guevara (Venezuela)
Jonathan Mora Castro (Costa Rica)
Jorge Jara (USA)
José Antonio Ortiz Gómez (España)
José Daniel Girón (El Salvador)
José Manuel Lucio Chora (Portugal)
Julia Ortega Limón (España)
Kimm Allegría Castañeda Arellanes (México)
Luciano Clarizia (Italia)
Luis Alonso Ibarias Uribe (México)
Luis Arturo Ceballos Ortega (México)
Luz Adriana Escobar Mora (Colombia)
Mª Antonia Fernández Caeiro Chora (Portugal)
Manuel Archilla Jiménez (España)
María Isabel Morales (Venezuela)
María Manuela Martins (Portugal)
Mariot Bermúdez Soto (Venezuela)
Martín Alberto Toranzo (Argentina)
Mónica Johana Muñoz Cardona (Colombia)
Moraima Cano Valdez (México)
Nancy Mannion Bonalumi (USA)
Nidia Rosana Aquino (Paraguay)
Paula Alexandra Amaral Ramos (Portugal)
Rafael Martínez Calero (España)
Rafael Niñerola Guerra (España)
Raiza Coromoto Rada Rodríguez (Venezuela)
Sandra Maely Molina (Honduras)
Silvia Alicia Alamilla Alfonso (México)
Sulpicia Guadalupe Contreras Jasso (México)
Tatiana Piva (Brasil)
Walter Hernán Muñoz Macías (Ecuador)
William Genderson Barquero Morales (Nicaragua)

INTERNATIONAL NURSING NETWORK

EDITORIAL

Seguimos viviendo tiempos de zozobra a consecuencia de la pandemia ocasionada por el Sars-Cov-2. Desde International Nursing Network quisiéramos daros muchas recomendaciones, muchos ánimos, pero todo lo podemos resumir en esta frase que resaltamos:

CUIDAOS MUCHO PARA CUIDAR BIEN

INTERNATIONAL NURSING NETWORK

Actitudes: el sentido humano en la formación del profesional de enfermería

Attitudes: the human sense in the training of the nursing professional
Atitudes: o sentido humano na formação do profissional de enfermagem

Cuevas Jaimes Brenda Lizeth (1), Díaz Flores Martha (2), Prieto Robles Nora Edith (3), Muñoz Livas Jesús Fernando (4)

(1) Profesor de Tiempo Completo del Departamento de Enfermería/ Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México. ORCID: 0000-0002-5540-6652
(2) Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Química/Universidad Autónoma del Estado de México, México. ORCID: 0000-0001-7622-3153
(3) Profesor de Tiempo Completo del Departamento de Enfermería/ Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México. ORCID: 0000-0001-5314-7020
(4) Profesor de Tiempo Completo del Departamento de Enfermería/ Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México. ORCID: 0000-0002-5964-1369

Autora de correspondencia: brenda.cuevas@uacj.mx

Resumen:
La enfermería actual no solo implica técnicas basadas en la mejor evidencia científica, la enfermería actual debe ejecutar en su técnica un cuidado humanizado; un profesional de enfermería no solo es lo que conoce y lo que hace, también debe ser un humano cuidando a otro ser humano. En el sistema mexicano de salud, así como en otras partes de Latinoamérica, existe la demanda social denominada "Cuidado deshumanizado", la población exhibe la falta de ética, de valores y actitudes en el personal de salud, poniendo en jaque la formación profesional de estos. El objetivo de esta investigación fue describir las actitudes profesionales de estudiantes de enfermería de una universidad pública en México. Se realizó un estudio exploratorio a través de una encuesta basada en las actitudes propuestas por la American Association of Colleges of Nursing, medidas a partir de escalas Likert en tres relaciones interpersonales; estudiante-paciente, estudiante-familia del paciente y estudiante-equipo médico. Dentro de las actitudes profesionales que los estudiantes manifestaron tener siempre hacia el paciente se distinguieron la ayuda (86.7%), el respeto (86.7%), la honestidad (83.3%) y el compromiso (80%); las actitudes de calidez humana y consideración se manifiestan en menor porcentaje dentro de las relaciones estudiante-familia del paciente y estudiante-equipo médico. Resalta la importancia de fortalecer la formación de aquellas actitudes que permiten el trabajo en equipo al egreso, así como la autonomía, la asertividad y la independencia profesional.

Palabras clave: actitud, humanismo, educación en enfermería, conducta.

Abstract:
Current nursing does not only involve techniques based on the best scientific evidence, current nursing must execute humanized care in its

technique; A nursing professional is not only what he knows and what he does, he must also be a human caring for another human being. In the Mexican health system, as in other parts of Latin America, there is a social demand called "Dehumanized care", the population exhibits a lack of ethics, values and attitudes among health personnel, jeopardizing the professional training of these. The objective of this research was to describe the professional attitudes of nursing students from a public university in Mexico. An exploratory study was carried out through a survey based on the attitudes proposed by the American Association of Colleges of Nursing, measured using Likert scales in three interpersonal relationships; student-patient, student-patient family and student-medical team. Among the professional attitudes that the students stated to always have towards the patient, help (86.7%), respect (86.7%), honesty (83.3%) and commitment (80%) were distinguished; Attitudes of human warmth and consideration are manifested in a lower percentage within the student-family relationships of the patient and student-medical team. It highlights the importance of strengthening the training of those attitudes that allow teamwork upon graduation, as well as autonomy, assertiveness and professional independence.

Keywords: attitude, humanism, education in nursing, behavior.

Resumo:
A enfermagem atual não envolve apenas técnicas baseadas nas melhores evidências científicas; a enfermagem atual deve executar um cuidado humanizado em sua técnica; Um profissional de enfermagem não é apenas o que sabe e o que faz; ele também deve ser um humano que cuida de outro ser humano. No sistema de saúde mexicano, como em outras partes da América Latina, existe uma demanda social denominada "Cuidado desumanizado", a população apresenta falta de ética, valores e atitudes entre os profissionais de saúde, comprometendo a formação profissional de estes. O objetivo desta pesquisa foi descrever as atitudes profissionais de estudantes de enfermagem de uma universidade pública do México. Foi realizado um estudo exploratório por meio de uma pesquisa baseada nas atitudes propostas pela Associação Americana de Faculdades de Enfermagem, mensurada por meio de escalas Likert em três relações interpessoais; aluno-paciente, família aluno-paciente e equipe médico-aluno. Entre as atitudes profissionais que os alunos afirmaram ter sempre em relação ao paciente, destacam-se ajuda (86,7%), respeito (86,7%), honestidade (83,3%) e comprometimento (80%); Atitudes de calor humano e consideração são manifestadas em uma porcentagem menor nas relações aluno-família do paciente e equipe médico-aluno. Destaca a importância de fortalecer o treinamento das atitudes que permitem o trabalho em equipe na graduação, além de autonomia, assertividade e independência profissional.

Palavras-chave: atitude, humanismo, educação em enfermagem, comportamento.

Introducción:
Los valores y las actitudes se manifiestan en el sentir y la voluntad del hombre, a través de estos, se conoce un ámbito peculiar de la realidad humana, así como las formas de interpretar, de estar y actuar en el mundo. Diferenciándoles, las actitudes son disposiciones estables para comportarse de cierta manera ante determinadas situaciones, predicen la conducta y expresan las distintas formas de situarse como individuo ante los valores (1). Un valor es una cualidad que surge de la relación entre un sujeto y las propiedades que se hallan en un objeto (2). De este modo, pareciera clara la diferencia entre una actitud y un valor, sin embargo, a la fecha se cae en la imprecisión cuando a su estudio se refiere, la frecuencia de su imprecisión radica en que ambos constructos pertenecen al mismo campo semántico, haciendo casi imperceptible la línea que los diferencia (3). Para el presente estudio la definición operacional de "actitud" se fundamentó en los planteamientos de Rokeach (4) y Hollander (5); estableciendo que las actitudes constituyen la vía operativa de los valores, es decir, las actitudes se sustentan del valor; este último ha de considerarse como el núcleo de un sistema de actitudes.

Pasando al contexto de la Educación, las actitudes constituyen junto a los conocimientos, habilidades y valores, la denominada formación integral. Actitudes y valores conforman dos de los pilares fundamentales de la educación del siglo XXI; el aprender a vivir juntos y el aprender a ser, dichos pilares garantizan una

formación con alto sentido humano (6). Dentro de las Instituciones de Educación Superior (IES), los valores y actitudes forjaran el sentido humano y el comportamiento profesional futuro, de este modo, nos referimos a actitudes profesionales, las cuales son formadas libremente en un proceso subjetivo a través de un juicio de valor; al definir las actitudes profesionales, nos acercamos a la concepción de carácter social que plantea Sánchez (7) quien considera que las actitudes se reflejan en patrones conductuales propios de los miembros de un grupo (profesión), regulando las interacciones entre ellos y su entorno. Siendo sus significados, la relación entre los requerimientos sociales y los de la profesión misma (8). Esto significa que el sistema de actitudes de un grupo es compartido.

De este modo, el indagar sobre la formación de actitudes dentro de la Educación Superior, permite observar el cumplimiento del compromiso que tienen las IES con la sociedad, puesto que dentro de un mundo globalizado se tiene la condición ética y moral de tributar profesionales con un enfoque humano, no solo prepararlos para desempeñarse en un área de conocimiento, sino que también, con la actitud necesaria para hacer buen uso de su profesión al actuar responsablemente frente a otros (8). Situándose en el contexto profesional de los enfermeros, es aún mayor la necesidad de una formación humana dentro de las ciencias dedicadas a la salud, pues es fundamental que al enfrentarse al proceso de salud–enfermedad se respete y entienda la condición humana como un todo. Recordemos que la enfermería es la ciencia y arte de carácter humanístico cuya visión del mundo es integral y que esta integralidad parte de los conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y por supuesto de las actitudes que posee, y que le permiten cuidar de la persona, familia y comunidad (9).

Por lo tanto, el gran compromiso social de las IES de enfermería es tributar a la sociedad profesionales que brinden una atención transpersonal, aplicando no solo procedimientos correctos, sino comprendiendo la realidad y necesidad humana individual o colectiva, englobando en un solo acto las necesidades biológicas, psicológicas y sociales, a fin de cuidar holísticamente.

De este modo, la presente investigación, nos ubica en la formación de actitudes profesionales, dándonos una aproximación a la realidad de la formación del sentido humano en enfermeros próximos a egresar.

Objetivo:
Describir las actitudes profesionales en estudiantes de la licenciatura en enfermería de una Universidad pública en México.

Metodología:
Bajo un enfoque cuantitativo se realizó un estudio exploratorio en una Facultad de Enfermería y Obstetricia dentro de una Universidad pública en el Estado de México. Como instrumento para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario con base a la clasificación de valores y actitudes de la American Association of Colleges of Nursing (10), clasificación que diferencia al valor de la actitud y que comparte las ideas de Rokeach (4) y Hollander (5), donde los valores derivan actitudes. Las actitudes consideradas fueron medidas a partir de escalas tipo Likert hacia tres tipos de relación interpersonal en los estudiantes; estudiante-paciente, estudiante-familia del paciente y estudiante-equipo médico (personal médico, de enfermería y otros profesionales de salud). La medición de actitudes se realizó con base al informe de uno mismo sobre creencias, sentimientos y conductas (11), la técnica dimensional utilizada fue una escala de actitudes, constituida por frases o proposiciones frente a las cuales los sujetos interrogados indicaban su acuerdo o desacuerdo, se utilizaron rangos sumarizados Likert que iban de la categoría "siempre presente" a "nunca presente". Los datos obtenidos, fueron procesados en el programa IBM Stadistic SPSS v.21 para su análisis descriptivo.

Resultados:
El instrumento tuvo una confiabilidad por Alfa de Cronbach de 0.843, fue aplicado a una muestra aleatoria de 30 estudiantes de séptimo semestre, correspondiente al cuarto grado académico de la licenciatura en enfermería, donde la experiencia académica teórica y práctica es mayor, permitiendo emitir un mejor juicio de valor sobre las actitudes profesionales.

El 60% de los estudiantes correspondieron al sexo femenino, respecto a la edad, la distribución fue desde los 20 a los 43 años, con predominio de estudiantes de entre 21 y 23 años, la media más desviación estándar se

ubicó en los 23.03±5.048 años. De acuerdo con su estado civil y grupo religioso, 93.3% era soltero y 83.3% manifestó ser católico. Respecto al lugar de procedencia un 13.3% venía de otro Estado. El 70% de los estudiantes tenía un hogar nuclear, mientras que solo el 3.3% tenía un hogar unipersonal, el resto refirió vivir con otro familiar o con compañeros y amigos. En lo que concierne a la situación académica y laboral; 83.3% tenía una situación académica regular, y del 20% que se encontraba laborando, 10% lo hacía en el campo de enfermería.

Como se mencionó en la metodología, para la recolección de los datos en cuanto a las actitudes, se retomaron las consideradas por la ANA, mismas que se encuentran derivadas en alguno de los siete valores comprendidos dentro de la clasificación. Por lo anterior para la presentación de los resultados, se mencionará el valor correspondiente que deriva a las actitudes medidas en el estudio.

Las actitudes que los estudiantes, manifestaron tener "siempre" presentes, se pueden apreciar en la Tabla 1. Se observa que las actitudes que prevalecen en la relación hacia el paciente son la responsabilidad, respeto, ayuda, honestidad y compromiso. En la relación con la familia predominan las actitudes de respeto, consideración, tolerancia y ayuda. Con base en la relación estudiante-equipo médico, las actitudes que destacaron fueron la honestidad, responsabilidad y respeto. Cabe destacar que dentro de las actitudes que fortalecen la identidad profesional, destacaron la aceptación y autenticidad, así como la integridad; es importante señalar que como colectivo, solo el 36,7% consideró que "siempre" era independiente, mientras que solo 47,7% reportó tener "siempre" autonomía profesional.

Tabla 1.

Actitudes profesionales siempre presentes en los Estudiantes de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca.

Valor: Estética	*f*	%	Valor: Igualdad	*f*	%
Creatividad	10	33.3	Aceptación	22	73.3
Sensibilidad			Tolerancia		
Ante el paciente	12	40.0	Con el paciente	22	73.3
Ante la familia del paciente	5	16.7	Con la familia del paciente	19	63.3
Ante el equipo médico	3	10.0	Con el equipo médico	10	33.3
Apreciación	10	33.3	Asertividad	8	26.7
Valor: Altruismo	***f***	**%**	**Valor: Dignidad Humana**	***f***	**%**
Compasión			Humanidad (Calidez humana)		
Con el paciente	16	53.3	Con el paciente	23	76.7
Con la familia del paciente	6	20.0	Con la familia del paciente	18	60.0
Con el equipo médico	4	13.3	Con el equipo médico	9	30.0
Compromiso			Respeto		
Hacia el paciente	24	80.0	Con el paciente	26	86.7
Hacia la familia del paciente	16	53.3	Con la familia del paciente	23	76.7
Hacia el equipo médico	17	56.7	Con el equipo médico	18	60.0
Ayuda			Consideración		
Al paciente	26	86.7	Con el paciente	23	76.7
A la familia del paciente	19	63.3	Con la familia del paciente	20	66.7
Al equipo médico	14	46.7	Con el equipo médico	16	53.3
Valor: Libertad	***f***	**%**	**Valor: Verdad**	***f***	**%**
Confianza			Autenticidad	19	63.3
En el paciente	19	63.3	Responsabilidad		
En la familia del paciente	15	50.0	Ante el paciente	26	86.7
En el equipo médico	15	50.0	Ante la familia del paciente	18	60.0
Independencia	11	36.7	Ante el equipo médico	19	63.3
Autodisciplina	13	43.4	Honestidad		
Autonomía profesional	14	46.7	Con el paciente	25	83.3
			Con la familia del paciente	17	56.7
			Con el equipo médico	20	66.7
Valor: Justicia	***f***	**%**			
Objetividad					
Con el paciente	14	46.7			
Con la familia del paciente	11	36.7			
Con el equipo médico	11	36.7			
Integridad	19	63.3			

* f: Frecuencia. Fuente: Instrumento aplicado

Existieron actitudes que algunos de los estudiantes "nunca" o "la mayoría de las veces no" tienen presentes hacia el paciente, la familia del paciente y hacia el equipo médico, a continuación, se describen los valores que destacan. Respecto a las actitudes derivadas del valor estética, algunos estudiantes "la mayoría de las veces no" tienen sensibilidad hacia el paciente y hacia la familia del paciente (3.3% respectivamente), mostrando un porcentaje más alto en la relación con el equipo médico (26.7%). La creatividad y apreciación "la mayoría de las veces no" están presentes en un 6.7% y 3.3% de los estudiantes. Por otro lado, un 3.3% manifestó "nunca" ser sensible hacia el equipo médico.

En las actitudes derivadas del valor altruismo, las actitudes que algunos de los estudiantes "la mayoría de las veces no" tienen presentes fueron la compasión, el compromiso y ayuda hacia el equipo médico (3.3% respectivamente). Mientras que las que se manifestaron como "nunca" presentes, fueron la compasión hacia el paciente y hacia la familia del paciente (3.3% respectivamente), así como la ayuda hacia el equipo médico en un 3.3%.

En cuanto a las actitudes derivadas del valor libertad, solo en el caso de la confianza, el 6.6% de los estudiantes mencionó que en la relación con el equipo médico "la mayoría de las veces no" o "nunca" está presente. Respecto al valor dignidad humana, el 3.3% mencionó que "nunca" muestra una actitud de respeto hacia el equipo médico.

Discusión:

Haciendo un análisis general sobre los resultados en cuanto a las actitudes que se encuentran presentes "la mayoría de las veces" o "siempre" en los estudiantes, se pudo observar que dichas actitudes generalmente se dirigen hacia el paciente y la familia de este. Los resultados de este estudio exploratorio permiten aclarar que por parte de los estudiantes en estudio, existe el compromiso social de cuidar de manera humanizada, compromiso que se encuentra establecido en el perfil de egreso, tal como sugiere la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería dentro del Modelo Unificado de Enfermería en México (12) donde gracias a la promoción de actitudes y valores dentro de los planes de estudios, se posibilita que los futuros profesionales de enfermería, brinden una atención ética y humanizada.

Sin embargo, a pesar de que las IES de enfermería exponen egresar profesionales listos para cuidar de manera holística, la realidad laboral es otra, dado que, en el campo clínico o comunitario, durante el día a día, no es extraño observar una aparente deshumanización en la práctica del cuidado, reconociendo a los pacientes por su número de cama o patología, se denota pues, un acto centrado solo en el proceso biomédico, dejando de lado el trato humano hacia el paciente, la familia y su entorno social (13). Desde hace más de una década, es tal la necesidad de rescatar en los profesionales de enfermería, una atención con alto sentido humano y pertinente con las necesidades del paciente, no solo en su esfera biológica, sino la psicológica y social; motivo por el cual, dentro de la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, se han incluido indicadores relacionados a la práctica de los cuidados, uno de ellos el indicador "Trato Digno" que consiste en la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria (14).

Es necesario explorar la situación vivida actualmente en las Instituciones de Salud, explorar medidas con las cuales se minimice el abismo entre la formación profesional, el Sistema de Salud y el trato humanizado. Hinostroza (15) establece que, en Latinoamérica existen factores sociales y profesionales que influyen en el encuentro genuino con el paciente, destacando como factores principales la complejidad de los sistemas de salud en las instituciones públicas, donde se observa escasez de los recursos humanos y materiales, así como una fuerte influencia del paradigma tecnocientífico. Hace falta también, el trabajo en equipo, que, aunado a los factores mencionados, aumentan la brecha entre los enfermeros y el cuidado humanizado.

En este estudio exploratorio, se reportan bajos o nulos porcentajes en cuanto a las actitudes dirigidas hacia el equipo médico, incluyendo enfermeros; existió falta compasión, compromiso, confianza, sensibilidad y ayuda por parte de algunos estudiantes hacia su equipo, su

colectivo. Algo está pasando con la formación del "ser enfermero", del "ser equipo", un colectivo comprometido con la enfermería, con el cuidado, pero también con sus colegas; algo está pasando y se arrastra hasta el ámbito laboral, algo que se convierte en un factor influyente para cuidar de manera integral, de manera humanizada, donde para ejercer el cuidado, tampoco interese de quién es un paciente. Es así como los cuidados no impactan en la atención del paciente y en consecuencia nuestro prestigio y el camino hacia el reconocimiento social como colectivo, no progresa (16).

Por otro lado, el papel de las IES de enfermería no puede terminar al egreso, es necesario un plan de seguimiento de sus egresados, el cual en teoría existe en algunas instituciones educativas, pero no siempre se lleva a la práctica, se necesita fortalecer actitudes como la independencia, la autodisciplina y la autonomía profesional; debe tomarse nota e intervenir sobre la formación específica de éstas, dado que a lo largo de la historia, y de acuerdo a la sociología de la profesión, la enfermería ha buscado el reconocimiento social, y esto no será posible si no se tienen buenos fundamentos en el autoconcepto del "ser enfermero(a)" y las implicaciones como colectivo.

Limitaciones:
El presente estudio tuvo como principal limitación el acceso a un instrumento validado para actitudes profesionales; a pesar de que las actitudes son parte del perfil profesional de enfermería, existe un gran vacío de conocimiento en el tema a nivel internacional. Al tratarse de un estudio transversal, no se pudieron establecer asociaciones entre las actitudes prevalentes y las características de los estudiantes, se sugiere para futuros estudios, describir las actitudes profesionales prevalentes por edad, sexo y religión.

Conclusión:
El presente estudio, muestra la realidad solo de una IES de enfermería, es necesario explorar la formación de lo humano, es decir, de las actitudes y valores profesionales en otros contextos educativos, para detallar generalidades sobre la formación valoral actual, pero principalmente para comprender otro aspecto influyente en la deshumanización del cuidado. Por último, si bien no existe un programa específico que permita la formación de actitudes en las IES, recordemos que, para formación actitudinal influye el ambiente sociocultural. De este modo, las estrategias deben dirigirse a actividades culturales que permitan la socialización del estudiante, para que contemple las características y sobre todo las necesidades humanas en su entorno, sin olvidar que dichas actividades deben no solo programarse, sino regularse y vigilar sus resultados.

Financiamiento:
Sin financiamiento.

Conflicto de interés:
No existen conflictos de interés.

Agradecimiento:
No aplica.

Bibliografía:
1. Hernández PAS. Algunas consideraciones acerca de los valores humanos y el profesional de enfermería. Aquichan. 2001;1(001):18-22.
2. Frondizi R. ¿Qué son los valores? México: F.C.E.; 1958.
3. Bautista VJM. Actitudes y valores: precisiones conceptuales para el trabajo didáctico. XXI Revista de Educación. 2001;3:189-196.
4. Rokeach M. Beliefs attitudes and values. San Francisco: Jossey-Bass;1968.
5. Hollander E. Principios y métodos de psicología social. Buenos Aires: Amorrortu;1968.
6. Delors J. La educación encierra un tesoro Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Madrid: Santillana/ UNESCO;1996.
7. Sánchez S, Mesa MC. Construcción de escalas para la evaluación de actitudes. Salamanca: Universidad de Salamanca;1996.
8. Hirsch AA, Editor. Educación y valores. 2nd ed. Estado de México: Gernika;2005.
9. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Diario oficial de la Federación, México, 02 de septiembre de 2013.
10. American Association of Colleges of Nursing (ANA); American Association of Colleges of Nursing (ANA). Model for differentiated Nursing Practice. Washington: ANA;1995.

11. Selltiz CM, Mahoda M, Deutsch y Cook SW. Métodos de investigación en las relaciones sociales. Madrid: Holandesa Editorial;1974.
12. Cárdenas BL, Padilla GL, Sánchez GM, Becerril AP. Modelo Educativo Unificado de Enfermería en México. Ciudad de México: Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C;2006.
13. Ceballos P. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y Enfermería. 2010;16(1):31-5.
14. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, tres indicadores de aplicación hospitalaria. Ciudad de México: Secretaria de Salud;2003
15. Hinostroza N. El cuidado profesional de enfermería un enfoque humanístico. Rev.enferm.vanguard. 2014;2(1):86-97.
16. Blasco LM, Ortiz LSR. Ética y valores en enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016;24(2):145-9.

ARTICULOS ORIGINALES

Higiene de manos en la intervención del paciente en el área clínica

Hand hygiene in the intervention of the patient in the clinical area
Higiene da mão na intervenção do paciente na área clínica

Ángeles Ávila Gloria (1), Monroy Martínez María de los Ángeles (2), Díaz Bernal Blanca (3), Maciel Vilchis Alejandra del Carmen (4)

(1) Mtra. en Admon. En Sist. De Salud. Dra. en Alta Dirección. Universidad Autónoma del Estado de México UAEM). Profesor de Tiempo Completo, Lider del CA Proceso de Enfermería. ORCID: 0000-0002-0023-5809
(2) Mtra. en Enf. en Administración en los Serv. De Enf. Dra. en Alta Dirección. Universidad Autónoma del Estado de México UAEM). Profesor de Tiempo Completo, Integrante del CA Proceso de Enfermería. ORCID: 0000-0001-6003-8287
(3) Mtra. en Enf. en Administración en los Serv. De Enf. Dra. en Alta Dirección. Universidad Autónoma del Estado de México UAEM). Profesor de Tiempo Completo, Integrante del CA Proceso de Enfermería. ORCID: 0000-0002-3376-7588
(4) Mtra. en Enf. en Administración en los Serv. De Enf. Dra. en Alta Dirección. Universidad Autónma del Estado de México UAEM). Profesor de Tiempo Completo, Integrante del CA Proceso de Enfermería. ORCID: 0000-0002-5432-8146

Autora de correspondencia: gloangelesavila@gmail.com

Resumen:
Introducción. Las infecciones intrahospitalarias relacionadas directamente con la atención sanitaria afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Representan un alto costo para los pacientes, familias y para el sistema sanitario y elevan la mortalidad1. **Objetivo:** Analizar la higiene de manos para la intervención del paciente en el área clínica. **Material y método:** Enfoque cuantitativo, tipo de estudio: Observacional, comparativo, descriptivo y transversal. Universo: 96 médicos, 151 enfermeras del turno matutino. Muestra: probabilística a criterio del investigador, 45 médicos y 55 enfermeras del turno matutino. Criterios de inclusión: médicos y enfermeras que se encuentren en contacto directo con los pacientes y que laboren en el Centro Medico ¨Lic. Adolfo López Mateos¨ turno matutino. Criterios de exclusión: personal con el que no se completó la evaluación del instrumento a más del 80%. Técnica: Observación; Instrumento: lista de cotejo con 16 ítems. **Resultados:** 60% cumple con insumos (jabón y papel y toalla); 91% contó con solución alcoholada para la realización de la higiene de manos; 63% cumple con retirarse reloj y/o alhajas; 91% cumple con uñas cortas y sin esmalte; 47% cumple con la fricción correcta. El 41% cumple con la higiene de manos antes del contacto con el paciente; 37% cumple al realizar la higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica, 38% cumple después de una exposición a fluidos corporales; 42% cumple con higiene de manos después del contacto con el paciente; 38% cumple la higiene de manos después del

contacto con el entorno del paciente. **Discusión:** La OMS establece la correcta fricción durante la higiene de manos y de esta manera garantizar el barrido de microorganismos de las manos y por tanto la seguridad de intervenir al paciente; la investigación permitió identificar que cinco de cada diez profesionales no realiza la correcta fricción durante la higiene de manos, lo que podría suponer un riesgo significativo para la seguridad del paciente y del mismo equipo de salud. **Conclusiones:** el personal de enfermería tiene mayor apego a esta técnica de higiene de manos.
DeCS: seguridad del paciente.

Abstract:
Introduction. Hospital infections directly related to healthcare affect hundreds of millions of patients worldwide each year. They represent a high cost for patients, families and the health system and increase mortality1. Objective: Analyze hand hygiene for patient intervention in the clinical area. Material and method: Quantitative approach, type of study: Observational, comparative, descriptive and transversal. Universe: 96 doctors, 151 nurses on the morning shift. Sample: probabilistic at the discretion of the researcher, 45 doctors and 55 nurses from the morning shift. Inclusion criteria: doctors and nurses who are in direct contact with patients and who work at the ¨Lic Medical Center. Adolfo López Mateos¨ morning shift. Exclusion criteria: more than 80% of staff with whom the evaluation of the instrument was not completed. Technique: Observation; Instrument: checklist with 16 items. Results: 60% comply with inputs (soap and paper and towel); 91% had an alcoholic solution to perform hand hygiene; 63% comply with the retirement of watch and / or jewelry; 91% comply with short nails without polish; 47% meet the correct friction. 41% comply with hand hygiene before contact with the patient; 37% comply when performing hand hygiene before performing an aseptic task, 38% comply after exposure to bodily fluids; 42% comply with hand hygiene after contact with the patient; 38% comply with hand hygiene after contact with the patient's environment. Discussion: WHO establishes the correct friction during hand hygiene and in this way guarantees the removal of microorganisms from the hands and therefore the safety of intervening on the patient; the research allowed identifying that five out of ten professionals do not perform the correct friction during hand hygiene, which could pose a significant risk to the safety of the patient and the health team itself. Conclusions: the nursing staff has greater adherence to this hand hygiene technique.
DeCS: patient safety.

Resumo:
Introdução. As infecções hospitalares diretamente relacionadas à saúde afetam centenas de milhões de pacientes em todo o mundo a cada ano. Representam um alto custo para os pacientes, familiares e sistema de saúde e aumentam a mortalidade1. Objetivo: Analisar a higiene das mãos para intervenção do paciente na área clínica. Material e método: Abordagem quantitativa, tipo de estudo: observacional, comparativo, descritivo e transversal. Universo: 96 médicos, 151 enfermeiras no turno da manhã. Amostra: probabilística a critério da pesquisadora, 45 médicos e 55 enfermeiras do turno da manhã. Critérios de inclusão: médicos e enfermeiras que estejam em contato direto com os pacientes e que trabalhem no ¨Lic Medical Center. Turno matinal de Adolfo López Mateos. Critérios de exclusão: mais de 80% do pessoal com quem a avaliação do instrumento não foi concluída. Técnica: Observação; Instrumento: lista de verificação com 16 itens. Resultados: 60% atendem aos insumos (sabonete e papel e toalha); 91% usavam solução alcoólica para higienizar as mãos; 63% cumprem com a aposentadoria de relógio e / ou joias; 91% atendem unhas curtas sem esmalte; 47% atendem ao atrito correto. 41% cumprem a higienização das mãos antes do contato com o paciente; 37% cumprem ao realizar a higiene das mãos antes de realizar uma tarefa asséptica, 38% cumprem após exposição a fluidos corporais; 42% aderem à higienização das mãos após o contato com o paciente; 38% aderem à higienização das mãos após contato com o ambiente do paciente. Discussão: A OMS estabelece o atrito correto durante a higienização das mãos e desta forma garante a retirada dos microrganismos das mãos e, portanto, a segurança de intervir no paciente; a pesquisa permitiu identificar que cinco em cada dez profissionais não realizam o atrito correto durante a higienização das mãos, o que pode representar um risco significativo para a segurança do paciente e da própria equipe de saúde. Conclusões: a equipe de enfermagem tem maior adesão a esta técnica de higienização das mãos.
DeCS: segurança do paciente.

Introducción

Las infecciones intrahospitalarias relacionadas directamente con la atención sanitaria afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Son consecuencia involuntaria de dicha atención, y a su vez ocasionan afecciones graves como son las hospitalizaciones más prolongadas. También representan un alto costo imprevisto para los pacientes, familias y para el sistema sanitario, y lo más importante elevan la mortalidad.

Por su propia naturaleza, las infecciones relacionadas con la atención médica tienen una etiología multifacética, relacionada con los sistemas y procesos de atención hospitalaria y las limitaciones económicas de los sistemas de salud. Sin embargo, la mayoría de ellas pueden prevenirse.

La higiene de las manos es la medida primordial para reducir dichas infecciones. Aunque se trata de una acción sencilla, su incumplimiento entre los profesionistas de la salud representa un problema en todo el mundo. Tras conocerse recientemente la epidemiología por omisión de la higiene de manos; hoy día, no hay hospital, consultorio o establecimiento de salud que pueda negar la importancia del cumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de las manos1.

El trabajo de investigación fue realizado en el Centro Medico "Lic. Adolfo López Mateos" como parte de un macro proyecto acerca de la evaluación de los cinco momentos de la higiene de manos para la intervención del paciente en el área clínica.

Planteamiento del problema

La higiene de manos es esencial en la prevención de las infecciones intrahospitalarias, ya que muchas de estas se diseminan mediante el contacto directo, y las manos son el principal factor en la transmisión de infecciones. La piel tiene una población de microorganismos residentes y otros transitorios que se adhieren por el contacto durante la atención que brinda el profesional de la salud asociada a las intervenciones realizadas al paciente en el área clínica. Por lo cual el objetivo principal de la higiene de manos es eliminar los microorganismos o en su defecto, reducir la cantidad de estos; por esto es importante que se lleve a cabo los cinco momentos de la higiene de manos2.

Es importante mencionar que en la institución la mayoría de las veces se tiene escasez de insumos como son jabón, papel toalla y alcohol gel, el cual es un factor físico que impide la realización de la higiene de manos, aunando el exceso de trabajo y la escasez de recursos humanos para que dentro del área laboral se puedan realizar todos los procedimientos con la debida normatividad y se disminuya la tasa de infección nosocomial. En los centros de control y prevención de enfermedades se estima que el cinco al 15% de los pacientes hospitalizados adquiere alguna infección nosocomial a pesar de los avances modernos en la tecnología en la esterilización de materiales y programas de higiene 3.

Este tipo de estudios es importante dentro de una unidad clínica donde la principal meta es lograr el bienestar del usuario y disminuir el tiempo de hospitalización siendo el lavado de manos la base fundamental de cualquier intervención o procedimiento a realizar. Cabe resaltar que el beneficio no solo es para el paciente, sino también para el propio personal de salud.

Cabe mencionar que esta problemática no solo se ve de un área en específico, sino que se observa en todo el personal que labora en esta institución; lo que se pretendió con esta investigación fue aportar a la institución los resultados que se obtengan al finalizar este proyecto y así se pueda reforzar los puntos débiles en el personal en cuanto a la realización de la técnica. Lo antes mencionado nos llevó a formular la siguiente pregunta: **¿Cómo es la higiene de manos para la intervención del paciente en el área clínica?**

Justificación

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria se producen en todo el mundo y afectan tanto a países desarrollados como a los de escasos recursos. Estas infecciones contraídas en el entorno sanitario se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Representan una carga considerable tanto para el paciente y su familia como para la salud pública. Una encuesta de prevalencia realizada bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 55 hospitales de 14 países entre Asia, Europa, Mediterráneo

Oriental y Pacifico Occidental reveló que, en promedio, el 8.7% de los pacientes hospitalizados contraen infecciones nosocomiales, durante su hospitalización, y más de 1.4 millones de pacientes padecen complicaciones relacionadas con la atención sanitaria, por esta razón la OMS ha elaborado métodos sobre la higiene de las manos todas encaminadas a mejorar la atención sanitaria y de ese modo disminuir las infecciones 4.

A partir de la implementación de las mejoras para la atención sanitaria surgen las metas internacionales e indicadores de calidad que van encaminados hacia el bienestar y seguridad del paciente dentro de una unidad hospitalaria.

Las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente son acciones específicas que deberá realizar todo el personal del área de la salud. Dichas metas surgen tras la necesidad de estudiar los eventos adversos que ocurren en las instituciones hospitalarias, por tal motivo se han priorizado y estudiado estos eventos adversos dando como resultado seis eventos principales para los cuales se han elaborado estrategias para su prevención. Para la presente investigación solo se tomó en cuenta la meta número cinco Reducir el Riesgo de Infecciones Asociadas con la Atención Clínica (Lavado De Manos), el objetivo principal es reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica a través de un Programa efectivo de lavado de manos 5.

Dentro de los indicadores de calidad encontramos como base de cada uno de ellos el lavado de manos técnica principal y de mayor importancia puesto que favorece a disminuir índices de complicaciones intrahospitalarias estos indicadores están basados en la en la Norma Oficial Mexicana 045-SSA2-2009 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales el objetivo principal es obtener el índice de eficiencia y establecer un estándar de calidad del cuidado enfermero para el procedimiento del lavado de manos; es un indicador universal 4.

Tanto las metas internacionales como los indicadores de calidad basados en información de OMS se llevan a cabo dentro del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos" como estrategias para la disminución o prevención de infecciones nosocomiales, donde se realizan capacitaciones tanto al personal de nuevo ingreso como al personal de base que labora en esta institución dando siempre énfasis a que todas estas mejorías y capacitaciones son tanto para el bienestar para el paciente como para el mismo personal que está obligado a llevarlas a cabo, durante la realización de esta investigación se ha notado como problemática dentro de esta institución la falta de insumos para poder llevar a cabo la correcta técnica de higiene de manos así como su aplicación en los cinco momentos, ya que no es suficiente la capacitación constante y el brindar información al personal que está en contacto directo con los pacientes si no se cuenta con los recursos necesarios para realizar los procedimientos, se sabe que existen infinidad de investigaciones acerca de la higiene de manos pero creemos que debido a la importancia del bienestar para los pacientes que como personal de salud atendemos es necesario hacer más énfasis en el bienestar que se genera al realizar una correcta higiene de manos y que con el simple hecho de realizar esta acción puede cambiar completamente el estado de salud de los pacientes y evitar a quien brinda la atención un altercado a su salud.

Objetivo General

Analizar la higiene de manos para la intervención del paciente en el área clínica.

Objetivos Específicos

- Distinguir la higiene de manos antes del contacto con el paciente.
- Verificar la higiene de manos antes de realizar un procedimiento aséptico.
- Identificar la higiene de manos después de estar en contacto con fluidos corporales.
- Describir la higiene de manos después del contacto con el paciente
- Revisar la higiene de manos después de estar en contacto con el entorno del paciente.
- Observar si la fricción durante la higiene de manos es correcta.
- Comparar el cumplimiento de los cinco momentos de la higiene de manos del personal médico y de enfermería.

Material y método

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo: Observacional, comparativo, descriptivo y transversal,

el Universo se constituyó por 96 profesionales de medicina (turno matutino entre residentes internos y personal de base), 151 profesionales de enfermería (del turno matutino). La muestra fue no probabilística a criterio del investigador, se tomaron 100 profesionales (45 medicina y 55 enfermería) del turno matutino. El lugar fue Centro Médico ¨Lic. Adolfo López Mateos¨ turno matutino. Como criterio de inclusión fue Todo personal de salud operativo que se encuentren en contacto directo con los pacientes y que laboren en el Centro Médico ¨Lic. Adolfo López Mateos¨ turno matutino. Criterios de exclusión se consideró a todo aquel personal con el que no se completó la evaluación del instrumento a más del 80%.

Técnica: Observación, se observó al personal al realizar el lavado de manos en los cinco momentos; en donde el personal evaluado no se enteró que estaba siendo observado así que no pudo haber cambiado su actuar.
Instrumento fue una lista de cotejo (ad hoc) con 16 ítems en el cual se evaluaron los cinco momentos de la higiene de manos, así como aspectos básicos para la correcta realización de esta, como lo son la existencia de jabón, papel toalla, alcohol gel, el retiro de reloj o anillos, la fricción correcta y si el personal cumplió al tener uñas cortas y sin esmalte. (Anexo No. 1). Cabe mencionar que la lista de cotejo se adaptó de la cédula propuesta por la Secretaría de Salud de México (2008)

Aspecto bioético

La Ley General de Salud Mexicana, establece en su título quinto: investigación para la salud, articulo 96, que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan en este sentido a la quinta acción que nos menciona sobre el estudio de técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud. Y al artículo 100 que establece que la investigación con seres humanos deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica y podrán efectuarse solo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto de experimentación 6.

En cumplimiento a la normatividad, de este estudio de investigación no pondrá en riesgo de integridad física, moral y psicológica de las personas que participaran en el proyecto.

Descripción de resultados

El 55% del universo se trata de personal del sexo femenino mientras el 45% es del sexo masculino, El 100 % de la muestra es personal operativo; de acuerdo a los criterios de inclusión se consideró evaluar solo a personal operativo ya que es quien tiene mayor contacto con el paciente.

De acuerdo a los servicios donde labora el personal un 39% de la muestra pertenece al servicio de medicina interna, y el 2% a consulta externa. Observándose la demanda del servicio es notorio y por lo tanto la carga de trabajo predomina dentro del área de medicina interna, es ahí donde se evaluó con más énfasis la técnica de higiene de manos y los cinco momentos.

En la evaluación de la técnica de higiene de manos, se evaluó la existencia de jabón y toalla donde un 60% cumple con estos insumos, el 40% no cumple con jabón y papel toalla. Como se menciona en la técnica de higiene de manos propuesta por la OMS en donde se debe contar con estos insumos en cada cubículo donde se realice higiene de manos.

Se evaluó la existencia de solución alcoholada para la realización de la higiene de manos con esta solución, donde un 91% si cumple y el 9% no cumple con este insumo, de acuerdo a lo propuesto por la OMS (2012), que recomienda …Limpie sus manos frotándolas con un desinfectante a base de alcohol, como medio habitual preferente para desinfectar las manos cuando éstas no estén visiblemente sucias. Es más rápido, más eficaz y mejor tolerado por las manos que lavarlas con agua y jabón. Por lo tanto, toda área clínica debe contar con este insumo.

Dentro de la evaluación al personal sobre si cumple con retirarse reloj y/o alhajas se obtuvieron los siguientes porcentajes en 63% si cumple mientras el 37% de la muestra no cumple. Siendo este un aspecto importante durante la realización de la higiene de manos para que así exista una completa remoción de microorganismos potencialmente patógenos.

Respecto al uso de uñas cortas y sin esmalte se observó que el 91% si cumple con este parámetro mientras un 9%no cumple, cabe mencionar que el personal que está en contacto directo con el paciente debe tener uñas cortas y sin esmalte para evitar la adherencia de microorganismos en esta región de las manos.

En el apartado donde se observó la fricción correcta en cada una de las regiones de las manos para la realización del lavado de manos se encontró que el 47% del personal si cumple con la fricción correcta mientras que el 53% no cumple. En este cuadro se muestra un dato importante el cual responde el objetivo general planteado dentro de la investigación. Siendo un dato significativo y preocupante, puesto que la técnica se encuentra en carteles, frente a los lavabos.

En relación a la realización de la **higiene de manos antes del contacto con el paciente** un 41% si cumple, y el 59% no cumple. Dato que es de gran relevancia; ya que sí se omite este momento de la higiene de manos, es el principal factor que influye en la transmisión de microorganismos patógenos, y por ende que aumente el riesgo de contraer una infección nosocomial.

Una tarea aséptica es aquella en la cual estamos invadiendo directamente al paciente por lo tanto tiene el doble de riesgo de transmisión de microorganismos, respecto a ello, el 37% si cumple al realizar **la higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica**, el 27% del personal no cumple, mientras un 36% no ameritó por no haber realizado una tarea aséptica al momento de aplicación del instrumento.

En relación con el momento número tres donde se debe realizar la técnica **después de una exposición a fluidos corporales**; el resultado arrojado del instrumento aplicado se obtuvo lo siguiente: 38% si cumple, 33% no cumple, y 29% no amerita ya que en ese momento el personal operativo no estuvo expuesto a fluidos corporales, la higiene de manos aun utilizando guantes para su manipulación, debe realizarse esta técnica.

En la realización de la **higiene de manos después del contacto con el paciente** se obtuvieron los siguientes resultados un 42% si cumple con el cuarto momento para la higiene de manos mientras un 51% no cumple y un 7% no amerita porque no tuvo contacto con el paciente. Es muy importante que se realice la higiene de manos en este momento ya sea con agua y jabón o con solución alcoholada. Recordando que cada persona tiene su propia flora residente lo cual también contribuye a las infecciones nosocomiales.

Durante la aplicación del instrumento se observó que el 38% si cumple la **higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente** mientras un 62% no cumple.

Discusión

La OMS (2012), establece en la técnica de higiene de manos la correcta fricción durante la higiene de manos y de esta manera garantizar el barrido de microorganismos de las manos y por lo tanto la seguridad de intervenir al paciente 7. Al observar al personal de salud durante la aplicación del instrumento se dedujo que cinco de cada diez profesionales no realiza la correcta fricción durante la higiene de manos, los resultados obtenidos son por arriba del cincuenta por ciento que no realiza la higiene de manos; lo cual es preocupante ya que si no se realiza en los momentos más críticos de la intervención al paciente en el área clínica cual sea el motivo, se debería realizar al final de la intervención de cada paciente y de esta manera comenzar las intervenciones con un nuevo paciente con las manos limpias, ya sea que se realice la higiene de manos con técnica de agua y jabón o solución alcoholada.

De acuerdo a Guerrero (2012) en su estudio Capacitación y adherencia al lavado de manos y su efecto en la infección nosocomial, identificó que el lavado de manos no presentó mayor o menor frecuencia en personal de enfermería o medico, solo confirmó que éste procedimiento se presenta por convicción personal con lo aprendido desde la infancia y le adjudica un razonamiento que tiene un fondo psicológico; es decir se requiere dejar firme en el lector el conocimiento de que el lavado de manos es una actividad de trasfondo intelectual, no negociable para la atención del paciente 8. En el comparativo sobre el cumplimiento de los cinco momentos de la higiene de manos del personal de medicina y de enfermería permitió identificar que el personal de enfermería tiene mayor apego a esta técnica de higiene de manos.

En ese mismo sentido, y en el estudio de Guerrero (2012), según los momentos de las directrices de la OMS, solo 41% de los eventos de lavado de manos, ocurra antes y después del contacto directo con pacientes, 13.38% ocurre después de contacto con objetos inanimados, 22.52% ocurre antes de manipular dispositivos invasivos, esto evidencia la importancia de generar una nueva cultura de lavado de manos, ya que 59% de las veces el profesional de la salud abordará a otro paciente llevando la flora del anterior. Además, menos de la mitad de los eventos de lavado de manos fueron de buena calidad al contrastarlos con el número de las oportunidades perdidas. Ahora bien, en los resultados de la presente investigación, se identificó que la realización de la higiene de manos antes del contacto con el paciente un 41% si cumple, y el 59% no cumple. Dato que es de gran relevancia; ya que sí se omite este momento de la higiene de manos, es el principal factor que influye en la transmisión de microorganismos patógenos, y por ende que aumente el riesgo de contraer una infección intrahospitalaria.

Limitaciones

Respecto al turno a evaluar la muestro dio un resultado del 100%, ya que solo se realizó durante el turno matutino. Tomando en cuenta los criterios de inclusión de la investigación debido a que en este turno es donde existe más carga de trabajo y por lo tanto se realizan más diversidad de procedimientos, lo cual no condiciona a que en los demás turnos no tienen la misma demanda laboral y que por tal motivo no se realiza una adecuada higiene de manos.

Conclusiones

Los profesionales de la salud del Centro Médico Li. Adolfo López Mateos no realizan como establece la Organización Mundial de la salud la higiene de manos y tampoco cumplen los cinco momentos para la higiene de manos.

Distinguir la higiene de manos antes del contacto con el paciente. Cuatro de cada diez profesionales de salud realiza este acto. Predominando el personal de enfermería quien realiza la higiene antes del contacto con el paciente, por mínimo contacto que fuese a tener con el paciente, por ejemplo, toma y registro de signos vitales. Al verificar la higiene de manos antes de realizar un procedimiento aséptico, se percato que el personal que realiza más procedimientos asépticos es el personal de enfermería y efectivamente lleva a cabo la higiene de manos.

El personal de enfermería tiene mayor apego a esta técnica de higiene de manos, ya que en los resultados el mayor porcentaje de por lo menos dos aspectos a evaluar el personal de enfermería lleva el mayor porcentaje.

Referencias

1. OMS: Organización mundial de la Salud [Internet]. Internacional. OMS; 2010[citado 17 de mar 2015]. Su plan de acción para mejorar la higiene de las manos. Disponible en:https://www.who.int/gpsc/5may/PSP_GPSC1_APIntermediosWeb_Mar-2012_SP.pdf?ua
2. Hogston Richard, et al. Fundamentos de la práctica de enfermería. 3ra ed. Barcelona: Mc Graw hill; 2008.
3. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. México; 2012 [citado el 21 Mar 2015]. Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Cédula de Certificación de Establecimientos de Atención Médica Disponible http://edumed.imss.gob.mx/pediatria/residentes/guia_metas_internacionales.pdf
4. OMS: Organización mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre Higiene de las manos en la Atención Sanitaria. OMS ed. Suezia: Organización Mundial de la Salud; 2005.
5. Secretaria de Salud [Internet]. México. Secretaria de Salud; 2013[citado 23 febrero 2015]. Campaña Sectorial "Está en tus Manos". Disponible http://www.saludbc.gob.mx/wp-content/uploads/2013/10/7.-ESTA-EN-TUS-MANOS_Reunion-Estatal-de-Calidad_Blanca-Acosta_Oct-2013.pdf
6. Ortega C. José Antonio. Indicadores de Calidad en las Plataformas de Formación Virtual: Un Aproximación Sistemática [Internet]. España; 2003 [citado febrero 2015]. Disponible http://www.biblioteca.udep.edu.pe/wp-content/uploads/2011/02/
7. SSA. Secretaría de Salud. Ley General de Salud, México. 2014: 43-44.
8. OMS, higiene de las manos Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? Diponibe https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf?ua=1

9. Guerrero López LM, Barajas Medina H, Caudillo Cisneros C, López Nava SM, Escalante Piña O. Capacitación y adherencia al lavado de manos y su efecto en la infección nosocomial. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012;20(3):157-165

Anexo No. 1

Higiene de manos en la intervención del paciente en el área clínica

Periodo: _____

OBJETIVO: Verificar el apego a la técnica correcta de higiene de manos y los cinco momentos en el personal de salud.

Evaluador: _____

FECHA											Total
TURNO											
SERVICIO											
TIPO DE PERSONAL											
GÉNERO											
CATEGORÍA											

VARIABLES

TURNOS: M=Matutino V=Vespertino NA=Nocturno A NB=Nocturno B E=Especial **GÉNERO:** F-Femenino M-Masculino
CATEGORÍA: 1-Mando medio 2-Operativo **TIPO DE PERSONAL:** 1.Enfermería, 2.Médico, 3.Trabajo social, 4.Nutrición, 5.Psicología, 6.Laboratorio, 7.Técnicos, 8.personal en formación (R-Residente, I-Interno, PE-Pasante de Enfermería), 9.Otro

I. TÉCNICA ESTÁNDARIZADA DE HIGIENE DE MANOS (Valores: 0 - no cumple, 1 - cumple, 2 - no amerita)	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Total		
	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	0-no cumple	1-cumple	2-no amerit
1. Se cuenta con jabón antimicrobiano y toalla papel para la higiene de manos con agua y jabón en el servicio																							
2. Se cuenta con solución a base de alcohol para la higiene de manos en seco.																							
3. El personal se retira reloj y/o alhajas antes de iniciar con la higiene de manos.																							
4. El personal tiene uñas cortas y sin esmalte.																							
5. El personal cumple con la fricción de cada región de las manos, de acuerdo a procedimiento estandarizado de la OMS y el hospital.																							

II. CINCO MOMENTOS (Valores: 0 - no cumple, 1 - cumple, 2 - no amerita)	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Total		
	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	Agua y Jabón	Alcohol	0-no cumple	1-cumple	2-no amerit
1. El personal realiza higiene de manos, antes del contacto con el paciente.																							
2. El personal realiza higiene de manos, antes de realizar una tarea aséptica.																							
3. El personal realiza higiene de manos, después del riesgo de exposición a fluidos corporales.																							
4. El personal realiza higiene de manos, después del contacto con el paciente.																							
5. El personal realiza higiene de manos, después del contacto con el entorno del paciente.																							

OBSERVACIONES:

CÉDULA REGISTRADA: _____

ARTICULOS ORIGINALES

Aplicación de plan de mejora continua en el cumplimiento estándares de enfermería

Implementation of continuous improvement plan in compliance with nursing standards
Implementação do plano de melhoria contínua em conformidade com as normas de enfermagem

Ortiz Rubio Cindy Betzayda (1), Palacios Aguirre Jassira Lisseth (2), Mejía Vargas MSc. Carla P. (3), Delgado Rocha Wilber A. (4)

(1) Licenciada en enfermería, con especialidad en Cuidados Críticos. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5615-682X
(2) Licenciada en enfermería, con especialidad en Cuidados Críticos. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8619-0719
(3) Maestría en administración de servicios de salud. Enfermera docente del departamento de Enfermería del POLISAL UNAN Managua, Nicaragua. ORCID: 0000-0002-6327-5955
(4) Maestría en métodos de investigación científica, docente del departamento de Enfermería del POLISAL UNAN Managua, Nicaragua. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9653-2877

Autor de correspondencia:
cindyortizrubio@hotmail.com

Resumen
Los planes de mejora continua o ciclos PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar) son herramientas que integran estrategia para optimizar la calidad de atención en un establecimiento que brinde sus servicios, estos procesos establecidos pueden ser aplicados a diferentes áreas laborales, en este caso el sector salud. Por lo antes descrito la importancia de realizar un ciclo PHVA basado en la aplicación de los estándares de Enfermería, aparece como necesidad por el poco conocimiento de lo establecido en la normativa 137 "Manual de estándares de Enfermería" por parte del personal.

La hipótesis adoptada en la etapa cuatro, **según ciclo PHVA**, supone que: en las salas de medicina y cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense el personal debe mejorar el conocimiento sobre los estándares de Enfermería. El estudio se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo: según la aplicabilidad de los resultados se considera "aplicada", la orientación en el tiempo es de corte transversal; no se calculó muestra por lo que se trabajó con la población total de 11 recursos de las salas en estudio. Entre los principales hallazgos encontrados se tiene que: del total de los encuestados siete son auxiliares de Enfermería, dos son licenciados y dos técnicos en enfermería. En cuanto al nivel de conocimiento sobre los estándares, ocho de los encuestados conocen los aspectos básicos de la normativa 137.

Palabras claves: Mejora continua, Ciclo PHVA, Estándares de Enfermería, Normativa 137.

Abstract
Continuous improvement plans or PHVA cycles (Plan, Do, Verify and Act) are tools that integrate strategy to optimize the quality of care in an establishment that provides its services, these established processes can be applied to different work areas, in this case The health sector.

Due to the aforementioned, the importance of carrying out a PHVA cycle based on the application of Nursing standards appears as a necessity due to the lack of knowledge of what is established in regulations 137 "Nursing Standards Manual". The hypothesis adopted in stage four of the PHVA cycle means that: in the medicine and surgery rooms of the German Nicaraguan Hospital, staff should improve their knowledge of Nursing standards.

The study was carried out under the quantitative approach, according to the applicability of the results is considered "applied", the orientation in time is transsectional or cross-sectional, no sample was calculated, so we worked with the total population of 11 resources of The rooms under study. Among the main findings found is that: of the total of the respondents seven are Nursing assistants, two are licensed and two are general nurses. Regarding the level of knowledge about the standards, eight of the respondents know the basic aspects of the regulation 137.

Keywords: Continuous improvement, PHVA cycle, Nursing Standards Regulations 137.

Resumo

Planos de melhoria contínua ou ciclos de PHVA (Planejar, Fazer, Verificar e Agir) são ferramentas que integram estratégia para otimizar a qualidade do atendimento em um estabelecimento que presta seus serviços; esses processos estabelecidos podem ser aplicados a diferentes áreas de trabalho, neste caso O setor da saúde. Pelo exposto, a importância da realização de um ciclo de PHVA baseado na aplicação dos padrões de Enfermagem aparece como uma necessidade devido ao desconhecimento do que está estabelecido na regulamentação 137 "Manual de Normas de Enfermagem". A hipótese adotada no estágio quatro do ciclo PHVA significa que: nas salas de medicina e cirurgia do Hospital Nicaragüense alemão, a equipe deve aprimorar seus conhecimentos sobre os padrões de enfermagem.

O estudo foi realizado sob abordagem quantitativa, considerando que a aplicabilidade dos resultados é considerada "aplicada", a orientação no tempo é transversal ou transversal, não foi calculada amostra, por isso trabalhamos com a população total de 11 recursos da Os quartos em estudo. Entre as principais conclusões encontradas, destaca-se que: do total de entrevistados, sete são auxiliares de enfermagem, dois são licenciados e dois são enfermeiros gerais. Em relação ao nível de conhecimento sobre as normas, oito dos entrevistados conhecem os aspectos básicos da regulamentação 137.
Palavras-chave: Melhoria contínua, ciclo PHVA, normas de enfermagem, regulamentos 137.

1. Introducción

Según la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y la Organización Panamericana de la Salud (1) "La calidad depende del desempeño de las personas y de las estructuras, sistemas, procesos y recursos disponibles para respaldar ese desempeño". a la vez, la satisfacción que expresa la persona luego de ser atendido puede convertirse en una referencia coloquial sobre la institución. En la actualidad los servicios de salud buscan la manera de implementar aspectos tecnológicos, científicos y prácticos que permitan desarrollar el mejoramiento de los cuidados brindados. Una de las técnicas a implementar, son los procesos de mejora continua, los cuales permiten la identificación de problemas o eventos susceptibles a cambio. Las investigaciones sobre el cumplimiento de los estándares de Enfermería se han impulsado por parte de las autoridades del Ministerio de salud (MINSA), con el objetivo, mejorar la calidad de los servicios brindados, como lo describe los estándares de enfermería en la normativa 137.

En Nicaragua se han encontrado pocos estudios sobre los estándares de Enfermería, mayormente las investigaciones que realiza el personal de enfermería orientadas a la calidad de atención, están vinculadas con los aspectos técnicos de los procedimientos, sin embargo no presenta un soporte jurídico que respalde o que especifique bajo que norma se debe realizar dicho procedimiento, por ejemplo González & Herrera en el año 2015 realizaon una investigacion basada "Factores que Influyen en la Calidad de Aplicación de la Estrategia AIEPI por el Personal de Enfermería en los Puestos de Salud del Municipio de Matagalpa" (2), las referencias en su diseño metodológico encontradas, no vinculaban los criterios o estándares de enfermería, sin embargo, su investigación aporta criterios científicos en base a la calidad de atención de enfermería.

Por lo antes descrito, la investigación aborda la problemática de conocimiento y aplicabilidad por parte del personal de enfermería, sobre la normativa 137 Manual de estándares de Enfermería, en las salas de medicina y cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense. Según el Ministerio de Salud (3) "Los presentes estándares además de ser útiles para la mejora continua de la calidad de los servicios de Enfermería (…) dan la pauta para el monitoreo y supervisión de la actuación de Enfermería". Por ende, una continua evaluación de lo establecido en la normativa, permitirá la identificación de posibles complicaciones o aspectos susceptibles a cambios.

Cabe destacar que en Nicaragua se cuenta con la normativa MINSA 005 Norma para auditoria de la calidad de la atención la cual tiene por objetivo: "la identificación de inconsistencias en la atención, determinando el incumplimiento de responsabilidades, con el objeto de corregir y simultáneamente prevenir la ocurrencia de hechos no deseables" (4); Desde esta perspectiva, esta normativa avala la necesidad de valoraciones en las acciones de los equipos de salud, tal es el caso de investigar los conocimientos que poseen sobre los estándares de Enfermería, los cuales determinan las acciones del personal.

A pesar de poseer esta normativa, se encontró que dentro del Hospital Alemán Nicaragüense no se han realizado evaluaciones destinadas a identificar el cocimiento y práctica de los estándares de Enfermería, sin embargo, en la institución se ha observado que existen la problemática aún sin resolver.

Eventualmente la naturaleza del problema identificado según el diagrama de Ishikawa (diagrama de causa y efecto) descrito en el paso 4 del ciclo de mejora continua, está relacionado a factores contextuales como son: el medio ambiente vinculado al poco personal y exceso de trabajo, además de la falta de oportunidades institucionales con relación a las capacitaciones sobre la normativa y la ausencia de los estándares en documentos impresos dentro de las unidades para su estudio, (esto como una actividad interna de las instituciones sanitarias en Nicaragua), de igual forma, dentro de estos factores se incluyen, el nivel académico, el cual hace referencia a los años de formación de los recursos, teniendo que la importancia en que radica el nivel académico del personal permite que estos estén más capacitados para atender un mayor número de personas en correspondencia con las normativas del MINSA que se tiene vigentes en el país, por lo que a más años de formación deberían ser destinadas mayores responsabilidades durante la atención.

Realizar esta investigación basada en los conocimientos y aplicabilidad de los estándares de Enfermería, permite identificar si el personal es capaz de reconocer la base científica que respalda cada uno los cuidados realizados en las áreas investigativa, docente, administrativas y asistencial; por consiguiente, evidenciar el conocimiento y el cumplimiento en su totalidad evita la generación de problemas significativos para la institución y el recurso, la cual se puede ver afectada en cuanto a los resultados esperados por las personas que requieran atención hospitalaria.

Por tal razón, esta investigación beneficia a la unidad hospitalaria, permitiendo la medición continua de la calidad de atención, desarrollados a través del ciclo PHVA como estrategia fundamental para la identificación de problemas susceptibles a mejoras; El ciclo de mejora continua cuenta con "Los 6 pasos para la resolución de problemas y el mejoramiento de procesos como medios para lograr calidad" (5). Por tanto, esta base teórica brinda las pautas necesarias para el desarrollo de la investigación, facilitando la implementación de la mejora continua en cualquier área de salud, fomentando la implementación de la normativa 137, resolviendo de manera práctica las necesidades de conocimiento y actividad de docencia de la institución.

De igual forma, se beneficia a los futuros investigadores que requieran de una base para realizar investigaciones relacionadas al tema, por lo que no se cuentan con estudios vinculados a la realización de mejoras continuas en base a los 7 estándares de Enfermería regulados en la normativa MINSA 137; por otro lado, la información obtenida permite desarrollar nuevos planes de mejora continua mediante la creación de una propuesta que se puede adaptar a las diferentes áreas, según las necesidades identificadas dentro de la institución.

2. Objetivo general

• Realizar un plan de mejora continua en base a la aplicación de los estándares de enfermería, en las salas de medicina y cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio del 2019.

3. Objetivos específicos

• Describir el contexto del hospital Alemán Nicaragüense.
• Desarrollar los seis pasos para resolver problemas de calidad y mejorar los procesos.
• Identificar los problemas susceptibles a mejoras en las salas establecidas.
• Detallar las posibles soluciones que mejoren la implementación de los estándares de enfermería.
• Evaluar la efectividad de las actividades realizadas para el desarrollo de la mejora continua.

4. Materiales y métodos

Esta investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, de corte transversal.

Según la aplicabilidad de los resultados esta investigación se denomina como "aplicada" porque se da solución de una problemática, en este caso se hace énfasis en los pocos estudios que pretendan un análisis de los 7 estándares de Enfermería según la normativa MINSA 137 por medio del ciclo de mejora continua y la poca práctica de conocimientos que se sugieren en la norma por parte del personal.

Este estudio se realizó en las instalaciones del Hospital Alemán Nicaragüense, el cual es una institución pública destinada a la atención en salud de toda la población, enfatizándose en el sector nororiental del departamento de Managua. Dicho establecimiento se fundó en el año 1985 por medio del apoyo Sr. Egon Krenz vicepresidente del consejo de estado de la República Democrática de Alemania (RDA), se encuentra ubicado en la ciudad de Managua-carretera norte, de la Siemens 1 cuadra al este y media cuadra al sur. El estudio se enfocó en las salas de Medicina y cirugía de la institución, se caracterizaron estas áreas debido a que la unidad de medicina está dedicada a la atención especializada a pacientes hospitalizados, ambulatorios o de emergencia, atendiendo patologías crónicas, graves o agudas, y el área de cirugía la cual pretende la vigilancia de los pacientes durante el periodo post operatorio del hospital, por lo tanto, se tiene como base que estas son las salas en las cuales se está en mayor relación con las personas, por consiguiente se cumplen mayores intervenciones de Enfermería.

Población: el desarrollo de la investigación para obtener los resultados fue en un grupo específico, como lo es el personal de Enfermería de la sala de cirugía y medicina del Hospital Alemán Nicaragüense, de tal forma que se pudo analizar la realidad contextual e interna de las salas estudiadas. Concretamente fueron 11 miembros del departamento de Enfermería; en este estudio, no se calculó muestra, ni se realizó el cálculo de muestreo aleatorio simple por lo que se llevó a cabo con toda la población tomando como criterio de inclusión: ser parte del personal de las salas de medicina y cirugía incluyendo el personal que esté realizando la sustitución de turno dentro de la unidades, por consiguiente, se encontraron 3 recursos del área de cirugía y 8 del área de medicina, entre ellos se encuentran auxiliares, técnicos y licenciados, con cargos de jefes de unidad y personal asistencial; por otro lado, los criterios de exclusión se vinculan a la ausencia del personal al momento de aplicación del instrumento.

En el estudio se utilizó la encuesta a fin de obtener información directa de los sujetos en estudio, permitiendo realizar análisis numéricos para posteriormente evaluar la información obtenida. Según la aplicabilidad y acceso a los sujetos de estudio, el cuestionario fue la herramienta seleccionada para la recolección de la información, teniendo en cuenta que, este es el método que permitió la creación de un instrumento que fue llenado por las fuentes de información las cuales son los enfermeros de las áreas de medicina y cirugía el hospital, por lo tanto, se facilitó un cuestionario que valora los aspectos básicos sobre conocimientos de los estándares de Enfermería, para ello en cada una de las entrevistas a los sujetos de estudio las investigadoras priorizaron el acompañamiento individual de los sujetos para garantizar el llenado completo de este, sin embargo.

Para el cumplimiento de los objetivos específicos de esta investigación, las investigadoras crearon un cuestionario autoadministrado dirigido al personal de enfermería, que está dividido en dos secciones, donde la

sección 1 no abarca los datos demográficos, consta de dos preguntas de selección múltiple, evaluando variables de: nivel profesional y años de labor; la sección 2: está basada en los niveles de conocimientos de los sujetos en estudio, consta de cinco preguntas, donde cuatro son de selección única, otra de selección múltiple más una lista de chequeo, en esta sección se evalúan las variables de conocimientos de los estándares de Enfermería. Dicho instrumento fue aplicado con todo el personal en turno de las salas en estudio.

En cuanto a las consideraciones éticas para la aplicación del instrumento, primero se obtuvo el consentimiento informado por parte de la supervisora de Enfermería, docente de práctica de las investigadoras y la fuente secundaria de referencia para el abordaje de la temática encontrada en las salas, posteriormente al momento de la aplicación del instrumento se obtuvo el consentimiento por parte del personal de Enfermería en turno, se explicó a los sujetos de estudio que el cuestionario fue contestado de forma anónima y voluntaria, refiriendo que los resultados encontrados serían de uso académico e institucional para poder realizar una mejora según la reflexión obtenida mediante los resultados; todo esto bajo la supervisión de la docente.

Para el análisis estadístico, los datos se ingresaron a una hoja de cálculo de Excel Microsoft Office 2016 donde se realizaron análisis de variable de tipo nominal y ordinal, combinando variables para poder describir su relación con la problemática y así obtener una mejor visualización de los resultados, relacionados con los objetivos planteados de la investigación. Por otro lado, los resultados fueron reflejados mediante gráficos de tipo: barra, circulares y de dispersión.

5. Resultados

Para la comprobación de la problemática encontrada se obtuvieron resultados a través de los seis pasos establecidos para la creación del ciclo PHVA o mejora continua, así como de la descripción del contexto.

Posterior a la recolección de la información se encontró que, el Hospital Alemán Nicaragüense fue nombrado con anterioridad Hospital Carlos Marx, posteriormente en el año 1993 paso a ser nombrado a como se conoce hoy en día "Hospital Alemán Nicaragüense".

En la actualidad la institución cuenta con salas de: Monodosis, consulta externa, endoscopia, salas de cirugía, medicina interna, maternidad, labor y parto, área de emergencia (área de shock, emergencias obstétricas, emergencia pediátrica), neonatología, pediatría (UCI pediátrica), central de equipo, sala de operaciones (cinco quirófanos), Rayos X, PAI, UCI adulto, ultrasonido, banco de sangre, laboratorio.

En cuanto a los resultados encontrados mediante la realización de una mejora continua o ciclo PHVA tenemos que:

Según el **paso número uno** "Identificación de los problemas y elección de las oportunidades para efectuar mejoras" se encontró que la institución presentaba problemas con, la redacción de las notas de Enfermería, la eliminación de desechos sólidos y los conocimientos y aplicabilidad de los estándares de Enfermería, todos estos tomados como aspectos susceptibles a cambios mediante la realización de mejoras continuas, de igual forma dentro de este paso se llevó a cabo la realización de una matriz de criterios que permitió identificar la relevancia de cada uno de los problemas encontrados.

Tabla 1

Matriz de criterio

	Pocos conocimientos de los estándares normados	Notas de Enfermería	Eliminación de materiales
Importante	3+3: 6	3+3:6	2+2: 4
Riesgo	2+1:3	1+1:2	1+1: 2
Adecuada aplicación	3+2:5	2+1: 3	1+1: 2
TOTAL	14	11	8

Continuando con el **paso número dos** "Definición operativa del problema" este cuenta con una tabla determinada dentro de los ciclos de mejoras, la cual presenta los aspectos fundamentales para determinar si se encuentra con una problemática de relevancia, por lo tanto siguiendo lo establecido se encontró que: el problema observado radica en la implementación de reguladores en las actividades de Enfermería en este caso los estándares, teniendo como datos más relevantes el desconocimientos de actividades reguladas en la normativa 137 como lo son los reportes de eventos centinelas, educación al paciente entre otros.

En lo que respecta al **paso número tres** "Identificación de quienes tienen que trabajar en el problema" se encontró que primeramente se debe realizar una fase general de quienes deben participar en las resoluciones evidenciando que la jefatura de Enfermería debe de involucrarse en el proceso de mejora conociendo todos los aspectos que involucrara el proceso elaborado a través de las investigadoras.

En el **paso número cuatro** "Análisis y estudio del problema para identificar las causas principales" se cuenta con la tabla de descripción del problema, por tanto, en ella se evidencian los aspectos fundamentales de la problemática encontrada teniendo como base el desarrollo del diagrama de Ishikawa que demuestra las causas del problema, dentro de este paso se encuentra la creación de una hipótesis, en este caso tratara de probar lo ya establecido en la definición operativa del problema mediante la descripción de este.

Tabla 2
Descripción del problema

¿Quién?	Los enfermeros de turno, licenciados, auxiliares y técnicos de enfermería, encargados de atender al paciente durante toda su estancia hospitalaria,
¿Dónde?	Según lo observado, el problema se presenta en general en las salas que cuentan con grandes cantidades de pacientes, como lo son las áreas de medicina y cirugía.
¿Cuándo?	El problema se presenta constantemente, durante toda la estancia hospitalaria.
¿Qué?	Se evidencia que el personal de enfermería tiene poco conocimiento de lo establecido en la normativa 137 "Manual de estándares de Enfermería"

Habiendo logrado la descripción del problema, se realiza la creación de un cuestionario que evidencie o apoye la hipótesis planteada, por lo tanto, se encontró que:

Posteriormente, al realizarse la aplicación del instrumento, se encontraron en total 11 enfermeros en las salas de estudio, con una predominancia de personal en la sala de medicina; por otro lado, se debe de tener en cuenta que los licenciados en Enfermería cuentan con más años de formación teórica y práctica, sin embargo, el personal auxiliar es el grado académico que superó en número al resto de sujetos en estudio.

El cuestionario aplicado permitió conocer el total de enfermeros que laboran en ambas salas, según los horarios establecidos, teniendo como objetivo el poder identificar el nivel académico o de formación de cada uno de los recursos sanitarios. Según los resultados encontrados la mayor parte de enfermeros han ejercido la profesión en diferentes instituciones entre 15 a 20 años.

Posteriormente se valoran aspectos importantes sobre los estándares de Enfermería, estos determinan el nivel de conocimiento de los sujetos en estudios y las diferentes formas de adquisición de estos con respecto a la normativa 137, para ello se pretendió identificar si los recursos son capaces de reconocer el concepto de estándares de Enfermería establecidos en la normativa. Los resultados obtenidos, se mantuvieron en el mismo rango por parte de 8 de los encuestados, donde predomina la afirmación de cada uno de los aspectos establecidos. Un punto que cabe destacar es que durante la ejecución del cuestionario 3 de los sujetos en estudio no realizaron el llenado correspondiente.

Según el instrumento aplicado, la sección 2 está destinada a la comprobación de los conocimientos del personal de Enfermería de las salas en estudio, en dicha sección se presentaron aspectos básicos de los estándares de Enfermería presentes en la normativa a137, de igual forma se estableció un espacio que abarcara diferentes razones del por qué no se cumplen en su totalidad dichos estándares.

Con respecto a los estándares de Enfermería normados según el Ministerio de Salud. En dicha sección se estableció la interrogante del total de estándares presentes en la normativa 137 "Manual de Estándares de Enfermería", esto con el objetivo de identificar si el personal de Enfermería cuenta con una estrecha relación con la presente norma. Para ello se dieron 4 diferentes opciones del total de estándares, donde solo una era la respuesta correcta. Los resultados arrojaron que: solo uno de los encuestados seleccionó correctamente que la normativa 137 cuenta con 7 estándares de Enfermería, cabe destacar que 2 de los encuestados no realizaron el llenado del instrumento. "Los presentes estándares además de ser útiles para la mejora continua de la calidad de los servicios de Enfermería (…) dan la pauta para el monitoreo y supervisión de la actuación de Enfermería" (3)

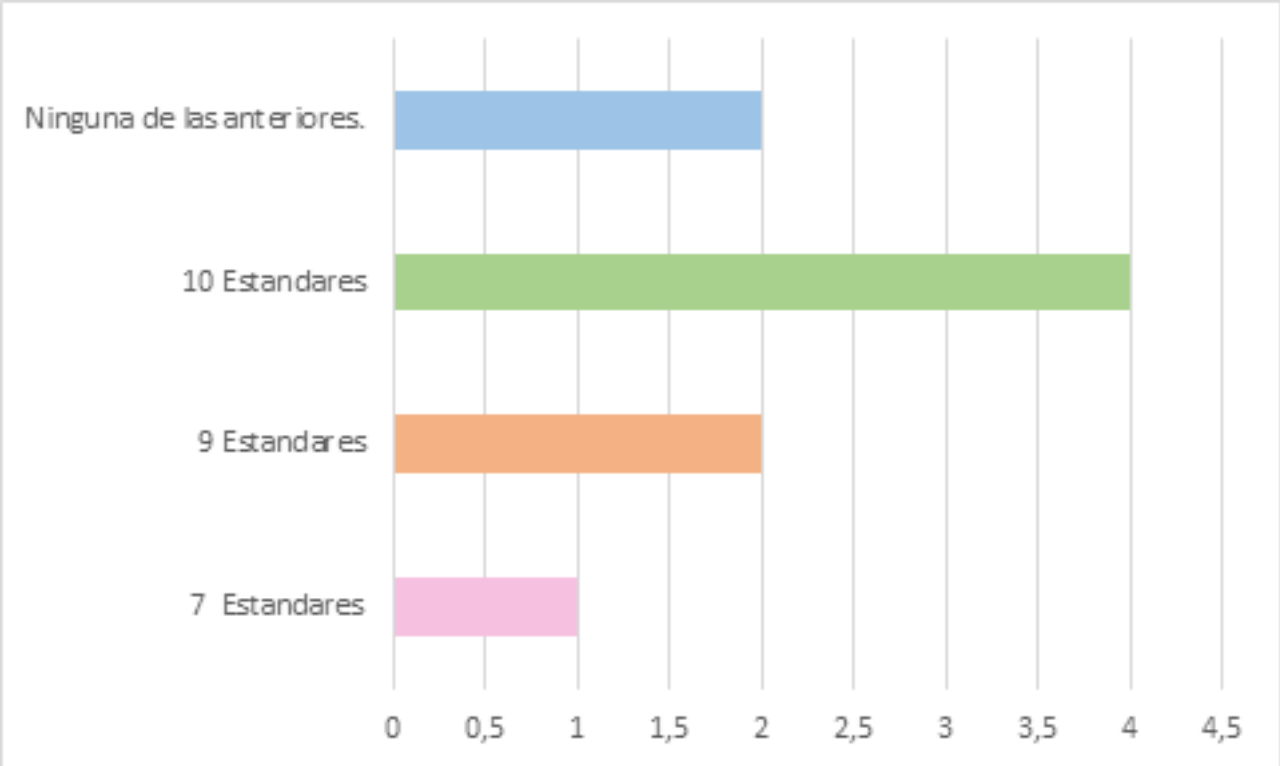


Figura 1
Total de estándares

Aunque el personal de Enfermería no respondiera correctamente sobre la cantidad de estándares existentes en la normativa 137, se plantearon mediante selección múltiple, diversos acápites que podrían pertenecer a los estándares de Enfermería normados por el ministerio de salud.

En cuanto a la selección correcta de estándares de Enfermería, se plantearon 10 opciones de los que podrían ser estándares, donde 7 eran los estándares correctos y tres incorrectos, esto con el objetivo de identificar si el personal es capaz de vincular o relacionar mediante la práctica los estándares establecidos en la ley 137. Para ello se creó una escala de identificación que permitió determinar que: 56 % de los enfermeros seleccionó de manera correcta, los que consideraban estándares de Enfermería.

Por último se plantearon algunas de las razones que dificultan el cumplimiento de los estándares de

Enfermería dentro de las salas de medicina y cirugía, para ello se dieron tres opciones que abarcan aspectos teóricos, prácticos e institucionales, como resultado se obtuvo que: 6 de los sujetos en estudio señalaron que, la sobrecarga de pacientes es el principal problema para el cumplimiento de los estándares, cabe destacar que durante el llenado de esta sección, se expresaron opiniones que la cantidad excesiva de pacientes limita el tiempo adecuado de atención y desfavorece a la calidad de los cuidados.

En cuanto al **paso cinco** "Desarrollo de las soluciones y medidas para mejorar la calidad" se encontró que, la implementación de capacitaciones sobre los estándares de Enfermería mejorara los conocimientos, habilidades y destrezas para el desempeño o cumplimiento de los siete estándares. De igual forma se evidencio que la utilización de medios visuales claros y precisos permite la asimilación rápida y efectiva de la información brindada.

Por último el **paso número 6** "Implementación y evaluación de las actividades para mejorar la calidad" cuenta con 4 aspectos fundamentales como lo son: la planificación, ejecución, verificación y actuación, donde se encontró que cada de ellas abarca los aspectos necesarios para el desarrollo de las posibles soluciones, como lo son capacitaciones y medios físicos establecidos con los estándares de Enfermería, de igual forma se descubrió que la etapa de actuación permite que el plan de mejora sea ejecutado continuamente para la evaluación de conocimientos e identificación de debilidades.
En cuanto a la hipótesis planteada, esta se describe por medio a los pasos sistemáticos que permite el abordaje en el ciclo de mejora continua; tomando en cuenta los resultados obtenidos en la investigación, se confirmó la problemática, la cual es evidenciada por los sujetos en estudio según el análisis de datos; valorando así la necesidad de planear estrategias que puedan llevarse a cabo de manera eficaz, con bajo costo y apropiadas para el personal de Enfermería a tratar.

6. Discusión

El hospital Alemán Nicaragüense es una institución pública, que está destinada a la atención de la población nororiental de departamento de Managua, sin embargo en sus instalaciones se atiende a todas las personas que requieran de una atención sanitaria inmediata, a lo largo de sus años se le han realizado continuas remodelaciones, "La intitucion ha transitado por cuatro etapas que han permitido el mejoramiento de las instalaciones, obteniendo en el año 1993 el reconocimiento al hospital que brindó mejor atencion en el sector publico" (6), en la actualidad la demanda de personas es mayor y la institución necesita un aumento en el número de personal de enfermería que supla las necesidades de las personas que asisten a la unidad, sin embargo, para cumplir este requisito se necesita contratar enfermeros, por lo cual lo más económico o efectivo para el Ministerio de Salud es la adquisición de auxiliares de enfermería; en los resultados obtenidos en la investigación se evidencio que el personal auxiliar es el grado académico que supero en número al resto de profesionales, este fenómeno no solo se encuentra en estas unidades, sino que se aborda de manera general en la institución debido a que esta cuenta con un total de 77 auxiliares de enfermería divididos en todas las salas con las que cuenta el hospital, este dato se observó durante las rotaciones en el área de supervisión en la institución por parte de las investigadoras.

Las salas de medicina y cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense presentaron tres problemas susceptibles a cambio, el paso número uno de ciclo PHVA realiza la identificación de todos los problemas encontrados dentro de la institución, como son problemas en la redacción de notas de enfermería, eliminación de desechos sólidos y pocos conocimientos de los estándares normados, sin embargo, algunos investigadores sostienen que este paso no debería de estar considerado dentro del proceso debido a que el ciclo PHVA no es aplicable solo a problemas específicos sino también a todo aquello que requiera un cambio (3). La identificación del problema presente en las salas en estudio, se define mediante lo establecido en el paso dos del ciclo PHVA, permitiendo la descripción exacta de la problemática que radica en el cumplimiento y conocimiento de lo establecido en la normativa 137, estándares de enfermería, los cuales "Son el mecanismo que facilita a la profesión, el asegurarle a los pacientes que la calidad del cuidado de Enfermería se puede identificar y medir, y que la enfermera es responsable de los resultados por sus acciones profesionales"(3).

Todas las instituciones hospitalarias, cuentan con jerarquías que regulan la organización y funcionabilidad del establecimiento de salud, por tanto cada una de las personas responsables del buen funcionamiento deben de estar al tanto de todos los problemas, debilidades y afectaciones que desfavorezcan a la calidad; dentro del ciclo PHVA el paso numero 3 establece que es necesario identificar quienes son los encargados de trabajar dentro del desarrollo de mejoras, por consiguiente "La búsqueda por mejorar debe ser continua, no momentánea, ni estática, se deben mejorar los procesos productivos, el servicio y la planeación" (7) .

En el paso cuatro, se encuentran descritos todos los resultados obtenidos en el ciclo PHVA entre ellos se identifica que la mayor parte del personal que labora en las áreas de estudio, ha trabajado entre 15 y 20 años en la profesión de enfermería, la relación que persigue este resultado está vinculada con la ley 423 Ley General De La Salud que indica la garantía de la calidad de atención de las unidades hospitalarias en función de potenciarla mediante la capacitación de los recursos humanos según necesidad (8),en cumplimento con esta ley El hospital Alemán Nicaragüense realiza capacitaciones semanales al personal de Enfermería, para ello cuenta con una enfermera docente especializada en la educación para brindar actualizaciones teóricas y de cuidados a todos los recursos de Enfermería.

Dichas capacitaciones se aplican para todos los recursos de enfermería de las diferentes salas, estas permiten que los recursos con más años de labor y con menos grados de preparación obtengan información actualizada de cada una de las intervenciones de Enfermería, es por lo antes expuesto, el respaldo de esta afirmación se confirma al encontrar que 3 de los 11 encuestados no conocen en su totalidad la normativa 137 y aseguran de forma verbal no haber presenciados capacitaciones sobre esta norma.

Por otro lado, cuando se presentó el acápite para la evaluación de conocimiento se encontró que solo un recurso había respondido correctamente el inciso correspondiente a los estándares que conocía, Aunque el personal de enfermería no respondiera correctamente este inciso, se plantearon mediante selección múltiple, diversos puntos que podrían pertenecer a los estándares de enfermería normados por el Ministerio de Salud, esto con el objetivo de identificar si el personal es capaz de vincular o relacionar mediante la práctica los estándares establecidos en la normativa MINSA 137, Para lo cual se identificó que la mitad de los enfermeros en estudio seleccionó de manera correcta.

Esto corresponde a la realidad actual que se afronta en muchas instituciones es que muchos profesionales saben cómo realizar las actividades básicas para el cuido de un paciente, sin embargo, la diligencia en los conocimientos aplicados a esta, muchas veces se observa con menor valor del que debería tener, por esta razón, "enfermería es una disciplina en constante evolución, marcada por cuestionamientos referentes a su esencia. La necesidad de aumentar el conocimiento para sustentar su praxis ha llevado a la creación de variadas teorías y modelos conceptuales con el fin de orientar el pensamiento crítico de los profesionales de enfermería" (9). Para poder valorar cual es la causa esencial de la falta de prácticas desde la perspectiva del encuestado uno de los incisos permitía la puntualización del porque se da esta situación, la más resaltada fue relacionada a la sobrecarga de pacientes, cabe destacar que, durante el llenado de esta sección, se recibieron opiniones expresando que la cantidad excesiva de pacientes limita el tiempo adecuado de atención y desfavorece a la calidad de los cuidados.

Al identificar un problema, genera de manera inmedianta pensamientos basados en como solucionar las difucltades encontradas con respecto a la calidad de los servicios de salud, estos representan afectaciones de significancia debido a que son instituciones destinadas a prestar cuidados para lograr el mejoramiento de la persona enferma. "La solucion se trata del motivo que impulsa el esfuerzo de mejoramiento de la calidad, es decir lograr que las cosas funcionen mejor" (5), El paso cinco del ciclo PHVA establece el desarrollo de las soluciones y medidas para la mejorar la calidad, en la investigacion se obto por elaborar una capacitacion en base a la normativa 137 "Manual de estanndares de enfermeria" esto con el objetivo de mejorar los conocimientos de los recuros de las salas en estudios y demas espectadores. Posteriormente debe realizarce la implementación y evaluación de las actividades para mejorar la calidad; el paso final de ciclo PHVA hace referencia

a las abreviaturas de la teoria, por tanto se basa en: planear, hacer, verificar y actuar , teniendo como referencia que si el desarrollo de algunos de los pasos resulta deficiente, hasta la solucion mejor elegida no resolvera la problemática encontrada (5).

7. Limitaciones tras su ejecucion

No se logro realizar el plan de actividades debido a que en ese momento las necesidades epidemiologicas que cursaba el pais estaban orientdas a otro tipo de interveciones, en este caso al Dengue.

8. Finaciacion y conflictos de intereses

El estudio fue autofinciado y no presenta conflictos de intereses.

9. Agradecimiento

Este trabajo fue presentado en la Jornada Universitaria de Desarrollo Científico XXXVII (JUDC), en las instalaciones del recinto universitario Rubén Darío, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, por parte del Departamento de Enfermería del Instituto Politécnico de la Salud "Luis Felipe Moncada"; la presentación fue comunicación oral, escrito y con medios visuales, del cual no fue publicado en revistas universitarias o ajenas a esta.

10. Conclusiones

- Se logró detallar las características contextuales del hospital Alemán Nicaragüense encontrado que fue fundado en 1985 y ha transitado por remodelaciones que permitieron el mejoramiento de las instalaciones como son: monodosis, consulta externa, endoscopia, salas de cirugía, medicina interna, maternidad, labor y parto, área de emergencia (área de shock, emergencias obstétricas, emergencia pediátrica), neonatología, pediatría (UCI pediátrica), central de equipo, sala de operaciones, rayos X, PAI, UCI adulto, ultrasonido, banco de sangre y laboratorio.
- Se logro desarrollar los seis pasos de mejora continua, 1) Identificación de los problemas y elección de las oportunidades para efectuar mejoras, 2) Definición operativa del problema, 3) Identificación de quienes tienen que trabajar en el problema, 4) Análisis y estudio del problema para identificar las causas principales, 5) Desarrollo de las soluciones y medidas para mejorar la calidad, 6) Implementación y evaluación de las actividades para mejorar la calidad.
- Se logró Identificar los problemas susceptibles a mejoras en las salas establecidas encontrando dificultades en: la redacción de las notas de Enfermería, la eliminación de desechos sólidos y los conocimientos y aplicabilidad de los estándares de Enfermería.
- Las soluciones que se proponen para la implementación adecuada de los estándares de enfermería son: capacitaciones y uso de medios visuales que deben ser colocados en las salas en estudio.
- No se logró evaluar la efectividad de las actividades realizadas para el desarrollo de la mejora continua; debido a la problemática epidemiológica del Dengue que cursaba el país, las cuales impidieron la presentación del plan de mejora continua; por lo tanto, queda como una propuesta de implementación para la institución.

11. Bibliografía

1. Social S de E de SP y A; OP de la S. GUÍAS E INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN [Internet]. 2005 [cited 2020 Oct 30]. p. 165. Available from: https://www.paho.org/dor/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20-guia-e-instrumentos-para-evaluar-la-calidad-de-la-atencion&category_slug=sistemas-y-servicios-de-salud-y-proteccion-social&Itemid=273
2. Graduación Para Optar Al Título De Licenciatura S DE, Tema S, Julio Cesar Gutiérrez González Br Aurora Margarita Tórrez Herrera B, Norma Lilyan Flores M. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Facultad Regional Multidisciplinaria-Matagalpa. Tutor. 2015.
3. Ministerio de Salud Nicaragua. MANUAL ESTANDARES DE ENFERMERIA [Internet]. 137 Nicaragua; 2016 p. 41. Available from: http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Dirección-General-de-Regulación-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2016/Normativa137---Manual-Estaderes-de-Enfermeria/
4. Ministerio de Salud Nicaragua. Normativa - 005 NORMA PARA AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN. 2008 p. 40.
5. Franco LM. La resolución de problemas y el mejoramiento de procesos como medios para lograr calidad. 2012;49.

6. Lopéz M. Historia del hospital alemán nicaragüense en Managua Nicaragua [Internet]. 2014. p. 144. Available from: https://es.slideshare.net/mlopez101/hospital-aleman-2013
7. Alegre Oré N. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto a la calidad de atención recibida en los servicios de cirugía varones y mujeres del Hospital Docente Daniel Alcides Carrión - Huancayo 2011 [Internet]. 2012. Available from: http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/1501
8. Complejo Legislativo Carlos Núñez Téllez. LEY GENERAL DE SALUD [Internet]. Nicaragua; 2002. Available from: http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/FF82EA58EC7C712E062570A1005810E1?OpenDocument
9. Gallardo AI. Evolución del conocimiento en enfermería. Revista Biomédica Revisada Por Pares [Internet]. 2011 Apr; Available from: https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5001

ARTICULO ORIGINAL

Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados

Nursing records as an indispensable strategy to ensure care continuity

Los registros de enfermería como estrategia indispensable para garantizar la continuidad de la atención

Marlene Rutília Serpa Morais Ribeiro

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Serviço Urgência da Unidade de Saúde da Ilha do Pico - Açores. Mestranda em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem – Escola Superior de Enfermagem do Porto - Portugal. ORCID 0000 0002 4011 3849

Autor de correspondencia:
marlenemorais04@gmail.com

Resumo

O estudo objetivou compreender a importância dos registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. Trata-se de um artigo de opinião / revisão de literatura, sobre os temas "Registos de Enfermagem"; "Comunicação" e "Continuidade dos Cuidados de Enfermagem" utilizando como referência os textos contemporâneos sobre Registos de Enfermagem e Continuidade dos Cuidados de periódicos sobre tais temas, disponíveis nas principais plataformas de bases de dados científicas.

Os resultados da revisão de literatura revelaram que nos atuais contextos de trabalho, os registos de enfermagem independentemente da sua forma de apresentação manual ou informatizada, são a estratégia valida documentada para garantir a continuidade dos cuidados. Os registos de enfermagem são um importante veículo de comunicação que reflete o atendimento e o tratamento prestado, num dado período, e pauteiam a sequência da continuidade da prestação de cuidados, não só pela equipa de enfermagem, mas também pela equipa multidisciplinar.

A enfermagem desempenha um papel importante dentro das organizações de saúde, prestando assistência direta e ininterrupta ao cliente, e os seus registos no plano de cuidados de enfermagem, são documentos ricos de informação, uma ferramenta essencial para assegurar a continuidade dos cuidados, ao mesmo tempo que promovem a comunicabilidade entre os profissionais de saúde, objetivando melhores cuidados e maiores ganhos em saúde.

Palavras- chave: Registros de Enfermagem; Comunicação; Continuidade da Assistência ao Paciente; Continuidade dos Cuidados de Enfermagem.

Abstract

It was our intention with this study to understand the importance of nursing records as an imperative strategy to ensure the continuity of nursing care. It is an opinion article/ a revision of some literature concerning the topics of "Nursing Records", "Communication", and "The Continuity of Nursing Care" using as reference some contemporary texts on Nursing Records and

Continuity of Nursing published by some newspapers on such subjects, and other articles which are also available in the main platforms of scientific databases.

The results acquired during the revision of all the researched data, be it manual or digitally treated, have shown that in present working contexts, nursing records are a valid documented strategy to ensure the continuity of nursing care. Nursing records are an important asset of communication, which reflect the attendance and treatment given to patients, during a determined period, allowing the sequential provision of care, not only by the team of nurses but also by the multidisciplinary team.

The nursing service plays a determinant role inside the health institutions, providing direct and continuous assistance to patients, thus their records, as part of the nursing care plan, are precious sources of information, and a fundamental tool to ensure the continuity of care, while allowing the interactive communication among the different sectors within the health system, which in the end will allow the provision of better care as well as better revenues.

Keywords: Nursing Records; Communication; Continuity of Patient Care; Continuity of Nursing Care.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo comprender la importancia de los registros de enfermería como estrategia indispensable para asegurar la continuidad de la atención. Es un artículo de opinión / revisión de literatura, sobre los temas "Registros de Enfermería"; "Comunicación" y "Continuidad de la Atención de Enfermería" utilizando como referencia textos contemporáneos sobre Registros de Enfermería y Continuidad de la Atención de revistas sobre dichos temas, disponibles en las principales plataformas de bases de datos científicas.

Los resultados de la revisión de la literatura revelaron que en los contextos laborales actuales, los registros de enfermería, independientemente de su presentación manual o informatizada, son la estrategia documentada validada para asegurar la continuidad asistencial. Los registros de enfermería son un importante vehículo de comunicación que refleja los cuidados y tratamientos brindados, en un período determinado, y orientan la continuidad de la prestación de cuidados, no solo por parte del equipo de enfermería, sino también del equipo multidisciplinario.

La enfermería juega un papel importante dentro de las organizaciones de salud, brindando asistencia directa e ininterrumpida al cliente, y sus registros en el plan de cuidados de enfermería son ricos documentos de información, una herramienta esencial para asegurar la continuidad de la atención, al mismo tiempo. que promueven la comunicabilidad entre los profesionales de la salud, con el objetivo de una mejor atención y mayores beneficios para la salud.

Palabras clave: Registros de Enfermería; Comunicación; Continuidad de la Atención al Paciente; Continuidad de los Cuidados de Enfermería.

Introdução

O exponencial desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia na sociedade contemporânea arrasta consigo a necessidade constante de evolução organizacional, com as ferramentas que existem disponíveis, para que dentro das organizações se obtenha o sucesso da garantia de continuidade de cuidados nos serviços. Esta é uma realidade transversal e espelha-se nas instituições de saúde, com repercussões contínuas na prática de todos os colaboradores, da qual não se podem excluir os profissionais de enfermagem.

Relativamente, à área assistencial de enfermagem esta é produtora de uma rica fonte de informação, que por sua vez, pode sofrer mutação constante. Logo, perante a panóplia de casos que desafiam o enfermeiro na sua prática diária de prestação de cuidados, é fácil entender que os seus cuidados de saúde carecem de ser registados. É importante que os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, enriqueçam os dados dos seus registos no plano de cuidados do cliente adequadamente, de forma que estes visem servir como ferramenta que rentabilize a informação. Assim como, ser a estratégia que premeia a continuidade dos cuidados ao cliente, objetivando mais ganhos em saúde.

É patente que os registos de enfermagem ocupam um lugar salutar, quando o seu valor e qualidade da informação têm uma relação intrínseca com o timing ou com a oportunidade a que ela sucede. Reitero, a informação não pode ser entendida apenas como um recurso, mas um recurso, por isso, é premente saber usá-la e

aprender novas formas de decifrar este recurso que é a comunicação / informação.

O presente artigo de opinião / revisão da literatura escolha recai sob o tema: Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. Pretendo nesta explanação, atingir os seguintes objetivos: descrever, numa breve abordagem inicial, o significado das designações: "registos de enfermagem", "continuidade dos cuidados" e "sistemas de informação", para melhor suporte da estrutura do artigo; posteriormente, objetivo contextualizar a importância dos registos de enfermagem como uma estratégia que patenteia assegurar a continuidade dos cuidados, fazendo a revisão de literatura complementar. É minha aspiração, descortinar o contributo dos registos de enfermagem para a prossecução dos cuidados por toda a equipa pluriprofissional.

Inicio esta narrativa com a questão que norteou a pesquisa, a designar: "Os registos de enfermagem são uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados?"

Metodologia

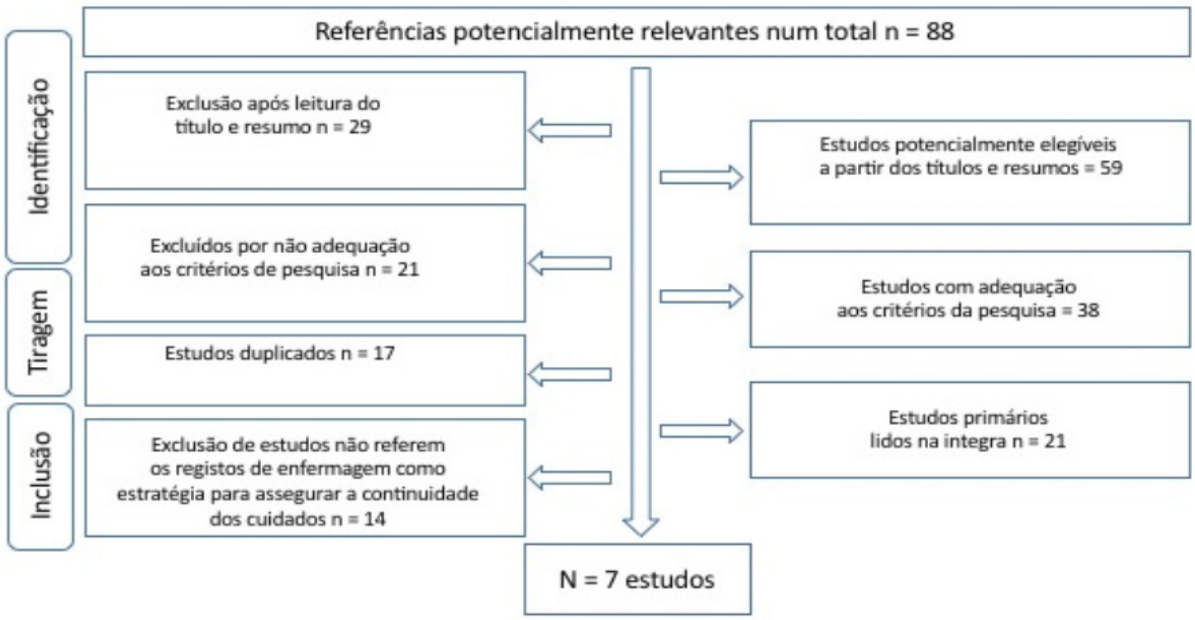
Trata-se de um mix - artigo de opinião / revisão de literatura, artigo realizado segundo a metodologia crítico-reflexiva através de revisão de literatura, a pesquisa foi efetuada a partir das publicações disponíveis nas principais bases de dados: Google Scholar; EBSCO Host; Medline; Web of Science; CDR e Repositório da Universidade do Porto e Scielo, a recolha de dados foi realizada durante o mês de abril de 2018 e utilizando os descritores: "Registos de Enfermagem"; "Comunicação" e "Continuidade dos Cuidados de Enfermagem", e os operadores ("nursing records"[MeSH Terms] OR ("nursing"[All Fields] AND ("communication"[MeSH Terms] OR "communication"[All Fields])) AND "records"[All Fields]) OR "nursing records"[All Fields]) AND ("continuity of patient care").

Os critérios de seleção foram artigos de carater público e de livre acesso (disponíveis gratuitamente), incluindo estudos disponíveis na íntegra (com resumos e textos completos), escritos em português ou inglês, referentes ao período de janeiro de 2010 a dezembro de 2017, dirigidos a profissionais de enfermagem, artigos contendo nos seus títulos ou nos seus resumos os descritores supramencionados. A origem dos artigos é: 1 Argentina; 2 Brasil; 2 Portugal; 1 Tailândia e 1 Turquia (num total de sete selecionados).

Foram critérios de exclusão, os artigos dirigidos a outros grupos profissionais; artigos que só fazem uma breve descrição dos registos de enfermagem e artigos que após a leitura do texto, não referem conceções teóricas sobre os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável à continuidade dos cuidados.

Além dos artigos da revisão de literatura, foi também usada bibliografia complementar.

Figura I – Fluxo da informação das diferentes fases da revisão.



A revisão sistemática dos estudos científicos, foi efetuada durante o mês de abril de 2018.

A figura I representa o fluxograma da revisão sistemática, das buscas dos estudos primários, que foram a base para a realização desta narrativa.

A descrição das evidências encontradas, está representada na tabela seguinte, com uma síntese de cada um dos estudos.

Tabela I - Síntese das evidências encontradas nos estudos.

Autor; Ano do estudo; Publicação	**Tipo de estudo / Origem do estudo**	**Título**	**Objetivo geral do estudo**	**Principais conclusões**
DUTRA, H. [et al.], 2013, Online Brazilien Jornal of Nursing	Estudo Quase- Experimental Brasil	Nursing records at a teaching hospital: a quasi-experimental study.	Avaliar os registos de enfermagem de um dado período, para o cumprimento da legislação específica num hospital de ensino.	Os registos de enfermagem representam parte integrante do sistema de informação em instituições de saúde e são considerados uma importante ferramenta de comunicação.
GENCTURK, N. [et al.], 2012, International Journal of Caring Sciences	Estudo Retrospetivo. Turquia	An examination of the nursing of cerebrovascular disease patients in intensive care.	Determinar as necessidades de cuidados de enfermagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda na unidade de terapia intensiva e as intervenções de enfermagem providenciadas.	Os registos de enfermagem devem ser organizados e cheios para garantir a continuidade dos cuidados prestados e aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem.
MOTA, L. [et al.], 2012, Revista de Enfermagem Referência	Estudo qualitativo e exploratório. Portugal	Sistemas de Informação de Enfermagem: Exploração da informação partilhada com os médicos.	Identificar e descrever a informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros que é mais relevante para atividade profissional dos médicos.	A informação de enfermagem assume valor para os médicos independentemente do fluxo de dados, pelo que é fundamental o desenvolvimento de um sistema de informação interoperáveis para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados.
MOTA, L. [et al.], 2013, Revista de enfermagem Referência	Estudo Qualitativo. Portugal	Gestão do regime terapêutico – construção do fluxograma de apoio à tomada de decisão: Estudo Qualitativo.	Desenvolver um fluxograma de apoio à decisão clínica de enfermagem no âmbito da gestão do regime terapêutico da pessoa submetida a transplante hepático.	A sistematização da informação de enfermagem num fluxograma permite o melhor reconhecimento das necessidades dos doentes tendo em vista a preparação do regresso a casa e a continuidade e qualidade dos cuidados.

SCHACHNER, M. [et al.], 2016, Nursing Informatics	Estudo Descritivo. Argentina	Computerization of nursing chart according to the nursing process.	Descrever o desenvolvimento e implementação do registo informatizado de enfermagem no Hospital Italiano de Buenos Aires.	Os benefícios associados à informatização dos registos clínicos são conhecidos desde há muito tempo. A evolução da documentação de enfermagem do papel para o formato eletrónico visa melhorar sempre a comunicação, reduzir os erros e facilitar sempre a continuidade dos cuidados.
VALERA, I. [et al.], 2015, Online Brazilien	Estudo descritivo e Quantitativo. Brasil	Nursing records in pediatric intensive care units: a descriptive study.	Verificar se os registos de enfermagem nos registos clínicos dos pacientes hospitalizados em terapia intensiva pediátrica correspondem às necessidades de segurança recomendadas na literatura.	A continuidade do atendimento ao paciente no ambiente hospitalar depende da partilha adequada de informações clínicas entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde.
WHITTENBURG, L. [et al.], 2014, Nursing informations	Revisão retrospetiva. Tailândia	Electronic nursing documentation: Patient care continuity using the clinical care classification system (CCC).	O projeto pretende criar a próxima geração de planos de cuidados interativos e individualizados para oferecer cuidados de enfermagem mais personalizados e melhor continuidade do atendimento ao paciente.	Demonstrou-se que um padrão de terminologia de enfermagem claro e robusto, que identifique cada uma das etapas do Processo de Enfermagem suporta a continuidade do atendimento ao paciente.

Os registos de enfermagem e a continuidade dos cuidados

Numa breve retrospetiva histórica, recordando a pioneira da enfermagem, Florence Nightingale e a sua conduta, esta assumia a importância dos registos de enfermagem, assim como a necessidade de os preservar, no sentido de que essa documentação espelhasse as repercussões quer positivas, quer negativas dos cuidados de enfermagem sobre o estado de saúde do indivíduo. Hoje, a importância da documentação dos registos de enfermagem reflete a mesma realidade, são o sinónimo de um requisito nas organizações de saúde. Os registos promovem a comunicação dentro da organização de saúde e são um recurso de importância ímpar, cuja sua gestão com o aproveitamento da informação produzida, representa o fio condutor para o sucesso organizacional.

Contemporaneamente, as organizações de saúde vivenciam um contexto complexo de mutações rápidas, que têm franca influência no seu sucesso, especialmente as pressões sobre os custos, pelo que a informação produzida alusiva aos cuidados de enfermagem ganha um valor cada vez mais significativo.

Neste contexto, a continuidade de cuidados garante a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribui para a diminuição dos custos e apresenta-se como uma estratégia adequada e uma política a seguir pelos serviços de saúde (1). Demandam a existência de "continuidade de cuidados" quando estes são prestados de forma a complementarem-se num tempo adequados e[1] referem a continuidade como a implementação de cuidados por diferentes prestadores, de uma forma coerente, lógica e oportuna (1).

Ao falar de continuidade de cuidados, o termo "continuidade" pressupõe uma sequência de procedimentos de "cuidados", num determinado espaço temporal, ou

seja, de imediato à admissão do cliente.

É na organização de saúde que se enceta o preparo de toda a continuidade de cuidados inerentes a cada cliente, tal propósito exige a necessidade de se efetivarem os registos de enfermagem de cada situação singular e operacionalizar o diário clínico assistencial. A posterior partilha da informação clínica, pelos diferentes prestadores de cuidados, representa e dá suporte à continuidade dos cuidados de forma oportuna.

Numa fase inicial, o "documento em papel" foi o formato usado para suportar a maioria dos registos de saúde, mas logo se começaram a manifestar algumas dificuldades, nomeadamente, no seu armazenamento, na disponibilidade, na acessibilidade de informação, resultando por vezes em perdas, confusão e ilegibilidade. (2) A informação contida nos registos de enfermagem, além de ser coerente, completa, organizada e real, também deve ser legível e não conter rasuras, uma vez que conseguem indicar alterações nos dados gravados e, naturalmente, invalidar a legalidade dos registos; podem ainda dificultar a possível necessidade de análise devido a procedimentos legais; bem como um planeamento desadequado dos cuidados.

Perante tais questões, o aumento de volume, a complexidade, a diversidade e especificidade da informação, foi determinante a necessidade de pensar numa forma de "armazenar" esta informação sob uma configuração eficaz e eficiente, sendo tal procedimento executável através dos Sistemas de Informação.

Em pleno século XXI, tem-se observado que os Sistemas de Informação ganharam uma posição fulcral no campo da assistência em saúde, e particularmente na assistência em enfermagem, tornaram-se parte integrante do atendimento ao cliente, com contributos para a comunicação eficiente entre os pares, de forma a transmitir a informação consistente e consequentemente garantir a segurança dos cuidados ao cliente. Recordo que em Portugal, esta é uma área relativamente recente e impulsionada pelos mentores sobejamente conhecidos, nomeadamente: Abel Silva, Filipe Pereira, Paulino Sousa e seus colaboradores, são figuras que foram um marco de referência com a sua cooperação na construção do desenho, implementação e reformulação dos Sistemas de Informação, em uso nas instituições de saúde do nosso país.

Primeiramente, os registos de saúde eletrónicos são implementados, para minorar os erros associados à medicação e seguidamente, para contribuir com uma comunicação mais eficaz dentro da equipa de saúde. Além de que também facilitam a disponibilidade de informação para fins educacionais e de pesquisa, mas o mais importante é que os registos objetivem assegurar a continuidade dos cuidados (3).

Estes investigadores acrescentam, que quando os registos são informatizados, e surge a necessidade de partilhar ou reutilizar informações, esta é imbuída de variabilidade, complexidade e riqueza nos diferentes domínios da enfermagem (3).

"Os sistemas de informação em gestão são uma ferramenta fundamental para apoiar e dar sustentação às operações das Instituições da Saúde, com a sua utilização suportada pelas práticas organizacionais de gestão" (4). O mesmo investigador postula "os sistemas de informação também devem ser entendidos como potentes repositórios de matéria-prima a utilizar no desenvolvimento da base empírica do conhecimento formal utilizado nos cuidados" (4).

Atualmente, ocorre o aumento da sensibilização e consciencialização da necessidade de encontrar soluções de Sistemas de Informação que sejam promotores da comunicação e continuidade dos cuidados, da gestão, da investigação e da formação (5).

Eis chegados, à "era" dos registos de enfermagem informatizados, estes ao serem adotados nos atuais contextos profissionais vem proporcionar maior segurança, não comprometem a qualidade de informação entre os utilizadores, nem provocam perniciosidades aos clientes, salvaguardando os enfermeiros e a própria organização de saúde.

A enfermagem como uma atividade com base na interação humana, que se carateriza por uma riqueza informativa insigne; acrescenta, que tal fundamento, "justifica que se reflita sobre a essência da informação que lhe está associada, o valor que dela pode ser extraído e nos

recursos e sistemas utilizados no seu processamento, gestão e armazenamento" (4).

"Os sistemas de informação podem ser vistos como uma oportunidade para repensar e redefinir os processos de trabalho atuais, a fim de tirar partido de novas capacidades de informação da gestão para reduzir custos, aumentar a produtividade e melhorar os níveis de serviço" (6). Suplementam com o exemplo, de um registo de enfermagem em fluxograma que permite o melhor reconhecimento das necessidades dos doentes tendo em vista a preparação do regresso a casa, a continuidade e a qualidade dos cuidados.

Facilmente se depreende que cabe aos enfermeiros darem o seu contributo na continuidade dos cuidados ao cliente através da anotação das suas intervenções, sendo este facto praticável pelos seus registos, quer estes sejam manuais ou informatizados. O enfermeiro deve experienciar o compromisso que tem para com a profissão, ao garantir a continuidade dos cuidados, através dos seus registos clínicos que revelam o cunho de tal conformidade profissional. Nesta ótica, os registos de enfermagem devem ser os mais precisos e completos possíveis, de forma a garantir a consistência e a qualidade dos dados relatados.

Considerando que a enfermagem é uma profissão com um desempenho assistencial durante as vinte e quatro horas diárias, de forma continuada, implica a exigência de uma prática assistencial rotativa por diferentes profissionais de enfermagem, ou seja, uma prestação de cuidados sequencial e de forma linear. Por conseguinte, esta é uma condição valida e um indicador unívoco, revelador que a informação contida nos registos de enfermagem enriquece a comunicação existente entre os pares e entre os outros profissionais da equipa de saúde. Os registos são uma componente indissociável da sua atividade, não podemos esquecer que a enfermagem é uma profissão marcadamente técnica, contudo a sua atuação implica fazer uso de um conjunto de conhecimentos e competências (científicas, técnicas, relacionais e comunicacionais). A partir deste princípio, é primordial que os enfermeiros documentem a sua prática, sequencialmente desde o diagnóstico, intervenções e resultados, direcionando a sua prática em prol da continuidade de cuidados.

A continuidade dos cuidados é um dos aspetos permanentemente presentes nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, o que comprova a importância que esta dimensão da assistência tem em toda a dinâmica dos cuidados (5).

"O enfermeiro estabelece relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada a capacidades interpessoais". Mais acrescenta, que o enfermeiro também assume "(...) papel de interlocutor privilegiado da equipa pluriprofissional estando no centro dos cuidados com o cliente/cuidadores, com estratégias de articulação assentes numa comunicação." (7).

Porém, a comunicação é uma ferramenta vital a todos os profissionais de saúde, é através dela que se produz a informação, se estabelecem os diagnósticos, e se constroem os planos de cuidados com vista à promoção da saúde.

Relativamente aos cuidados de enfermagem e estratégias comunicacionais, reforçam que os registos de atendimento fornecem uma forma de comunicação entre todos os pares da equipa de saúde (8), ou seja, os cuidados registados são providos de acordo com as necessidades de um indivíduo e facilitam a obtenção de conhecimento sobre os resultados do tratamento, além de que fornecem uma avaliação contínua dos cuidados prestados.

Outros autores reforçam que apesar de estar correlacionado o papel da informação contida nos registos de enfermagem relativos à promoção da continuidade dos cuidados, acarreta esclarecer que esta problemática pode ser colocada na perspetiva da partilha de informação multiprofissional, entre profissionais da mesma disciplina, no âmbito do mesmo serviço ou na lógica de articulação de diferentes serviços ou instituições (5).

Os registos de enfermagem são criados pela equipa de enfermagem de forma a fornecer informações sobre o estado geral do cliente, facilitando a comunicação não só entre a equipa de enfermagem, mas também entre a equipa multidisciplinar (9). Enaltecem que os registos de enfermagem revelam a continuidade dos cuidados, apoiando legalmente o trabalho do profissional, além

de servirem como instrumento de auditoria para validar a prática profissional.

Estes investigadores engrandecem que a informação registada pelos enfermeiros é sinónimo de uma fonte de dados rica para a tomada de decisões, pelo que os dados devem ser os mais completos possíveis e confiáveis. Os registos de enfermagem acabam por ser parte do registo médico do cliente e servem de documentação para apoio das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem. Salientam também, que estes registos são usados para outros fins, como fonte de pesquisa científica auxiliando, assim, na pesquisa e no ensino; gestão de recursos humanos, físicos e materiais; auditorias de custo e assistência; e reembolso de seguros de saúde (9).

Está patente que as finalidades dos registos de enfermagem referidas nas diferentes dimensões, concedem também o seu contributo diretamente na continuidade dos cuidados, com o progresso da articulação entre os diferentes níveis de cuidados. Nesta premissa, os benefícios atribuídos à continuidade dos cuidados, não passam apenas pelas diferentes áreas da promoção do bem-estar do cliente nas dimensões físicas, psicológicas, sociais e económicas; mas também se repercute na forma que os registos de enfermagem se difundem para que a continuidade de cuidados se efetive, mesmo nas situações de redução do uso incorreto dos serviços de saúde, resultante na diminuição dos custos nestas organizações.

O estudo retrospetivo que os layouts usados demonstraram a continuidade dos dados, entre as avaliações de enfermagem de sinais e sintomas do paciente e planos de cuidados individualizados (10). Os novos planos de enfermagem possibilitaram a reutilização dos dados do cliente, para oferecer novos conhecimentos sobre a complexidade dos cuidados prestados pelas enfermeiras. O método integrado referido no estudo mostra que os registos de enfermagem contribuem para a continuidade do atendimento ao cliente, nomeadamente, entre a avaliação de enfermagem e a documentação de sinais e sintomas do cliente no plano de cuidados de enfermagem.

Desmistificam que a continuidade dos cuidados depende da partilha de informação entre os profissionais o que sucede através dos registos de enfermagem (2). Quanto há falta ou falha destes registos podem resultar riscos para a segurança do cliente e com repercussão negativa sobre a qualidade dos cuidados. É evidente que a informação registada nos planos de cuidados dos clientes pelos enfermeiros, significa que a comunicação é vital, no processo de atuação e é essencial para a tomada de decisão estratégica da forma mais assertiva.

Estas investigadoras clarificam no seu estudo que a ausência de relatórios, ou mesmo relatórios inadequados e incompletos, podem resultar em duplicação ou não execução de determinados procedimentos, e na impossibilidade de avaliar o tratamento escolhido, comprometendo desta forma a segurança do cliente. Os registos de enfermagem são indispensáveis no cenário da assistência da prestação de cuidados e têm de ser documentos que preservem a veracidade dos eventos, isto é, serem "imbuídos de autenticidade" (2).

O fracionamento dos registos dos cuidados, também pode reverter em orientações de tratamento desordenadas para o cliente, com uma forte possibilidade de erros e duplicações, num acompanhamento ineficaz face às necessidades dos mesmos. É importante, estimular a harmonia dos registos de enfermagem para que a partilha de informação entre prestadores de cuidados, seja o mais consistente possível e assim fomentar a salvaguarda da continuidade dos cuidados com a qualidade que lhe é exigida.

Nesta perspetiva, podemos afirmar que os registos de enfermagem precisos contribuem simultaneamente para a melhoria da tomada de decisão em enfermagem e para a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente. A qualidade dos cuidados prestados está diretamente relacionada com a qualidade da informação disponível aos profissionais de saúde e a gestão da informação clínica é uma parte fundamental da sua atividade diária (5).

Partindo da missão peculiar do setor da saúde, relativa à promoção da qualidade e da continuidade dos cuidados, qualquer ferramenta que ajude ou facilite a partil-

ha de comunicação / informação é uma mais-valia nas organizações de saúde, os registos de enfermagem são uma estratégia, um ótimo contributo para este modelo organizacional. É relevante que a enfermagem esteja sensibilizada para esta realidade, esforçando-se por honrar o valor dos seus registos, pois frequentemente os enfermeiros são chamados a tomar decisões estratégicas muito complexas, que envolvem reunir muita informação, e por sua vez, a partilha desta informação requer permear a comunicação eficaz, eficiente e segura.

Considerações finais

É inegável que, desde longa data, os registos de enfermagem são uma estratégia essencial para assegurar não só a continuidade dos cuidados, mas também a qualidade dos cuidados ao cliente, conduzindo com maior segurança a prática assistencial da enfermagem. No entanto, nos últimos anos, tem-se verificado a ascensão do uso dos registos de enfermagem informatizados com os Sistemas de Informação, representados por fluxogramas, layouts, plataformas padronizadas de registos de planos de cuidados de enfermagem, assim como outras formas de registo eletrónico, que surgem como contributos para os novos modelos organizacionais, sendo uma exigência contemporânea para rentabilizar as organizações de saúde, na obtenção de uma melhoria reveladora de ganhos na segurança dos cuidados de enfermagem. Todavia, independentemente de os registos de enfermagem serem manuais ou informatizados, ambas as formas de registo têm o princípio de garantir a continuidade dos cuidados ao cliente.

A partilha de informação contida nos registos de enfermagem assume valor inquestionável não só para a enfermagem, mas também para os outros grupos profissionais e independentemente do fluxo de dados existente é fundamental o desenvolvimento de sistemas de informação interoperáveis para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados (5).

Nesta explanação, executada em estudos científicos contemporâneos, correspondentes aos períodos dos anos, entre 2012 e 2016, e efetuados em áreas geográficas distintas, depreendo que está patente a transversalidade da convicção de que o uso da comunicação / informação dos registos de enfermagem, é um recurso singular e que norteia assegurar a continuidade dos cuidados.

A similaridade das conclusões dos investigadores, dos diferentes artigos, desta revisão de literatura, espelha-se na concordância de que os registos de enfermagem, independentemente da forma de designação, quer sejam manuais ou informatizados, são um contributo insubstituível à continuidade dos cuidados de enfermagem e toda a equipa multidisciplinar.

O registo da enfermagem no processo clínico do cliente deve ser o mais completo e adequado, para não comprometer a assistência prestada, assim como não travar a continuidade dos cuidados pondo em causa a identidade da enfermagem e da própria organização de saúde.

O enfermeiro perante a sua profissão arroga o compromisso de assegurar e perspetivar cuidados de saúde com segurança. Reitero, que o papel da enfermagem é fundamental dentro das organizações de saúde, visto que presta assistência direta e ininterrupta ao cliente, e os seus registos no plano de cuidados são documentos de uma preciosa informação e de uma indiscutível riqueza, desenham a estratégia indispensável e exequível para assegurar a continuidade dos cuidados.

Um problema que subsiste, ainda, em alguns serviços de saúde do nosso país, é a escassez de padrões de registos de enfermagem, onde haja anotação dos registos da evolução dos cuidados, sendo esta uma estratégia essencial, para que os registos possam ser os mais precisos e fiáveis, e revelem linguagem formal de identificação e terminologia técnica, ao mesmo tempo que promovem a comunicabilidade entre os profissionais de saúde difundindo a continuidade de melhores cuidados e maiores ganhos em saúde.

A gestão da informação facultada pelos registos, nunca pode ser menosprezada, diria que a mesma é uma arte, que fortalece a competência profissional e dá visibilidade ao enfermeiro, através da avaliação, monitorização e planeamento da sua ação, ao mesmo tempo que proporciona uma cultura pautada na avaliação dos dados colhidos, processados e disponibilizados através dos registos de enfermagem e que subsidiam a tomada de

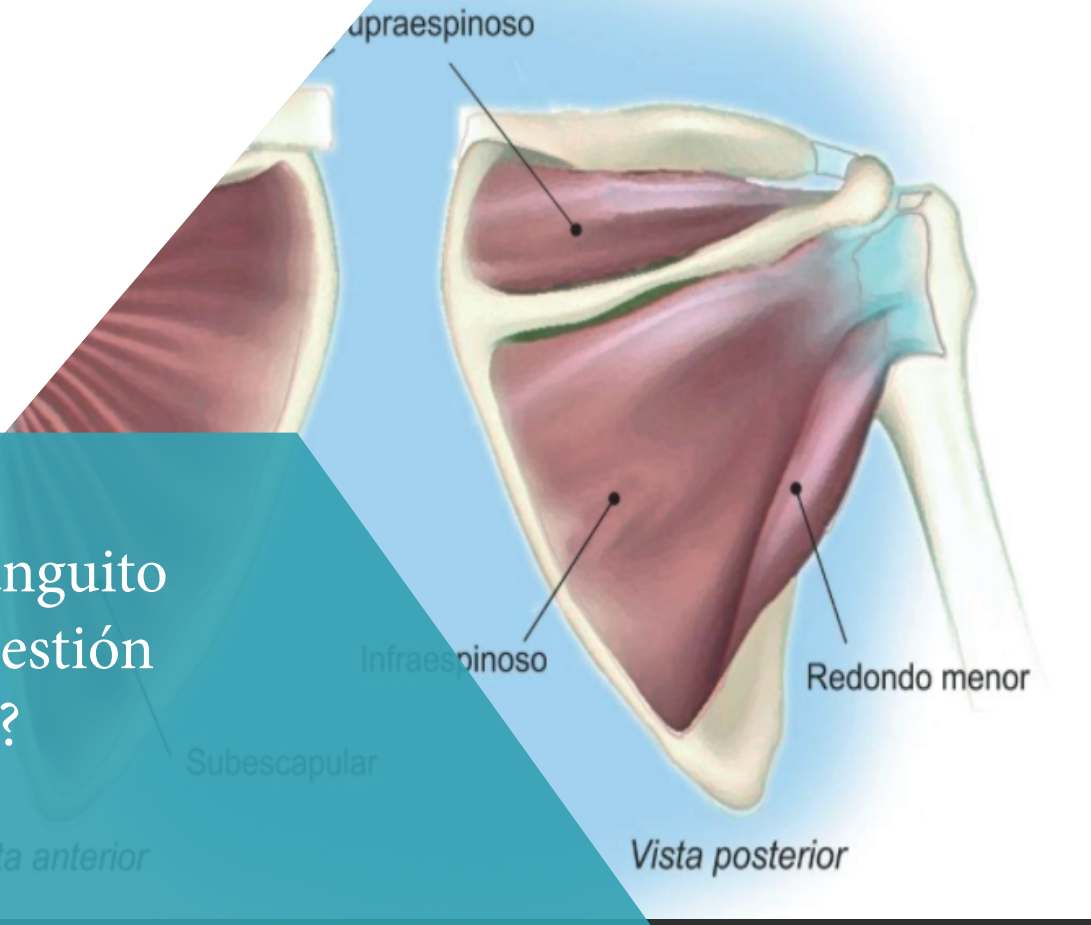
decisão estratégica e a continuidade dos cuidados.

No término e como perspetivas futuras, deixo o desafio às organizações de saúde, no sentido estarem vigilantes para a importância de desenvolver habilidades que propagem, constantemente, o papel dos registos de enfermagem, como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade de cuidados, através de mecanismos organizacionais, nas diferentes dimensões: formativa; planeamento e tomada de decisão estratégica; avaliação clínica interdisciplinar; criação de protocolos e acompanhamento do feedback profissional. Não obstante, é fundamental, a implementação de projetos de interoperabilidade entre sistemas de informação, estando estes numa mesma organização ou interorganizações, promovendo a comunicabilidade, de forma a projetar a informação dos registos de enfermagem para a equipa pluridisciplinar.

Bibliografia

1. MENDES, F. [et al.] – A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. Ciência e Saúde Coletiva, 2017, N.º 2, pp. 841 – 853, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0841.pdf
2. VALERA, I. [et al.] - Nursing records in pediatric intensive care units: a descriptive study. Oneline Brazilien Journal of Nursing, Federal Fluminense University, 2017, N.º16, pp. 152 – 158, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5602
3. SCHACHNER, M. [et al.] - Computerization of a nursing chart according to the nursing process. Nursing Infromatics, 2016, [s.n.], pp. 133 – 137, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27332177
4. PEREIRA, Filipe MS. - Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2006. Tese de Doutoramento. [consultado a 04/04/2018]. Disponível em https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao%20e%20Qualidade%20do%20exerccio%20profissional%20dos%20Enfermeiros.pdf
5. MOTA, L. [et al.] - Sistemas de Informacão de Enfermagem: exploracão da informacão partilhada com os médicos. Revista de enfermagem de Referência, 2014, Serie IV, N.º 1, pp. 85 – 91, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/3882/388239971014.pdf
6. MOTA, L. [et al.] - Gestão do regime terapêutico – Construção de fluxograma de apoio à tomada de decisão: estudo qualitativo. Revista de enfermagem de Referência, 2016, N.º 11, pp. 71 – 79, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/3882/388249570009.pdf
7. ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2011, [s.n.], pp. 3 – 24. [consultado a 04/04/2018]. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
8. GENCTRURK, N. [et al.] - An examination of the nursing records of cerebrovascular disease patients in Intensive care. International journal of Caring Sciences, 2017, Vol. 10, pp. 413 – 420, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: http://www.academia.edu/33453055/An_Examination_of_the_Nursing_Records_of_Cerebrovascular_Disease_Patients_in_Intensive_Care
9. DUTRA, V. [et al.] - Nursing records at a teaching hospital: a quasi-experimental study. Oneline Brazilien Journal of Nursing, Federal Fluminense University, 2016, Nº 15, pp. 351 – 360, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5470/html
10. WHITTENBURG, L. [et al.] - Electronic nursing documentation: Patient care continuity using the clinical care classification system (CCC). Nursing Infromatics, 2016, [s.n.], pp. 13 – 17, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27332153

ARTICULO ORIGINAL



Patología del manguito rotador: ¿una cuestión solo del hombro?

Rotator cuff pathology: is it only a matter of shoulder joint?
Patologia do manguito rotador: uma pergunta apenas sobre o ombro?

Fernández-López Isidro (1), Peña-Otero David (2), Pablo Llanes Ontiveros (3), Atín-Arratibel María de los Ángeles (4).

(1) Departamento de Radiología, Rehabilitación y Fisioterapia. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Pza. Ramón y Cajal, s/n 28040 (Madrid, España). Holystic Centro de Recuperación. C/Rabat 10 local 1 28030 (Madrid, España). ORCID 0000-0002-6568-2001
(2) Hospital Sierrallana. Asesor de la Subdirección de Cuidados del Servicio Cántabro de Salud. Barrio Ganzo, s/n, 39300 Torrelavega, Cantabria, España. Grupo de Enfermería del IDIVAL (Santander, España) y del Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón -IiSGM- (Madrid, España). ORCID 0000-0001-6896-2984
(3) Holystic Centro de Recuperación. C/Rabat 10 local 1 28030 (Madrid, España).
(4) Departamento de Radiología, Rehabilitación y Fisioterapia. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Pza. Ramón y Cajal, s/n 28040 (Madrid, España). ORCID 0000-0001-8412-3881

Autor de correspondencia:
isidrofe@ucm.es

Resumen
La patología inflamatoria o degenerativa del manguito rotador es la principal responsable del dolor de hombro. La complejidad biomecánica de la cintura escapular viene dada por la integración del movimiento de 7 articulaciones que conlleva que diferentes estructuras tanto musculares, fasciales y vasculonerviosas puedan tener repercusión en esta patología.

Una correcta valoración de la movilidad y funcionalidad de todas las estructuras, próximas o alejadas, que pueden estar conectadas al hombro mediante tejido miofascial o asociadas a él a nivel metamérico, sería necesario para un abordaje más completo de las lesiones del manguito rotador, integrándolo a la evaluación más convencional de la cintura escapular. Futuros estudios son necesarios para evaluar el efecto que tendrían los tratamientos dirigidos a estructuras anatómicas centrales, como la región torácica o abdominal, en la patología del manguito rotador.

Palabras clave: manguito de los rotadores; dolor de hombro; sistema nervioso.

Abstract
The rotator cuff inflammatory or degenerative pathology is the main cause of shoulder pain. The biomechanical complexity of the shoulder girdle is due to the correct function of 7 different joints, which it implies that different anatomic structures such as: muscles, fascia, vascular and nervous system, could have influence in this pathology.

A correct assessment of mobility and function of all these structures, which could be connected to the shoulder through myofascial tissue or via spinal segment, will be necessary for an exhaustive approach of rotator cuff injuries, that it can be added to a more conventional evaluation of shoulder girdle. Future studies are necessary to show the effectiveness of thoracic or abdominal structures treatment in rotator cuff pathology.

Keywords: rotator cuff; shoulder pain; nervous system; fascia.

Resumo
A patologia inflamatória ou degenerativa do manguito rotador é a principal responsável pela dor no ombro. A complexidade biomecânica da cintura escapular é dada pela integração do movimento de 7 articulações que faz com que diferentes estruturas musculares, fasciais e neurovasculares possam ter impacto nesta patologia.

Uma avaliação correta da mobilidade e funcionalidade de todas as estruturas, próximas ou distantes, que podem estar conectadas ao ombro por tecido miofascial ou associadas a ele em nível metamérico, seria necessária para uma abordagem mais completa das lesões do manguito rotador, integrando-o ao a avaliação mais convencional da cintura escapular. Estudos futuros são necessários para avaliar o efeito que tratamentos direcionados às estruturas anatômicas centrais, como a região torácica ou abdominal, teriam na doença do manguito rotador.

Palavras chave: manguito rotador; dor de ombro; sistema nervoso; fáscia.

Introducción
La patología inflamatoria o degenerativa del manguito rotador es responsable de hasta un 65% de los casos de alteraciones del hombro en el adulto y el principal motivo de dolor en esta región (1), siendo éste un síntoma frecuente (2) y que ocupa la tercera posición en lesiones musculoesqueléticas asistidas en la práctica clínica (3).

Los músculos del manguito rotador son el redondo menor, infraespinoso, supraespinoso y subescapular, estos músculos se originan en la escápula y antes de su inserción en los tubérculos humerales sus tendones se despliegan en una capa continua e interdigitada, conocida como el manguito rotador (4, 5). Los dos primeros músculos mencionados generan una rotación externa de hombro, el tercero, abducción y el cuarto, rotación interna. En su conjunto, además de proveer potencia rotacional al húmero, los músculos del manguito centran y retienen la cabeza humeral contra la fosa glenoidea, y están sujetos a amplios cambios angulares y a un daño acumulativo durante el movimiento (6).

La disfunción del manguito rotador generalmente causa dolor y falta de fuerza en los sujetos afectados (7). El dolor de hombro puede generar consecuencias como la necesidad de tratamiento (conservador y/o quirúrgico) (8), con el objetivo de reducir la incapacidad laboral y el ausentismo laboral (1, 9). El dolor generado en el hombro se puede percibir a cierta distancia de éste, por lo que puede llevar a error diagnóstico, siendo las áreas más comunes la región deltoidea, zona superior del trapecio y el miembro superior, sin sobrepasar distalmente el codo (10).

Las variaciones de la cinemática del hombro, especialmente del ritmo escapulohumeral, son frecuentes en los pacientes con patología del manguito rotador (7), mostrando menor flexión de hombro y pérdida de fuerza en abducción y rotación externa (11).

Cuando se consideran los movimientos del hombro, siete articulaciones deben ser funcionales para la comodidad y la integridad del uso del hombro, estas son: articulación glenohumeral, escapulotorácica, acromioclavicular, esternoclavicular, esternocostal, costovertebral y subdeltoidea (12). Este hecho muestra la complejidad del funcionamiento de la región del hombro y hace que muchas estructuras tanto musculares, fasciales y vasculonerviosas puedan tener repercusión en la patología del manguito rotador.

El sistema miofascial que nos conecta
Un hecho importante que puede ayudar a entender la relación que existe entre el hombro y estructuras aparentemente distantes, es la conexión a través del tejido fascial. Éste forma una red tridimensional y continua de tejido conectivo que se extiende por todo el cuerpo (13), y es estirada por la contracción de músculos que

están por debajo y que pueden transmitir la tensión a distancia (14, 15), interviniendo en el dolor musculoesquelético (16).

Un problema fisiológico en cualquier área del cuerpo afectaría a todo lo que está recubierto por su hoja conectiva, como es el caso de la fascia, y los síntomas aparecerían en el área donde presenta la alteración o en una zona alejada cuando ésta no es capaz de adaptar a algo que le estresa (17).

Algunos autores como Paoletti (18) y Stecco (13) afirman que, tanto la fascia toracolumbar como la de la región anterior del tronco podrían estar también implicadas en la transmisión de tracción entre los miembros superior e inferior, además de entre miembros contralaterales. Este hecho lo puede corroborar distintos estudios que han demostrado cómo un músculo alejado de la cintura escapular como es el diafragma, podría contribuir al control de las fuerzas dinámicas procedentes del movimiento del miembro superior vía incrementando la presión intraabdominal (19, 20), apreciándose además una sinergia entre la actividad electromiográfica del diafragma y la de músculos del hombro (21).

Thomas Myers (22), con la descripción de la cadena miofascial denominada Línea Frontal Profunda (LFP), encuentra una conexión de fibras musculares y de tejido conectivo que parten de musculatura profunda lumbo-pélvica como el cuadrado lumbar y el psoas-ilíaco, que continúa con las fibras del diafragma y su trayecto ascendente hacia el centro frénico, el cual está unido al saco pericárdico y a los tejidos asociados del mediastino. Estos, discurren hacia atrás como el caso del diafragma, para unirse con el ligamento común vertebral anterior en la superficie ventral de las vértebras torácicas, formando una línea visceral de tensión. Al alcanzar esta fascia el extremo superior de la parrilla costal, el orificio torácico superior se divide en dos ramas, derecha e izquierda, que siguen a los paquetes neurovasculares de los miembros superiores dirigiéndose hacia la cadena miofascial anterior profunda del brazo, que la conforman músculos importantes de la región del hombro como el subclavio, el pectoral menor y el bíceps braquial entre otros. Las líneas anteriores profundas de los brazos son, de esta forma, la continuación de la LFP en los miembros superiores, pudiendo ser capaces de liberar desde la región axilar toda esta cadena miofascial, incluyendo la región torácica. Además, los tejidos que proceden de la cúpula de la pleura pulmonar se insertan en las apófisis transversas de las vértebras cervicales inferiores, quedando conectados a los músculos escalenos, y que podría tener una repercusión importante sobre las raíces nerviosas que conforman el plexo braquial (22).

Un correcto diagnóstico y valoración de la movilidad y funcionalidad de todas las estructuras que se encuentran en esta cadena miofascial, desde la zona lumbo-pélvica y cadera hasta segmentos cráneo-cervicales, sería necesario para un abordaje más completo de la patología del manguito rotador, integrándolo a la evaluación más convencional de la cintura escapular y esas 7 articulaciones que la componen.

Implicación del sistema nervioso en la patología del hombro

Un estudio encontró en humanos una asociación de ramas nerviosas entre el nervio frénico, cuya inervación procede también de las raíces medulares C3-C5, y el nervio supraescapular que denominó "comunicación frenicosupraescapular" (27). Estas fibras pertenecen al componente más anterior del plexo braquial estando estrechamente asociadas con los nervios anteriores tales como, el nervio frénico, subclavio e incluso el nervio pectoral. Esta conexión nos puede explicar los resultados que se obtuvieron en una revisión sistemática (28), la cual analizó 26 estudios científicos experimentales y prospectivos que emplearon procedimientos quirúrgicos viscerales y que encontraron una alta incidencia de dolor de hombro tras cirugía, que llegó a ser de hasta el 97 % de los sujetos intervenidos por toracotomía (29), de hasta el 71,4% de los intervenidos por laparoscopia (30) y de hasta el 40% de las mujeres intervenidas por cesárea (31). En la revisión (28) se encontró que la infiltración con anestésico en las inmediaciones del nervio frénico, responsable de la inervación de la pleura parietal además del músculo diafragma (32), fue el tratamiento más efectivo para reducir el dolor de hombro ipsilateral tras cirugía torácica. También se demostró que la utilización de una irrigación con anestésico intraperitoneal durante las laparoscopias obtuvo resultados significativos en la disminución del dolor de hombro comparándolo con grupos control a los que se les

administraban una solución salina (28). En el caso de las cirugías por cesárea, los estudios encontrados responsabilizaron la alta incidencia de dolor de hombro postquirúrgico a la irritación que se produce a nivel peritoneal, produciendo un daño del nervio frénico por distensión o por presión sobre el peritoneo parietal al cuál inerva, que podría causar una severa irritación a nivel metamérico del segmento C5 generando un dolor referido en los nervios supraescapular, axilar, mediano, radial y musculocutáneo (31). Esto podría conllevar que, procesos patológicos que afecten a vísceras torácicas y aquellas con relación con el peritoneo pudieran generar sintomatología de dolor referido vía nervio frénico y deberían tenerse en cuenta en el abordaje multidisciplinar del paciente con patología de hombro.

Conclusión

La aplicación en la patología del manguito rotador de un nuevo punto de vista, como puede ser el abordaje de estructuras aparentemente distantes a la región del hombro, nos abre una nueva forma de entender el cuerpo, y que puede marcar una nueva línea de investigación científica.

Futuros estudios son necesarios para evaluar el efecto que tendrían los tratamientos dirigidos a estructuras anatómicas centrales, como la región torácica o abdominal, en la patología del hombro. Lejos debe quedar la función muscular aislando un músculo esquelético concreto en su origen superior e inferior, sin tener en cuenta la relevancia de sus inervaciones y vascularizaciones, o del tejido conectivo asociado. Con objeto de evolucionar, los profesionales sanitarios debemos abandonar el concepto de músculo aislado, con una visión más global y holística del paciente, planteándonos los efectos que pudiera tener nuestra terapia a nivel sistémico, del sistema nervioso y con respecto a la conexión miofascial.

Bibliografía

1. Meislin RJ, Sperling JW, Stitik TP. Persistent shoulder pain: epidemiology, pathophysiology, and diagnosis. American journal of orthopedics (Belle Mead, N.J.). 2005;34(12 Suppl):5-9.
2. Vecchio P, Kavanagh R, Hazleman BL, King RH. Shoulder pain in a community-based rheumatology clinic. Br J Rheumatol. 1995;34(5):440-2.
3. Urwin M, Symmons D, Allison T, Brammah T, Busby H, Roxby M, et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. Ann Rheum Dis. 1998;57(11):649-55.
4. Huang BK, Resnick D. Novel anatomic concepts in magnetic resonance imaging of the rotator cuff tendons and the footprint. Magn Reson Imaging Clin N Am. 2012;20(2):163,172, ix.
5. Clark JM, Harryman DT. Tendons, ligaments, and capsule of the rotator cuff. Gross and microscopic anatomy. J Bone Joint Surg Am. 1992;74(5):713-25.
6. Villaseñor-Ovies P, Vargas A, Chiapas-Gasca K, Canoso JJ, Hernández-Díaz C, Saavedra MÁ, et al. Clinical anatomy of the elbow and shoulder. Reumatol Clin. 2013 2012;8 Suppl 2:13-24.
7. Ludewig PM, Reynolds JF. The association of scapular kinematics and glenohumeral joint pathologies. J Orthop Sports Phys Ther. 2009;39(2):90-104.
8. Seida JC, LeBlanc C, Schouten JR, Mousavi SS, Hartling L, Vandermeer B, et al. Systematic review: nonoperative and operative treatments for rotator cuff tears. Ann Intern Med. 2010;153(4):246-55.
9. D'Almeida KW, Godard C, Leclerc A, Lahon G. Sickness absence for upper limb disorders in a French company. Occup Med (Lond). 2008 -10;58(7):506-8.
10. Valverde J, García I, Ordoñez S, Poca V. Hombro doloroso. Jano especial. 2000(59):43-83.
11. Yamamoto A, Takagishi K, Osawa T, Yanagawa T, Nakajima D, Shitara H, et al. Prevalence and risk factors of a rotator cuff tear in the general population. J Shoulder Elbow Surg. 2010;19(1):116-20.
12. Stecco C. Functional atlas of the human fascial system. Edinburgh: Churchill Livingston; 2015.
13. Stecco L. Fascial manipulation for musculoskeletal pain. Padova: Piccin; 2004.
14. Meijer HJM, Baan GC, Huijing PA. Myofascial force transmission is increasingly important at lower forces: firing frequency-related length-force characteristics of rat extensor digitorum longus. Acta Physiologica. 2006;186(3):185-95.
15. Maas H, Meijer HJM, Huijing PA. Intermuscular Interaction between Synergists in Rat Originates from both Intermuscular and Extramuscular Myofascial Force Transmission. Cells Tissues Organs. 2006;181(1):38-50.

16. Rolf IP. Rolfing: the integration of human structures. United States; 1977.
17. Bordoni B, Zanier E. Anatomic connections of the diaphragm: influence of respiration on the body system. Journal of multidisciplinary healthcare. 2013;6:281-91.
18. Paoletti S. The Fasciae: Anatomy, Dysfunction and Treatment. 1st ed. Seattle WA: Eastland Press; 2006.
19. Cresswell AG, Oddsson L, Thorstensson A. The influence of sudden perturbations on trunk muscle activity and intra-abdominal pressure while standing. Exp Brain Res. 1994;98(2):336-41.
20. Daggfeldt K, Thorstensson A. The role of intra-abdominal pressure in spinal unloading. J Biomech. 1997;30(11-12):1149-55.
21. Hodges PW, Gandevia SC. Activation of the human diaphragm during a repetitive postural task. J Physiol. 2000 -1-01;522(Pt 1):165-75.
22. Myers TW. Vías anatómicas. 2ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010.
23. Harmon D, Hearty C. Ultrasound-guided suprascapular nerve block technique. Pain Physician. 2007;10(6):743-6.
24. Shin C, Lee S, Yu K, Chae H, Lee K. Spinal root origins and innervations of the suprascapular nerve. Surg Radiol Anat. 2010;32(3):235-8.
25. Yan J, Horiguchi M. The communicating branch of the 4th cervical nerve to the brachial plexus: the double constitution, anterior and posterior, of its fibers. Surg Radiol Anat. 2000;22(3-4):175-9.
26. Silva AG, Punt TD, Sharples P, Vilas-Boas JP, Johnson MI. Head posture and neck pain of chronic nontraumatic origin: a comparison between patients and pain-free persons. Arch Phys Med Rehabil. 2009;90(4):669-74.
27. Kodama K, Kawai K, Okamoto K, Yamada M. The suprascapular nerve as re-interpreted by its communication with the phrenic nerve. Acta Anat (Basel). 1992;144(2):107-13.
28. Fernández-López I, Peña-Otero D, Atín-Arratibel MA, Eguillor-Mutiloa M. Influence of the phrenic nerve in shoulder pain: A systematic review. International Journal of Osteopathic Medicine. 2020;36:36-48.
29. Mac TB, Girard F, Chouinard P, Boudreault D, Lafontaine ER, Ruel M, et al. Acetaminophen decreases early post-thoracotomy ipsilateral shoulder pain in patients with thoracic epidural analgesia: a double-blind placebo-controlled study. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2005;19(4):475-8.
30. El-Labban GM, Hokkam EN, El-Labban MA, Morsy K, Saadl S, Heissam KS. Intraincisional vs intraperitoneal infiltration of local anaesthetic for controlling early post-laparoscopic cholecystectomy pain. J Minim Access Surg. 2011;7(3):173-7.
31. Zirak N, Soltani G, Hafizi L, Mashayekhi Z, Kashani I. Shoulder pain after caesarean section: comparison between general and spinal anaesthesia. J Obstet Gynaecol. 2012;32(4):347-9.
32. Fernández-López I, Atín-Arratibel MA, Peña-Otero D. El diafragma torácico y su influencia en los distintos sistemas corporales. Enfermería Activa. 2020;6(XVI):25-30.

ARTICULO ORIGINAL

Sistema de classificação de doentes em enfermagem como sistema de qualidade

Nursing patient classification system as a quality system

El sistema de clasificación del paciente de enfermería como sistema de calidad

José Manuel Lúcio Chora (1), Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora (2), Cristina Maria Barradas Moreira Duarte Paulino (3), Maria Cecília Moreira Varandas (4), Maria Lisete Santos Mendes Candeias (5).

(1) Msc Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde. Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE - Portugal. ORCID 0000-0002-3779-8744

(2) Ph.D. Sociologia. Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus - Portugal. ORCID 0000-0003-3449-3061

(3) Licenciatura em Enfermagem. Ministério da Saúde -Administração Central do Sistema de Saúde - Portugal. ORCID 0000-0001-7264-0881

(4) Licenciatura em Enfermagem. Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE - Portugal. ORCID 0000-0003-1778-6145

(5) Licenciatura em Enfermagem. Hospital do Espírito Santo Évora, EPE - Portugal. ORCID 0000-0002-8999-0105

Autor de correspondencia:
jmlchora@gmail.com

Resumo

Introdução: O Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) constitui uma fonte de informação para a gestão dos serviços de saúde, baseado na categorização dos doentes por indicadores críticos, de acordo com as suas necessidades em cuidados de enfermagem e segundo um padrão de qualidade definido. Objetivo: Descrever o SCD/E como um sistema de qualidade dos cuidados de enfermagem com base na NP EN ISO 9001:2008. Método: Pesquisa de literatura existente na Ordem dos Enfermeiros, na biblioteca do conhecimento na MEDLINE®, na SciElo, no motor de pesquisa Google, sites oficiais da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS - IP), na pesquisa manual de documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde bem como os Relatórios do SCD/E. Considerações Finais: Uma organização/produto ou serviço que cumpra os requisitos da ISO 9001 transmite confiança acerca da capacidade dos seus processos e da qualidade dos seus produtos, fomentando a melhoria contínua e conduzindo a um aumento da satisfação de doentes. O SCD/E constitui um sistema de informação de enfermagem que produz conhecimento para benefício das organizações, dos profissionais e dos doentes e cujos pressupostos estão em conformidade com as etapas do processo de melhoria contínua da qualidade.

Palabras-chave: Cuidados de Enfermagem; Sistemas de Informação em Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Enfermagem; ISO 9000

Abstract

Introduction: The Nursing Patient Classification System (SCD/E) is

an information system for the management of health services, based on the categorization of patients by critical indicators, according to their needs in nursing care and according to a standard of care. defined quality. Objective: To describe the SCD/E as a quality system of nursing care based on NP EN ISO 9001: 2008. Method: Research of existing literature in the Order of Nurses, in the knowledge library at MEDLINE®, in SciElo and in the Google search engine, official sites of the Central Administration of the Health System (ACSS - IP) and in the manual search of documents made available by the Ministry of Health, such as the SCD/E Reports. Final Considerations: An organization / product or service that meets the requirements of ISO 9001 conveys confidence about the capacity of its processes and the quality of its products, promoting continuous improvement and leading to an increase in patient satisfaction. The SCD/E is a nursing information system that produces knowledge for the benefit of organizations, professionals and patients and whose assumptions are in accordance with the stages of the process of continuous quality improvement.

Keywords: Nursing Care; Health Information Systems; Quality of Health Care; Nursing; ISO 9000

Resumen

Introducción: El Sistema de Clasificación de Pacientes de Enfermería (SCD/E) es un sistema de información para la gestión de los servicios de salud, basado en la categorización de los pacientes por indicadores críticos, según sus necesidades en el cuidado de enfermería y según un estándar de atención. calidad definida. Objetivo: Describir el SCD/E como un sistema de calidad de los cuidados de enfermería basado en la NP EN ISO 9001: 2008. Método: Investigación de la literatura existente en la Orden de Enfermeras, en la biblioteca de conocimiento en MEDLINE®, en SciElo y en el buscador de Google, sitios oficiales de la Administración Central del Sistema de Salud (ACSS - IP) y en la búsqueda manual de documentos puestos a disposición por la Ministerio de Salud, como los informes SCDE. Consideraciones finales: Una organización / producto o servicio que cumple con los requisitos de ISO 9001 transmite confianza sobre la capacidad de sus procesos y la calidad de sus productos, promoviendo la mejora continua y conduciendo a un aumento en la satisfacción del paciente. El SCD/E es un sistema de información de enfermería que produce conocimiento en beneficio de organizaciones, profesionales y pacientes y cuyos supuestos están de acuerdo con las etapas del proceso de mejora continua de la calidad.

Palabras Clave: Atención de Enfermería; Sistemas de Información en Salud; Calidad de la Atención de Salud; Enfermería, ISO 9000

Introdução

O Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) constitui um projeto nacional, no âmbito da Enfermagem, que teve início em 1984 coordenado pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde, que foi extinto em 2016, atualmente coordenado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Inicialmente designado por Sistema de Classificação de Doentes baseado em Graus de Dependência de Enfermagem, em 2010 passou a designar-se por Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E). Constitui um sistema de informação para a gestão dos serviços de saúde, baseado na categorização dos doentes por indicadores críticos, de acordo com as suas necessidades em cuidados de enfermagem e segundo um padrão de qualidade definido.

Ao longo do artigo procuraremos descrever o SCD/E como um sistema de gestão da qualidade com base na NP EN ISO 9001:2008 (1).

Metodologia

Procedeu-se a uma pesquisa de literatura existente na Ordem dos Enfermeiros, na biblioteca do conhecimento na MEDLINE®, na SciElo e no motor de pesquisa Google, sites oficiais da ACSS - IP e na pesquisa manual de documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, como os Relatórios do SCDE. A metodologia utilizada foi descritiva baseada numa pesquisa bibliográfica através dos descritores da DeCS.

Justificação

Tendo por referência a alínea g) do art.º 10.º dos estatutos das Unidades Locais de Saúde E.P.E., publicados no Decreto-Lei n.º 12/2015 de 26 de janeiro, compete ao enfermeiro-diretor a coordenação técnica da atividade de enfermagem da ULS, E. P. E., velando pela sua

sua qualidade propor a criação de um sistema efetivo de classificação de utentes que permita determinar necessidades em cuidados de enfermagem e zelar pela sua manutenção.

No n.º 1 do art.º 5, da Portaria n.º 245/2013 de 5 de agosto encontram-se descritas as competências da Direção de Enfermagem que engloba a definição das políticas da organização e da prestação de cuidados de enfermagem; realização de estudos de custo/benefício e de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, de modo a promover ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade e dos procedimentos profissionais adotando as melhores práticas nacionais e internacionais.
Na mesma continuidade foi elaborado pela Ordem dos Enfermeiros, um documento designado resumo minino de dados de enfermagem, entendido como o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde (2).

Na organização dos indicadores adota-se a metodologia de Donabedian (2003) respetivamente indicadores de Estrutura, Processos e Resultados.
Numa perspetiva sistémica, as organizações são condicionadas pelo seu meio interno e externo. Neste sentido as organizações de saúde constituem-se como organizações altamente complexas, onde interagem dinamicamente os stakeholders. No entanto, a saúde é um bem social complexo.

As instituições prestadoras de cuidados de saúde são entidades cada vez mais complexas que detêm especificidades próprias, sendo uma das suas principais missões prosseguir objetivos que visem uma melhoria ao nível da qualidade, acessibilidade e eficiência dos cuidados prestados (3).

O sistema de saúde é um sistema altamente complexo sendo condicionado por fatores como:
- Unidade com diferentes práticas, valores e culturas;
- Assimetrias geográficas com implicação nas respostas às necessidades;
- Tendência para a centralização e burocratização da gestão;
- Baixos índices de motivação com implicações no desempenho e na responsabilização da gestão, deste modo é assumido a fragilidade do Estado na regulação, na organização e no controlo (4).

Pode-se considerar que existem mudanças determinantes no setor da saúde e que se relacionam com o padrão da procura, o paradigma assistencial e com a envolvente social e económica.

Vivenciamos um contexto permanente de mudança global que incide desde o padrão da procura, passando pelo paradigma assistencial e pelas mudanças legislativas, demográficas, sociais e económicas, em que ambas interagem entre si e condicionam-se mutuamente.

Na conceção deste artigo os conceitos estruturantes são: cuidados de enfermagem; dotação de pessoal; sistema de classificação de doentes; qualidade de cuidados e sistema de gestão de qualidade. Não será uma tarefa fácil estabelecer uma fronteira entre os conceitos, pois relacionam-se e condicionam-se mutuamente.

Entende-se por cuidados de enfermagem aqueles que tomam como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores - frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (5).

A dotação de pessoal relaciona-se com o número e tipo de pessoal apropriado, conjugada com variáveis como: carga de trabalho, ambiente de trabalho, eficiência e efetividades em termos de custos, complexidade dos doentes, nível de aptidões dos enfermeiros. Assim as dotações seguras estão relacionadas com questões de responsabilização, segurança do pessoal e segurança dos doentes, com o objetivo de garantir respostas efetivas às necessidades de cuidados de doentes e a manutenção de um ambiente de trabalho livre de perigos (6).

Existe evidência forte entre a dotação de enfermeiros e a segurança dos doentes. Havendo investigações que demonstram a relação entre as baixas dotações de enfermeiros e taxas mais elevadas de doentes com complicações (ex: úlceras de pressão, infeções). Numa perspetiva de recursos humanos, a baixa dotação de profissionais, também se traduz numa maior insatisfação profissional, burnout, e elevadas taxas de absentismo e turnover (3).

O sistema de classificação de doentes em enfermagem é um sistema de informação para a gestão dos serviços de saúde, baseado na categorização dos doentes por indicadores críticos, de acordo com as suas necessidades em cuidados de enfermagem e segundo um padrão de qualidade definido (7).

Quando se fala em qualidade é preciso ter presente pelo menos três conceitos: "missão", "serviços" e "satisfação do utente", sendo fundamental que a organização cumpra fielmente a sua missão e seja excelente nas suas atividades especificas. As preocupações com a procura da qualidade em Enfermagem iniciaram a sua evolução histórica desde os tempos pioneiros de Florence Nightingale, em 1860, que definiu a necessidade de estabelecimento de padrões de tratamento hospital.

A qualidade é um conceito multidimensional, pois podemos encontrar diferentes conceções, uma colocando a ênfase nos aspetos internos da organização e outra conceção externa, colocando o realce nos destinatários do serviço prestado ou do bem produzido, mas poder-se-ão encontrar conceções de qualidade que conjugam as duas perspetivas de análise.

No âmbito do SCD/E entende-se por qualidade como o grau de satisfação dos requisitos dados por um conjunto de características intrínsecas (7).

Donabedian define qualidade dos cuidados de saúde como o tipo de prestação de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes (8).

Enquadramento do SCDE como sistema de qualidade

No âmbito do SCDE entende-se por sistema de gestão da qualidade como um sistema de gestão para dirigir e controlar uma organização no que respeita a qualidade (7).

Tendo subjacente que o SCDE é um sistema de gestão da qualidade, iremos descrever as etapas de implementação, para posteriormente fazer um paralelismo.
Um sistema de gestão da qualidade com base na NP EN ISO 9001:2008 engloba as seguintes fases (1):

- Levantamento inicial - nesta fase realiza-se o levantamento das necessidades com o objetivo de analisar o que a organização faz, como faz. Visa identificar os processos existentes e procede à avaliação dos recursos.
- Responsabilidade da gestão – o gestor de topo é o responsável pela implementação, no entanto é fundamental ter subjacente "o ponto de situação", ou seja, deve ser sempre realizado uma avaliação inicial e analisar criteriosamente os resultados. Nesta fase será demonstrado as vantagens da implementação e terá de ser realizada formação aos colaboradores, de modo a captar a adesão efetiva de todos na implementação. Assume aqui papel crucial o líder, de modo a "evangelizar" os seus colaboradores.
- Definição da política da qualidade – o gestor de topo deve assegurar que a política da qualidade esteja em conformidade com os objetivos da organização, de modo a garantir o cumprimento dos requisitos e melhorar a eficácia do sistema, permite ainda uma revisão dinâmica dos objetivos da qualidade. A política de qualidade deverá estar articulada com a missão, visão, valores e estratégia da organização e terá de ser disseminada através de um programa de comunicação dentro da organização.
- Definição da equipa de projeto - a equipa de projeto coopera diretamente com a equipa externa, o que implica determinar quem faz o quê e como faz.
- Definição do plano de implementação - a organização identifica e define os objetivos, a calendarização, as responsabilidades e as competências individuais de cada elemento da equipa de projeto, qual a metodologia de monitorização e periodicidade das reuniões de acompanhamento com o gestor de topo e com a equipa externa.
- Formação da equipa de projeto em sistemas de gestão da qualidade - a organização providencia formação

especializada para que todos os colaboradores se apropriem de competências, de acordo com os níveis de funcionalidade e responsabilidade.

- Planeamento - a organização com base na ISO 9001 verifica os requisitos e agrega a informação interna, de modo a melhorar as práticas e evidenciar a conformidade com os requisitos. A organização procura identificar a forma como se realizam ou se vão realizar as atividades, bem como define como os mecanismos de controlo (auditoria) e de registo.
- Implementação e funcionamento - esta fase só pode ser operacionalizada após ter sido definida a política, os objetivos e as metas organizacionais. Sendo vital o envolvimento dos colaboradores, devendo estar explicitado os contributos de cada um dos colaboradores. Considera-se que responsáveis pelo projeto devem elaborar mensalmente um relatório informativo de monitorização.
- Verificação e ações corretivas - mecanismos que possibilitem o controlo regular e permanente de forma a agir proactivamente sobre o sistema implementado. Elaboram-se e implementam-se os procedimentos de controlo de documentos e registos, não conformidades, sugestões de melhoria, ações corretivas e preventivas e auditorias. Nesta fase ocorre a verificação dos indicadores de desempenho da organização.
- Certificação - A certificação é a etapa final, a do reconhecimento internacional. A entidade certificadora certifica que a organização cumpre com os requisitos do referencial normativo e legal, assim garante aos clientes internos e externos, à gestão de topo e a todas partes interessadas que as atividades da organização se processam de modo controlado conforme a norma ISO 9001.

A gestão da qualidade é da responsabilidade de todos os níveis de gestão (estratégica, tática e operacional), necessita ser conduzida pelo gestor do topo e pelo líder organizacional e do projeto, que terá de envolver todos os membros da organização.

Com base nas normas do sistema de gestão da qualidade existem oito princípios como base (NP EN ISO 9000:2005) e foram publicados no documento Quality management principles em 1998 e revisto em 2009 e que são:

- Focalização no cliente; Liderança; Envolvimento das pessoas; Abordagem de processos; Abordagem da gestão como um sistema; Melhoria continua; Abordagem à tomada de decisões baseada em factos e as Relações mutuamente benéficas com fornecedores.

As Normas Internacionais da família ISO 9000 conforme descrito no Quadro n.º 1 são referenciais para a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), que visam dar a garantia ao consumidor/cliente de que a empresa fornecedora/fabricante possui qualidade, assegura o fornecimento de produtos que satisfaçam os requisitos dos clientes, assim como a melhoria contínua das organizações e a prevenção de problemas (não conformidades ou potenciais não conformidades).

Quadro n.º 1 - Enumeração das NP EN ISO e relação com o SCD/E

NORMAS	GENERALIDADES
NP EN ISO 9000:2005 Sistema de gestão da qualidade: fundamentos e vocabulário	Descreve os fundamentos de sistemas de gestão da qualidade e especifica a terminologia
NP EN ISO 9001:2008 Sistema de gestão da qualidade: requisitos	Especifica os requisitos de um sistema de gestão da qualidade, de modo a que uma organização demonstre que os produtos/serviços satisfaçam os requisitos e as necessidades dos clientes
NP EN ISO 9004:2000 Sistemas de gestão da qualidade: orientação para a melhoria continua	Linhas de orientação que consideram a eficiência e eficácia de um sistema de gestão da qualidade visa a melhoria do desempenho da organização e satisfação dos clientes
NP EN ISO 190011:2003 Linhas de orientação para auditorias de sistemas de qualidade e/ou gestão ambiental	Orientações para a execução de auditorias a sistemas de gestão de qualidade e a sistemas de gestão ambiental

O SCD/E e os Processos de Auditoria foram desenvolvidos com base nas normas NP EN ISO 9001:2008 - Sistema de gestão da qualidade: requisitos e NP EN ISO

190011:2003 - Linhas de orientação para auditorias de sistemas de qualidade e/ou gestão ambiental.

O SCDE é o único sistema de classificação de doentes, desenvolvido pela ACSS. Apresenta como caraterísticas ser objetivo porque permite a identificação dos fatores (atividades) que têm maior impacto na carga de trabalho dos enfermeiros; Individualizado porque possibilita com base na situação clínica do doente (necessidades humanas básicas) determinar as áreas de cuidados/intervenções de enfermagem e assim determinar o tempo necessário de cuidados de enfermagem, tendo subjacente um padrão qualitativo; flexível porque permite a adaptação/construção de novos quadros de classificação a outras valências (médicas, cirúrgicas); global porque abrange necessidades físicas e psicológicas e de fácil compreensão.

O SCD/E tem como objetivos determinar as Horas de Cuidados de Enfermagem necessárias por doente, em cada dia de internamento (HCN/DI), de modo a obter valores médios que permitam a gestão racional dos recursos humanos (enfermeiros) disponíveis e prever os recursos humanos necessários.
No entanto, deve ser realçado que doentes com o mesmo diagnóstico, podem ter necessidades e requerer atividades de enfermagem distintas, face ao exposto não podemos listar os doentes ou basearmos no diagnóstico e determinar as necessidades de pessoal de enfermagem.

Os teóricos consideram que classificar um doente, consiste na avaliação da sua dependência em atividades de enfermagem através da utilização de um Quadro de Classificação de Doentes (QCD), bem como na determinação do tempo necessário para prestar cuidados totais (cuidados diretos e cuidados indiretos) com um atendimento personalizado e dentro dos padrões de qualidade (9).

A conceção do sistema de classificação de doentes foi desenvolvido em Portugal, teve subjacente a situação clínica do doente e as suas necessidades em cuidados de enfermagem, o que determina ações e intervenções de enfermagem, tendo os tempos de realização sido estudados, definidos e ajustados tendo por base um padrão qualitativo que se encontra definido por atividade nos manuais de conceitos básicos das várias valências.

O SCD/E enquadra-se nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, nos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional, o bem-estar e o autocuidado e organização dos cuidados de enfermagem, emitidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Um sistema de informação é de extrema importância em qualquer organização, pois possibilita a interligação entre a cultura de gestão e a cultura informática, entre a perspectiva organizacional e a perspetiva tecnológica (10).

O SCD/E constitui um sistema de informação de gestão, aplicado aos diferentes níveis da estrutura organizacional (estratégico, tático e operacional) de apoio ao processo de tomada de decisão. Mas para que seja eficiente e eficaz, qualquer sistema de apoio à tomada de decisão deve ser "validados interna e externamente e deve manter-se atualizado (10), estes desígnios tem constituído preocupação do grupo coordenador do SCD/E, dos auditores internos e externos, das organizações envolvidas e de todos os profissionais de enfermagem.

A informação para as organizações atuais constitui um dos recursos essenciais, cuja gestão pode determinar o sucesso ou insucesso organizacional, assim torna-se imprescindível saber (re)aprender novas formas de gerir e de interpretar os dados, a informação e o conhecimento de modo a minimizar a incerteza associada ao contexto organizacional interno e externo e contribuir para o processo de tomada de decisão.

A ausência de sistemas de informação capazes de produzir dados e indicadores consistentes e fiáveis, na perspetiva da saúde dos doentes e da qualidade dos cuidados de saúde prestados, persiste como uma das limitações mais significativas, simultaneamente à boa prática clínica e à gestão, impedindo definitivamente a adoção de estratégias de decisão baseadas na evidência, comprometendo qualquer tentativa séria de avaliação e cerceando o desenvolvimento de processos de auditoria e controlo de qualidade (3).

A gestão da informação permite usar o conhecimento para benefício das organizações, sendo crucial que a

informação seja precisa, fidedigna, em qualidade e em quantidade adequada, estando disponível no momento e no local certo, de modo a que as organizações possam adquirir vantagens competitivas. Portanto o sistema de informação eficiente é aquele que permite a rápida circulação da informação e do conhecimento.

Com base nestas premissas, em 1998 foi desenvolvida o sistema informático de classificação de doentes em enfermagem (SICDE) que apresenta como vantagens:

- Possibilitar um menor dispêndio de tempo por parte dos enfermeiros, na classificação de doentes;
- Permitir a eliminação dos erros de cálculo e de transcrição;
- Permitir uma maior fiabilidade nos resultados;
- Possibilitar um melhor cruzamento da informação, através do tratamento gráfico e estatístico da informação;
- Facilitar a gestão dos recursos existentes por garantir uma maior fiabilidade e qualidade de informação;
- Possibilitar a centralização dos dados dos diversos hospitais, permitindo tratar a informação e realizar estatísticas a nível nacional.

O SCD/E é um sistema qualitativo de recolha de dados, informação e de conhecimento. Como sistema da qualidade fornece respostas às principais questões para gerir as atividades nas organizações: o que deve ser feito, como fazer, por que fazer, quando fazer, quem é o responsável, onde e quanto produzir.

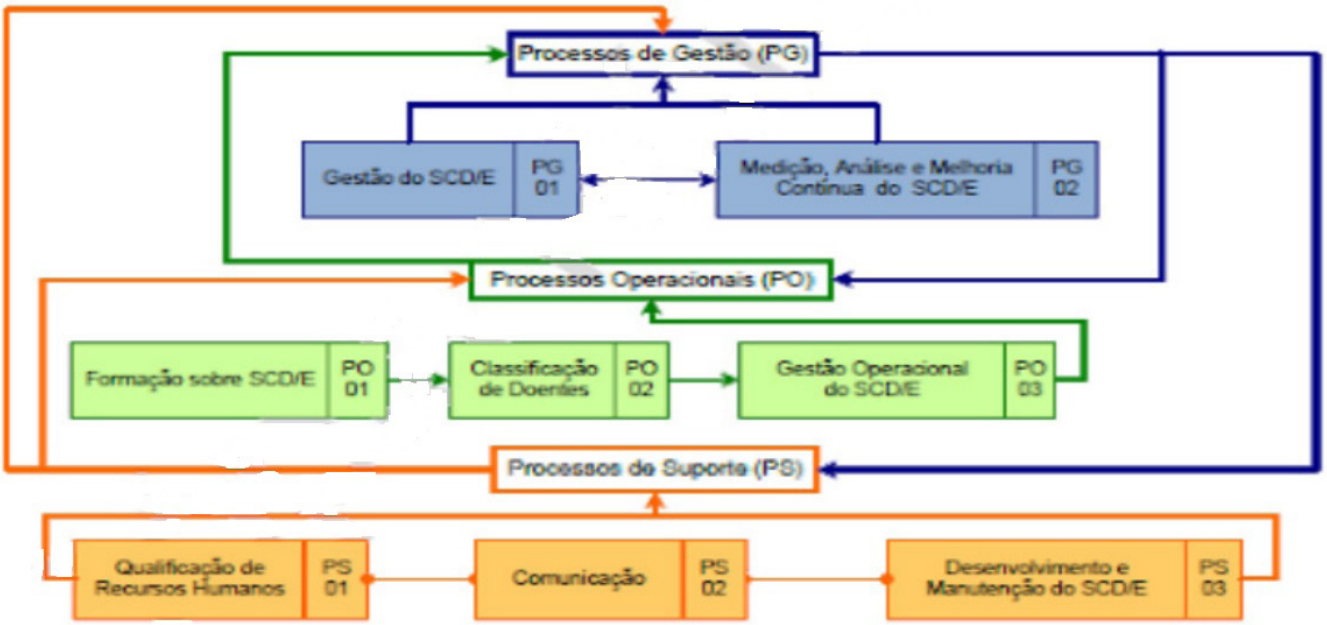
O SCD/E desenvolvido pela ACSS, aplica-se a todos os utentes/doentes/clientes em que o tempo de internamento é superior ou igual a 24 horas. Permite determinar indicadores como: Horas de Cuidados Necessárias por dia de internamento (HCN/DI), as Horas de Cuidados Prestados por dia de internamento (HCP/DI) e a Taxa de Utilização de Pessoal de Enfermagem.

m 2010 foi elaborado o Manual do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem Edição 04, tendo subjacente a Norma Portuguesa da Norma Europeia da International Organization for Standardization NP ISO 9001:2008 (1).

A política de gestão do SCDE assenta numa abordagem por processos que interagem e se inter-relacionam, contempla Processos de Gestão; Processos Operacionais e Processos de Suporte, conforme Figura n.º 1.

Os Processos de Gestão, englobam a gestão do SCD/E e a medição, análise e melhoria contínua. Os Processos Operacionais, englobam a formação, a classificação de doentes e a gestão operacional e os Processos de Suporte, englobam a qualificação dos recursos humanos, a comunicação e o desenvolvimento e a manutenção do SCD/E.

Figura n.º 1 - Matriz de processos



Fonte: ACSS - Manual do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (7).

Os Processos de Gestão fornecem as diretrizes, estratégias e recursos necessários ao funcionamento e desenvolvimento dos restantes processos, englobam a Gestão do SCD/E (PG 01) e a Medição, Análise e Melhoria Contínua (PG 02), neste processo enquadra-se a auditoria externa entendida como um processo sistemático, independente e documentado, realizado por auditores externos, para:

- Determinar o grau de fiabilidade da utilização do SCDE;
- Analisar as necessidades de melhoria no âmbito da aplicação do sistema;
- Validar os resultados da auditoria interna;
- Contribuir para a garantia de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

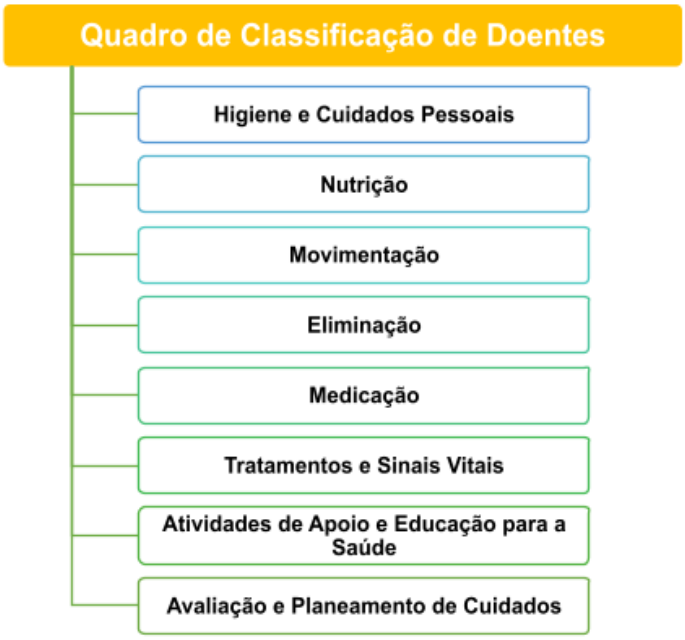
A auditoria externa constitui um processo estruturado que permite validar o processo de auditoria interna. Visa contribuir para a implementação de medidas corretivas e preventivas nas organizações hospitalares.

Os Processos Operacionais estão diretamente relacionados com a utilização e sustentam a atividade e englobam a Formação sobre SCD/E (PO 01), a Classificação de Doentes (PO 02) e a Gestão Operacional do SCD/E (PO 03).

Os Processos de Suporte sustentam e permitem a concretização dos processos operacionais e de gestão, englobam Qualificação de Recursos Humanos (PS 01), Comunicação (PS 02) e o Desenvolvimento e Manutenção do SCD/E (PS 03).
Irei agora descrever o Processo Operacional (PO 02). A classificação de doentes efetua-se de acordo com o representado na Figura n.º 2, tendo subjacente os Manuais de Boas Práticas, onde se incluem Manual de Procedimentos Técnicos, os Manuais de Conceitos Básicos para a Definição de Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem nas Especialidades de Cardiologia, Cirurgia/Medicina, Obstetrícia, Ortopedia e Pediatria e o Manual do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem.

As áreas de cuidados contemplados em todos os quadros constam da Figura n.º 2.

Figura n.º 2 - Áreas de Cuidados dos Quadros de Classificação de Doentes



Fonte: ACSS - Manual do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (7).

Na gestão operacional do SCD/E (PO 03) enquadra-se a auditoria interna, que tem sido crucial na melhoria contínua da qualidade, junto dos enfermeiros prestadores de cuidados e enfermeiros gestores, para garantir a credibilidade e fiabilidade de indicadores produzidos. Constitui uma ferramenta fundamental na adequação e transformação de processos de trabalho.

Como referido pelo Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (2010) é assim desejável, particularmente em organizações de cariz científico, onde a linguagem deverá ser a do rigor, que se adicionem novos instrumentos de medição e que se afinem os existentes. Não é demais realçar a importância dos registos e dos sistemas de informação, que são igualmente indispensáveis para o desenvolvimento de procedimentos de auditoria interna e externa, ferramentas poderosas de leitura e análise comparativa, igualmente imprescindíveis à gestão da qualidade, que tardam em ser introduzidas na atividade e na cultura

das nossas organizações (3).

No âmbito do SCD/E os auditores internos de cada organização são nomeados pelos Enfermeiros Diretores e os auditores externos são nomeados pela ACSS.
O processo de auditoria interna (PO 03) baseia-se na classificação de doentes (PO 02) e o processo de auditoria externa (PG 02) baseia-se no processo de auditoria interna (PO 03).

A utilização do SCD/E permite a produção de indicadores como: n.º de doentes classificados, Horas de Cuidados Necessários (HCN)/Dia de Internamento (DI), Horas de Cuidados Disponíveis (HCD)/Dia de Internamento (DI), Horas de Cuidados Prestados (HCP)/ Dia de Internamento (DI), Percentagem de utilização (HCN/HCP), Equivalente a Tempo Completo (ETC).

Face ao exposto poderemos afirmar que o SCD/E, tem vindo a constituir-se de modo progressivo e gradual com um sistema de gestão de qualidade, conforme Quadro n.º 2 e 3).

Quadro n.º 2 - Sistema de Classificação de Doentes - Requisitos

REQUISITOS
Metodologia de Trabalho por Enfermeiro Responsável ou Método Individual
Operacionalização da Metodologia Científica da Organização dos Cuidados
Sistema de Registos, com evidência de Planeamento, Execução e Avaliação
Manuais de Normas de Enfermagem - Procedimentos Técnicos
Manuais de Conceitos Básicos para a Definição de Níveis de Dependência
Manual do Sistema de Classificação de Doentes
Listas de Descodificação de Siglas e Abreviaturas
Lista de Rubricas dos Profissionais

Quadro n.º 3 - Sistema de Classificação de Doentes como Sistema de Gestão de Qualidade

Sistema de Gestão da Qualidade
Levantamento inicial
Responsabilidade da gestão
Definição da política da qualidade
Definição da equipa de projeto
Definição do plano de implementação
Formação da equipa de projeto em sistemas de gestão da qualidade
Planeamento
Implementação e funcionamento
Verificação e ações corretivas
Certificação

As etapas percorridas foram:
- Manifestação de adesão pelo Enfermeiro Diretor;
- Visita de diagnóstico para validação dos requisitos:
  - Aplicação sistemática das etapas da Metodologia Científica da Organização dos cuidados;
  - Organização da prestação de cuidados, baseada no método individual ou por enfermeiro responsável;
  - Existência de registos de enfermagem, orientações escritas sobre técnicas, normas e procedimentos de enfermagem;
  - Existência de impressos/modelos de registos, com referência à data de elaboração e nível de revisão;
  - Existência de procedimentos e/ou instruções de trabalho, relativas à utilização dos suportes de informação;
  - Existência de lista de descodificação de siglas, abreviaturas e símbolos, divulgadas em cada serviço;
  - Existência de uma lista de rubricas dos enfermeiros que permita a sua identificação.
- Formação aos utilizadores sobre o SCD/E e os requisitos;
- Nomeação do coordenador do projeto;
- Realização de estágio de observação para enfermeiros classificadores, enfermeiros chefes e enfermeiros auditores;
- Implementação do SCD/E em fase experimental, com duração de 1 mês, com realização diária da classificação de doentes, do ciclo diário de classificação e de auditoria interna, após esta fase inicial iniciou-se a produção de dados;
- Realização do processo de auditoria interna (50% da lotação oficial no 1.º ano e 25 % nos anos subsequen-

tes);
- Avaliação de implementação do SCD/E ao fim de 6 meses;
- Avaliação da organização com o grupo coordenador do SCD/E da ACSS ao fim de 1 ano de operacionalização;
- Planeamento e realização da auditoria externa pela ACSS;
- No decorrer da auditoria externa são distribuídos inquéritos para avaliação da satisfação dos utilizadores (aos Enfermeiros Diretores, Enfermeiros Gestores e Enfermeiros Auditores Internos).

Nas organizações hospitalares as Auditorias Internas permitiram introduzir as seguintes medidas corretivas:
- Instrução de trabalho na área da atividade de apoio e educação para a saúde, nomeadamente nos registos das intervenções autónomas de enfermeiros, de modo a contribuir para a visibilidade dos cuidados prestados;
- A revisão do padrão documental e permitiu melhorar os registos planeamento execução e avaliação nas atividades de apoio e educação para saúde;
- Construção de uma tabela de compatibilização entre SCD/E e CIPE;
- Atualização da norma de procedimentos de avaliação de parâmetros vitais e aperfeiçoamento das intervenções no planeamento na área de cuidados movimentação;
- Reuniões mensais entre os auditores internos do SCD/E;
- Reuniões periódicas de formação e análise dos resultados com os Enfermeiros Classificadores e Enfermeiros Gestores;
- Reuniões periódicas de Direção de Enfermagem para análise dos resultados de produtividade, (re)definição de padrões de qualidade dos cuidados e articulação com o modelo de avaliação de desempenho dos enfermeiros;
- Elaboração de relatórios anuais dos resultados de produtividade do SCD/E, envio para os órgãos de gestão de topo, sendo utilizado para a fundamentação para a admissão de enfermeiros.

A ACSS face aos resultados das Auditorias Externas propôs a implementação das seguintes medidas corretivas:
- Formação para Enfermeiros Classificadores, Auditores Internos, Auditores Externos e Enfermeiros Gestores;
- Elaboração de normas orientadoras e instruções de trabalho para a classificação e auditoria;
- Reunião com os Enfermeiros Diretores;
- Atualização de manuais de conceitos básicos com linguagem classificada CIPE;
- Atualização de quadros de classificação de doentes;

Conclusão

Ao longo dos anos procurou-se um mapeamento dos processos e um alinhamento entre a política de qualidade e a implementação de projetos de melhoria continua.

O SCD/E segue os princípios da NP EN ISO 9001:2008 que especifica os requisitos de um sistema de gestão da qualidade, de modo a que uma organização demonstre que os produtos/serviços satisfaçam os requisitos e as necessidades dos clientes.

Tendo subjacente os requisitos da ISO 9001 para a implementação do SCD/E, os seus contributos para a qualidade são.
- Sistema centrado no utente.
- Existência de um circuito de informação.
- Controlo do processo através de auditoria interna e externa.
- Contribui para a satisfação das necessidades dos utentes.
- Contribui para a satisfação dos colaboradores.
- Gestão racional dos recursos humanos.
- Melhoria da continuidade de cuidados de enfermagem.
- Formação e atualização dos colaboradores.
- Melhoria da comunicação na equipa.
- Planeamento adequado dos recursos humanos a curto, médio e longo prazo.
- Contribui para a visibilidade interna e externa dos cuidados de enfermagem.

O SCD/E constitui-se como um sistema de informação de enfermagem que produz conhecimento para benefício das organizações, dos profissionais e dos doentes e cujos pressupostos estão em conformidade com as etapas do processo de melhoria contínua da qualidade.

Estão definidos os requisitos do SCD/E e os requisitos da política de qualidade:
- Metodologia de trabalho por enfermeiro responsável ou método individual;
- Operacionalização da metodologia científica da orga-

nização dos cuidados, onde se inclui a colheita de dados de enfermagem, planeamento de cuidados (identificação de problemas, definição de prioridades e objetivos) execução das intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes e avaliação dos cuidados prestados (Ciclo de Deming - PDCA);

- Manuais do SCD/E; de Normas de Enfermagem - Procedimentos Técnicos e de Conceitos Básicos para a Definição de Níveis de Dependência.

Consideramos que o SCD/E como sistema de gestão da qualidade contribui para:

- A melhoria dos registos de execução, avaliação nas áreas de cuidados das intervenções autónomas da enfermagem, contribuindo para a continuidade e visibilidade dos cuidados prestados e da profissão. Constituindo o registo clínico como um instrumento de apoio às boas práticas, de suporte à decisão clínica e de veículo de formação e que cumpra as funções de comunicação e suporte para decisões médico-legais, é uma operação exigente, que carece de linguagens estruturadas (ontologias) e de metodologias próprias (registo clínico orientado por problemas (3).
- A operacionalização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, cumprindo o definido pela Ordem dos Enfermeiros;
- A gestão de recursos, na qual os Enfermeiros Diretores e Gestores definem objetivos de produtividade, o padrão de qualidade dos cuidados, a política de recrutamento e o equilíbrio da carga do trabalho;
- O retorno da informação com o objetivo da melhoria, efetuando-se uma análise dos dados, informação e conhecimento e sua revisão pelos órgãos de gestão operacional, tática e estratégica;
- Os resultados são medidos, analisados e melhorados, onde se incluem as auditorias internas e externas, onde são identificadas as áreas críticas e adoção de medidas preventivas e corretivas pelos vários intervenientes no processo de cuidar, numa perspetiva de melhoria contínua dos cuidados e de qualidade dos cuidados;
- A implementação de medidas corretivas e preventivas nas organizações hospitalares, na área da prestação de cuidados de enfermagem e na gestão;
- A partilha de experiências e a reflexão sobre as práticas.

Deste modo o projeto está em conformidade com os requisitos qualitativos definidos no sistema de gestão da qualidade e tendo subjacente a NP EN ISO 9001.

Bibliografia

1. NP EN ISO 9001:2008. Norma portuguesa. Sistemas de gestão da qualidade Requisitos.
2. Ordem dos Enfermeiros. Resumo Mínimo de Dados e Core de indicadores de Enfermagem para o Repositório Central da Dados em Saúde. Lisboa. 2007.
3. Ministério da Saúde. A organização interna e a governação dos hospitais. Lisboa: Secretaria Geral. 2010.
4. Fernandes, A. C. Segurança dos Cuidados de Saúde vs Sustentabilidade do Sistema de Saúde - Sustentabilidade e Regulação em Saúde. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2010.
5. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa. 2001.
6. International Council of Nurses. Ambientes favoráveis à prática: Condições de trabalho = Cuidados de Qualidade. Genebra. 2007.
7. Ministério da Saúde. Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização. Manual do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem. Administração Central do Sistema de Saúde. Lisboa. 2010.
8. Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume I. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, Health Administration Press.1980.
9. Veiga, B. & Abrantes, I. O sistema de classificação de doentes em enfermagem no GDH 14 - Doenças Cerebrovasculares. Servir n.º 4. 1996.
10. Serrano, A. & Caldeira, M. & Guerreiro, A. Gestão de sistemas e tecnologias de informação. Lisboa: FCA - Editora de Informática. 2004.

DECLARACIÓN DE INTENCIONES DE ENFERMERÍA ACTIVA

MISIÓN

La revista enfermera de difusión digital **ENFERMERÍA ACTIVA**, medio oficial de difusión científica de International Nursing Network, tiene como misión:

1. Conformar un espacio de comunicación e intercambio de conocimientos de profesionales de Enfermería, que se oriente hacia recoger, difundir y compartir buenas prácticas profesionales para la accesibilidad, mejora y uso adecuado de los servicios de salud y de los programas o proyectos destinados a la promoción, prevención y protección de la salud, especialmente en el campo de las urgencias y emergencias sanitarias.
2. Brindar un espacio de libre acceso para que investigadores y profesionales, puedan publicar y a acceder a producciones intelectuales, académicas o de investigación, ciencia y tecnología sanitaria.
3. Constituir un medio de actualización del conocimiento, a través de la producción científica, de la investigación, de la innovación y el desarrollo profesional.

VISIÓN

La visión ENFERMERÍA ACTIVA es la de una publicación caracterizada por el dinamismo, la permanente capacidad de innovación, de adaptación a la evolución de la Sociedad y de anticipación al futuro. Una publicación dinámica, competitiva y diferente, con una destacada capacidad de innovación, preparada en todo momento para adaptarse a las necesidades y oportunidades presentes y futuras, y contribuyendo a la búsqueda de la mejora de la calidad y la excelencia.

VALORES

Los valores de **ENFERMERÍA ACTIVA** sientan sus bases en los conceptos básicos fundamentales de la Comunidad Científica, de la Bioética, del Humanismo, de los parámetros y de las directrices emanados de las Instituciones Públicas como expresión de la voluntad popular en los procesos políticos vertebradores de nuestra sociedad.

Nuestro valor supremo es el Ser Humano como expresión del la antigua concepción humanista de considerar al “hombre como la medida de todas las cosas”. Como valores específicos destacamos:

- El respeto a las creencias y decisiones de las personas.
- La confidencialidad.
- La búsqueda de la excelencia y la mejora continua.
- El trabajo en equipo.
- El compromiso con el Sistema Sanitario Público.
- La información y la transparencia.
- El uso adecuado de los recursos y de la innovación tecnológica.
- La orientación a los/as profesionales de Enfermería.
- El ser una publicación:
    - Comprometida con la calidad.
    - Comprometida con el respeto al medio ambiente.
    - Segura y fiable.
    - Abierta, transparente, y comunicativa.
    - Flexible, e innovadora.
    - Generadora y transmisora de conocimiento.

- Motivadora e ilusionante.
- Abierta a la innovación, a la investigación y al desarrollo (I+D+i).
- Amable y respetuosa.
- Humanizada y humanizante.
- Eficaz, efectiva y buscadora de la eficiencia.
- De fácil accesibilidad.
- Gestionada con calidad profesional y humana.
- Configurada en torno a las necesidades de los usuario.
- Preocupada por generar valor añadido.
- Generadora de estructuras horizontales.
- Preocupada por las "pequeñas cosas"
- De alta competencia profesional y humana
- De alta calidad científica y técnica.
- Aplicadora de los principios éticos de Beneficencia; No Maleficencia; Autonomía y Justicia
- Comprometida con la mejora continua en todos sus ámbitos (procesos, planificación, produc ción, servicios…)
- Preocupada con construir calidad.
- Con estilo de liderazgo participativo.
- Rompedora de barreras entre personas y profesiones.
- Minimizadora de costes
- Generadora de sentimientos de orgullo y pertenencia entre sus clientes –externos e internos-
- Honesta en sus planteamientos
- Generadora de feed-back
- Establecedora de sistema de evaluación de la calidad en todos sus ámbitos.
- Generadora de dinámicas directivas para la revisión constante de estos principios.

PRINCIPIOS ÉTICOS

ENFERMERÍA ACTIVA se somete a unos principios éticos, basados en los principios y valores de International Nursing Network, y en los principios explicitados en su Misión, Visión y Valores.

Este Código afecta a todas las personas que, de manera permanente o puntual, se relacionen con esta Publicación.

Hace alusión al modo de relacionarse con los/as profesionales, lectores/as, los autores/as, colaboradores/as Ha de ser útil para establecer las líneas de principios y valores por las que debe conducirse esta Publicación y resolver los posibles conflictos éticos en la práctica y anticiparse a los mismos.

Este código es biunívoco y debe comprometer las relaciones bilaterales de las personas con esta Publicación.

Su resultante debe ser el establecimiento de un adecuado nivel de confianza entre todas las personas que se relacionen con esta Publicación y para la creación de un clima de compromiso y valores compartidos.

Debe ser el elemento identificador de los principios en los que se basa la Publicación.

ENFERMERÍA ACTIVA, sienta sus bases y principios Éticos en los códigos, documentos, disposiciones, normativas, legislaciones y principios, de carácter profesional o social; y a cualquier nivel, en que esta se produzca; con especial referencia a los grandes Códigos y Principios que establecen nuestro ordenamiento social.

Los organismos responsables de la Revista **ENFERMERÍA ACTIVA** y sus miembros constituyentes, tendrán presente en todas sus actuaciones, decisiones y procedimientos de trabajo, a las personas como principales protagonistas y beneficiarios de sus acciones.

Los organismos responsables de la Revista **ENFERMERÍA ACTIVA** y sus miembros constituyentes, tendrán presente en todas sus actuaciones, decisiones y procedimientos de trabajo, a las personas como principales protagonistas y beneficiarios de sus acciones.

Todas las relaciones con las personas, en cualquier ámbito que esta se produzca, estarán presididas por el respeto a sus derechos y dignidad.

Los principios básicos de las relaciones interpersonales estarán basados en el respeto y la transparencia.

Se garantizará la confidencialidad sobre las informaciones recogidas en el curso de las actividades y acciones relacionadas con los trabajos y personas que se relacionan con la Publicación y sus acciones.

Se obtendrá el consentimiento previo de las personas y autores de los trabajos publicados, para utilizar cualquier información procedente de los mismos, o cualesquiera otras acciones se considerasen necesarias. Se tratará con objetividad el análisis y evaluación de los elementos, instituciones, profesionales, etc. Los hallazgos, conclusiones e informes estarán soportados en evidencias, sobre la base de la veracidad y la exactitud.

Se actuará con Imparcialidad y Responsabilidad en la toma de decisiones.

Se identificarán y comunicarán los posibles conflictos de intereses que puedan presentarse, para garantizar los principios de calidad.

Todas las personas relacionadas con la Publicación no se someterán a ningún compromiso económico ni de otro tipo procedente de organizaciones o personas ajenas que pudieran influenciarlos en el ejercicio de sus deberes.

Se rehusará utilizar la condición de miembro de la Publicación para obtener beneficio o trato preferente alguno.

NATURALEZA, COMPETENCIAS Y FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO ASESOR Y DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA ACTIVA

PROPÓSITO

En consonancia con los criterios de calidad que se enmarcan en el compromiso ético de la revista enfermera de difusión digital **ENFERMERÍA ACTIVA**, medio oficial de difusión científica de International Nursing Network, se conforma su Consejo Asesor y de Evaluación con carácter nacional e internacional.

1. El **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA**, es un órgano de asesoramiento, observador, consultivo y de evaluación externo a la entidad editora, constituido por profesionales de reconocido prestigio en diferentes áreas y especialidades de las ciencias sanitarias.

2. Los profesionales que forman parte del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA**, lo hacen a título individual y de manera altruista. Son designados por bienios y pueden cesar a petición propia cuando lo soliciten.

3. La composición del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** se rige por los siguientes criterios:

a) Ser profesionales expertos en sus respectivas áreas de conocimiento o experiencia profesional.
b) No pertenecer al Consejo Editorial de la Publicación, como garantía de exogamia científica y objeti vidad;
c) Reunir a profesionales nacionales e internacionales.

4. En virtud de su consideración de órgano consultivo, los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** podrán ser requeridos por el Consejo Editorial para que asesoren sobre cualquier aspecto de la revista y para que actúen como evaluadores externos de los trabajos científicos presentados para su publicación.

5. Los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** no serán consultados previamente por parte del Consejo Editorial sobre los contenidos de cada número de la publicación, por lo que no pueden ser tenidos por responsables de ellos, ni tampoco de los aspectos formales de la misma.

6. Lo dicho no obsta para que en tanto que órgano observador, los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** puedan hacer, por propia iniciativa, y en cualquier momento, las sugerencias y propuestas y realizar las críticas que consideren convenientes para mejorar la calidad de la publicación.

7. La principal función del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** consiste en analizar la evolución de la publicación y evaluar su interés y calidad científica.

8. A tal fin, los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** podrán ser consultados por el Consejo Editorial con las acciones que se consideren convenientes y factibles (evaluación mediante cuestionarios, sesiones presenciales...) para garantizar la función asesora de este órgano.

9. El número de miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** no tiene carácter cerrado y se podrán producir todas aquellas incorporaciones que por parte del Consejo Editorial se consideren necesarias, para enriquecer las funciones de este órgano de control de la calidad científica de la publicación.

COMPONENTES DEL CONSEJO ASESOR Y DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA ACTIVA

Aline Silva do Prado (Brasil)
Anier Felipe Borrego (Cuba)
Blanca Sánchez Baños (España)
Claudio Alberto Ibero (Argentina)
Denise King (Estados Unidos)
Francisco Jesús Antúnez Miranda (España)
Francisco Nieto Rosa (España)
Irama Josefina López Urbina (Venezuela)
José Antonio Ortiz Gómez (España)
Julia Ortega Limón (España)
Manuel Archilla Jiménez (España)
Mariana Beatriz Navarro (Argentina)
Mariot Bermúdez Soto (Venezuela)
Silvia Alicia Alamilla Alfonso (México)
Tatiana Piva (Brasil)

RECONOCIMIENTOS

ENFERMERÍA ACTIVA by INTERNATIONAL NURSING NETWORK is licensed under a Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional License.

Creado a partir de la obra en www.inursingn.com.

Web de interés Sanitario

WIS

INTERNATIONAL NURSING NETWORK

II CONGRESO MUNDIAL DE ENFERMERÍA

CUIDADOS DE CALIDAD, CUIDADOS SEGUROS

INN
Red Internacional de Enfermería
INTERNATIONAL NURSING NETWORK

NUEVAS FECHAS

11, 12 Y 13 DE NOVIEMBRE, 2021

COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ · 1978 · HUMANIDAD SALUD PROGRESO

LIMA, PERÚ

HOTEL SOL DE ORO

AUSPICIOS:

2020 AÑO INTERNACIONAL DE LAS ENFERMERAS Y MATRONAS

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

Universidad Peruana Unión
Una Institución Adventista

Comisión de Formación Continuada
Sistema Nacional de Salud

Consejo de la Unión Europea

MediScience®

WWW.INURSINGN.COM

INFO@CRYSTAL-RESEARCH.COM.PE
+51 994114304

Crystal Research