

**MASTER A.G.E.
E.U.E.Santa Madrona**

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA SANTA MADRONA

de la Fundación “la Caixa”

TITULO

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL DOSSIER DE CUIDADOS

EN EL HOSPITAL CLINIC

AUTORES:

Mercé Crespo Ceballos

Montserrat Morales Fierro



**Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en
Enfermería para la obtención del Master.**

R. 9000

**MASTER A.G.E.
E.U.E. Santa Madrona**

Trabajo dirigido por el profesor: Ferran Ferrer

Comisión Evaluadora

M.Teixidor	Presidenta
E.Pont	Secretario
L.Mayordomo	Vocal
F.Ferrer	Vocal
J.Tejada	Vocal

Presentada en fecha:28 Junio 1996

Aceptada en fecha:

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa,por parte de los autores.

Dedicat a :

**Josep.M., Boris i Adri
Marcelo,Alex i Quim**

**Sensa la vostra ajuda no hagués sigut possible realitzar aquest treball,
l'esforç que hem invertir ha estat compartit per vosaltres, així con la
satisfacció d'haver-lo pogut acabat.
Con sempre veu estar al nostre costat.**

AGRADECIMIENTOS:

A Dulce de Fuenmayor, por la confianza depositada en nosotras en la realización de este Master.

Emilio Comas, por su comprensión durante todo el periodo que ha durado el master y por facilitarnos la realización del mismo. Aportando un toque de humor en los momentos difíciles.

Higinio Cortes, que en todo momento nos ha prestado su apoyo humano y técnico demostrando su gran capacidad humana y su profesionalidad.

Dolors Robles, amiga y compañera que siempre estuvo a nuestra disposición dándonos en cada momento la ayuda con su habitual profesionalidad.

M^a Paz Irureta, por su entusiasmo y facilitando generosamente en todos los aspectos solicitados.

Rosa Carulla, por su eficiencia, abnegación y colaboración en el transcurso del master.

Al Departamento de archivos e informática por su colaboración

José Garcia, que nos facilito amablemente todos "los carros de historias revisadas ", con su sonrisa durante todo el tiempo que necesitamos el Servicio de Archivos.

Ferran Ferrer, que durante este tiempo nos ha llevado por un camino de espinas para encontrar una rosa.

Montserrat Teixidor, por su inagotable colaboración y por habernos animado continuamente a seguir adelante.

José Tejada, por su gran capacidad y dedicación a los alumnos a solucionar los problemas técnicos del master.

Laura Steegmann, gracias por tu ayuda generosa y solidaria en los momentos difíciles.

Y a todos nuestros compañeras enfermeras del H.C.P que anónimamente nos han prestado su ayuda.

INDICE

1- Justificación	1
2- Objetivos de la Investigación	3
3- Marco Teórico	4
3-1. Antecedentes Históricos de la Enfermería	4
3-2. Proceso de Profesionalización de la Enfermería en nuestro país	12
3-2.1 Enfermera Institucional / Enfermera Profesional	16
3-3. Rol de la Enfermera	18
3-4. Modelos de Enfermería	20
3-5. Proceso de Enfermería	22
3-6. Registros de Enfermería	26
3-6.1 Dossier de Cuidados	28
3-6.2 Marco Legal	32
3-7. Implantación Dossier en H.C.P	42
4- Hipótesis Generales	45

5- Proceso	46
6- Resultados	51
6-1. Análisis Descriptivo	51
6-2. Análisis Inferencial	66
7- Valoración de los Resultados y Conclusiones	67
8- Propuestas	69
9- Bibliografía	72
10- Anexos	

1. JUSTIFICACION

Los registros de Enfermería han evolucionado paralelamente a nuestra profesión, aportando una mejora continua en la asistencia al paciente y permitiendo mayor relevancia del rol autónomo de Enfermería. En los últimos años, la introducción del dossier ha ayudado a la Enfermería a tomar conciencia de nuestra autonomía como profesionales de la salud, separando el trabajo de carácter autónomo del de colaboración con los otros profesionales de la sanidad y del delegado por el estamento médico.

El dossier de Enfermería también ha permitido poner de manifiesto las deficiencias de la profesión a nivel de conocimientos del "saber cuidar" y de la metodología propuesta por todos los modelos de Enfermería que hoy en día existen. Ello es especialmente cierto para los profesionales de la Enfermería cuya titulación es de A.T.S., teniendo en cuenta que estos conocimientos no les fueron transmitidos durante su formación. A los Diplomados de Enfermería en cambio, se les incluyó en su Programa Formativo esta materia, adquiriendo de esta forma conocimientos más amplios sobre los distintos modelos de Enfermería y las diferentes filosofías de cuidados.

En general, existe el convencimiento de que la introducción del dossier de Enfermería ha tenido una gran influencia en el progreso de la profesión, pero su implementación ha sido dificultosa por la necesidad de adaptar unas directrices generales a la idiosincracia de cada institución y por la resistencia natural de todo colectivo profesional a la introducción de cambios de conducta en su quehacer diario

En el año 1987 en el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (HCP) se inició de forma progresiva la implantación del dossier de cuidados de Enfermería. Este proceso ha durado ocho años y actualmente el dossier de cuidados está

presente en todas las unidades de Enfermería y es considerado un instrumento indispensable para el ejercicio de nuestra profesión.

Sin embargo, hasta el momento actual no se ha llevado a cabo ningún proceso de evaluación del cumplimiento de este dossier, el cual puede estar mediatizado por diferentes variables como son los años de implantación y las características peculiares de los hábitos de trabajo en las distintas Divisiones del Hospital.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

Los objetivos del presente estudio han sido:

1. Evaluar el grado de cumplimiento del dossier de cuidados de Enfermería en el HCP.

2. Analizar si existen diferencias en el grado de cumplimiento en función de las siguientes variables:

a)-Divisiones de Enfermería donde se ha implementado.

b)-Años de implementación.

3. MARCO TEORICO.

3.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ENFERMERIA

La historia de la Enfermería es relativamente reciente aunque según la bibliografía consultada (S.Garcia/E.Calvo 1995) y (M.G.Garcia del Carrizo 1971), las primeras citas que hallamos hacen referencia a inscripciones jeroglíficas de parteras y nodrizas que se encontraron en excavaciones en Egipto, en el Génesis, en el Código de Hammurabi babilónico, en el Mahabarata indio y en las crónicas de las diferentes dinastías del Celeste Imperio.

En estos documentos, se describe la figura femenina como ayudante del médico, a excepción de las tareas de embalsamamiento que era practicado por los hombres.

India.- Es el país donde se encuentran más descripciones de los inicios y prácticas de enfermería que en ninguna otra civilización antigua, pero no podemos asegurar si los primeros enfermeros pertenecían a la clase social de esclavos o eran profesionales. Con la creación de los primeros hospitales, (reinado de Asoka 269-237 a.C.) surge la necesidad de la presencia de cuidadores que en la mayoría de los casos eran varones, a excepción de situaciones especiales en que los cuidados eran realizados por mujeres ancianas.

En documentos antiguos de la India, Sushruta Sambita (Vol.I, cap.34), se hace referencia a los enfermeros en los siguientes términos:

“Sólo es apto para cuidar o atender al enfermo en su lecho aquella persona que sea fría de mente y agradable en el tracto, que no hable mal de nadie y

que esté atenta a las necesidades del enfermo y siga de forma estricta e infatigable las instrucciones del médico”.

Grecia.- Mil años a.C, Homero en sus dos poemas más conocidos (la Iliada y la Odisea), hace referencia a los cuidados que realizan las enfermeras tanto en situaciones de paz como en la guerra cuidando a los heridos.

En el siglo V a.C, Hipócrates da una nueva orientación a la filosofía de la medicina: la enfermedad no es causada por los demonios, sino por un desorden de las leyes de la naturaleza. También Hipócrates fija el importante papel de los que cuidan al enfermo: "Hace falta no solamente hacer por uno mismo lo que conviene al enfermo, sino que, además, precisa ser secundado por aquellos que le asisten y le rodean”.

En los escritos hipocráticos no se cita de forma específica a la enfermera, pero se menciona al asistente o servidor. Se describen prácticas que hoy llamamos de enfermería (baños, indicaciones dietéticas, higiene,etc.) citándose al asistente o servidor como colaborador del médico.

En la literatura griega también encontramos referencia a enfermeras cuidadoras de niños, amas de cría y de parteras empíricas, las cuales sí eran habituales.

Roma.-La gran aportación de Roma a la medicina fueron las obras de salud pública, acueductos, baños de agua caliente, construcción de alcantarillados, sepulturas para los muertos etc.

Siendo un gran pueblo guerrero, la medicina militar tuvo una atención especial. Los soldados eran atendidos en el campo de batalla y posteriormente se

transladaban a "Los Valentudinaria" (hospitales militares). En ellos los ***nosocomi*** (subalternos) actuaban como enfermeros.

El cuidado de los enfermos en las casas lo realizaban los esclavos y sirvientes y la asistencia al parto corría a cargo de las ***obstetrix*** o matronas que podían ser esclavas aunque generalmente eran libres.

En resumen, el papel de la mujer en la Enfermería de la cultura de la antigua Roma estaba reservado al cuidado de los niños y la atención al parto.

La Era cristiana.- Abre una nueva dimensión en la actividad de cuidar al darle un aire espiritual y vocacional. A partir de esta época hasta nuestros días, aparecen frecuentemente documentos que hacen referencia a la Enfermería. Lo más destacable de esta era fue la **carta de San Jerónimo Nº.77, también conocido como el primer documento literario de la historia de la Enfermería**. En él se narra que en Roma cesárea la patricia Fabiola funda el primer hospital cristiano (año 390) situado en su propia casa donde los pacientes eran atendidos gratuitamente.

Hasta el siglo XII, no aparece la primera orden con la filosofía de cuidar a los enfermos, que se conocía como el Espíritu Santo y se agrupaba en tres clases:

- Los caballeros hospitalarios (con carácter militar).
- Las Ordenes Seculares.
- Las Ordenes Regulares.

Edad Moderna-Renacimiento.- En esta época lo más característico es el aumento de hospitales, pero sin ninguna mejora en cuanto a las técnicas que se realizan en el cuidado del enfermo.

En el siglo XVI, también hay que tener en cuenta el cambio producido por la implantación de la Reforma, en que los religiosos fueron retirados de la asistencia sanitaria en los países protestantes y en su lugar fueron sustituidos por enfermeras seculares, aunque éstas seguían la misma filosofía de la organización profesional.

En los países católicos de la época también se producen cambios y existe una cierta tendencia a la secularización, ya que ante la Reforma se hizo más marcada la clausura religiosa y se fundaron varias órdenes religiosas como por ejemplo la Orden de los Hermanos Hospitalarios de S. Juan de Dios (fundada por Juan Ciudad en el año 1538). Otra Orden fundada en aquella época fue la de los Hermanos de San Camilo de Lellis que se dedicaba especialmente a los afectados de la peste, la epidemia que sufrió Roma en el año 1590.

En los siglos XVII y XVIII, San Vicente Paul funda la orden religiosa de las Hijas de la Caridad, la más trascendental orden religiosa dedicada al cuidado de los enfermos vigente hasta nuestros días. La Orden solicitaba de las aspirantes una salud robusta, una reputación irreprochable y una obediencia ciega a las prescripciones del médico.

En el siglo XIX, hubo numerosos intentos de reforma, discutiéndose la necesidad o no de que los auxiliares sanitarios realizaran votos religiosos en una Orden.

En el año 1828 se funda en Irlanda por Catalina Mc.Auley las Hermanas de la Merced. Se inició siendo una institución secular, con un servicio educativo dedicado a los pobres y como refugio de muchachos. Posteriormente sus miembros empezaron a visitar hospitales, tomando de esta forma el carácter definitivo de enfermeras.

María Aikenhead (1787-1858), funda en aquella época las Hermanas de la Caridad en Dublín cuya labor consistía en visitar a los enfermos en sus casas. En 1833 varias Hermanas fueron a formarse profesionalmente a París (Hospital de la Piedad) y cuando regresaron fundaron la Escuela de Enfermeras Seglares en Dublín.

Las congregaciones anglicanas se crearon casi simultáneamente a las órdenes católicas:

Instituto de Hermanas Enfermeras: Fundado por Isabel Fry (1780-1858) sin tener ningún carácter de orden religioso.

Congregaciones alemanas:

El Instituto de Diaconisas de Kaiserswert cerca de Dusseldoff se creó en 1836. Esta orden tuvo una vital trascendencia en dar una formación en el cuidado de los pacientes y representó uno de los factores más influyentes en la renovación de la Enfermería en la Europa no Católica.

La formación de las Diaconisas duraba tres años y su instrucción era tanto asistencial como docente. Pusieron de manifiesto la necesidad de dar una formación adecuada a la Enfermería y establecieron las bases de una nueva profesión.

Sociedad femenina para el cuidado de los enfermos pobres fundada por Amalia Sieverking (1794-1859). Para ser miembro de dicha sociedad no era necesario profesar votos y sus miembros recibían formación de tipo social más que sanitaria.

Probablemente el esfuerzo más interesante para el estudio de la evolución de nuestra profesión es el de la condesa de Gasparin. En 1859 realizó en Suiza una fundación para enfermeras con el nombre "Normal de enseñanza",

adelantándose en las ideas existentes en su tiempo y pudiéndosela considerar como precursora de la obra de Florence Nightingale.

FLORENCE NIGHTINGALE

Nació en 1820 en Florencia, de padres ingleses, coincidiendo con un viaje de éstos a Italia. Recibió una educación esmerada y a los 17 años hablaba varios idiomas. La joven, de gran carácter, independiente y con deseos de hacer el bien, no podía conformarse con la pasividad en que vivían las mujeres de su clase en la Inglaterra de 1840. Sus aspiraciones estaban encaminadas a realizar una carrera independiente, aunque para la mujer era algo social y legalmente muy difícil de conseguir.

Tuvo la oportunidad de viajar por Italia, Francia y Suiza donde visitó diferentes hospitales, lo que le proporcionó una amplia visión de su funcionamiento. En 1846, aumentó su interés por dedicarse a la Enfermería al enterarse de la existencia de las Diaconisas de Kaiserswerth. Viajó por Alemania y durante su estancia, estuvo dos semanas en las Escuela de las Diaconisas de Kaiserswerth, repitiendo la experiencia al año siguiente durante tres meses y ampliando su formación de esta manera.

Posteriormente a esta experiencia decide ir a París a estudiar con las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl y posteriormente a Dublín con las Hermanas de la Misericordia y de esta forma toma contacto con la filosofía de cuidados del área católica.

Con la experiencia acumulada inició su trabajo en los hospitales de Londres, siempre guiada por la idea de la necesidad de establecer una enseñanza bien estructurada.

En 1854, al estallar la guerra de Crimea, su país tenía serios problemas en la asistencia a los heridos, lo que provocó que el Ministro de la Guerra solicitara la cooperación de Florence nombrándola Superintendente del cuerpo femenino de enfermeras de las fuerzas inglesas establecidas en el Hospital General Inglés de Turquía.

La expedición la formaron 38 enfermeras de las cuales 14 eran seglares y el resto pertenecían a diversas ordenes religiosas. Su llegada, no fue bien aceptada por los médicos que hasta este momento nunca habían tenido enfermeras en sus ejércitos.

El panorama que encontraron fué desolador, cuerpos mutilados amontonados, suciedad, cólera y falta de alimentos se sumaban al caos. Poco a poco, fue reconociéndose su trabajo y el de sus enfermeras, aunque según parece en ciertos momentos tuvo fuertes enfrentamientos con los médicos e incluso con algunas de sus enfermeras colaboradoras, motivados por la gran exigencia que ella pretendía respecto a los cuidados que se daban a los pacientes.

Su gran capacidad de trabajo, organización y su gran voluntad, permitieron que su campaña tuviera excelentes resultados.

En 1855, regresa a Inglaterra con visibles signos de agotamiento, pero habiendo logrado una gran mejoría en las condiciones de vida de las tropas. En reconocimiento al trabajo realizado en Crimea, el Gobierno Inglés recoge donativos que sufragan la creación de una fundación que llevará su nombre. Florence utiliza los fondos para la fundación de una Escuela de Enfermeras y diseña el primer programa para la formación de cuidadoras.

En 1860, se inauguraba la Escuela en el Hospital de Santo Tomás, que era una institución independiente controlada por un comité y sostenida con los fondos de la fundación. Florence, que después de la guerra de Crimea poseía un delicado estado de salud, no pudo hacerse cargo de la dirección de la Escuela pero sí que realizó un seguimiento muy cercano.

La admisión a la Escuela estaba abierta a todas las clases sociales pero sometida a una rigurosa selección de las candidatas. La duración de los estudios de la Escuela de Enfermería era de un año para la enseñanza teórica, corriendo los gastos a cargo de la fundación. Posteriormente, realizaban dos años de prácticas con sueldo como funcionarias del hospital y al terminar los estudios se les permitía ocupar los mejores puestos en los hospitales.

Florence Nightingale es reconocida mundialmente como la fundadora de la carrera de Enfermería. El logro fundamental fue haber aportado la importancia de la formación sistemática creando así una verdadera profesión. Defensora de una Enfermería que exigía sujetos aptos e inteligentes, con Florence nace el primer modelo conceptual de la enfermería. En su programa de 1873, incluía la filosofía, la razón de ser y la utilidad de los servicios de Enfermería. De todos es conocida la famosa frase de Florence: ***“Las profesiones, como las naciones, sólo pueden prosperar con un sentido individual de la responsabilidad colectiva”***.

Florence murió en Londres en 1910 a la edad de 90 años legándonos numerosas obras para futuras generaciones.

3.2. PROCESO DE PROFESIONALIZACION DE LA ENFERMERIA EN NUESTRO PAIS

La primera referencia legal que existe en nuestro país sobre formación del personal de Enfermería se encuentra en la Ley de Instrucción Pública de 1857, que en sus artículos 40 y 41 hace referencia a los títulos de practicante y matrona.

La primera Escuela de Enfermeras (Santa Isabel de Hungría) que se crea en España es la fundada por el Dr. Federico Rubio Gali en Madrid en su Instituto de Técnica Operatoria (1880), inspirado por Florence Nighthigale en el curso de su estancia como embajador de España en Inglaterra en la década de 1870.

El Dr. Rubio intentó plasmar la idea "revolucionaria" de Florence Nighthigale sobre lo que es la Enfermería. Gracias a la inquietud del Dr. Rubio, España es uno de los primeros países que apuesta por la profesionalización de la Enfermería.

Hasta el primer decenio del siglo XX no se crean otras Escuelas. Las primeras de ellas son las de la Cruz Roja de Madrid, las del Montepío Santa Madrona y la fundada por la Mancomunidad de Cataluña en Barcelona. En cuanto a Escuelas de Matronas, la primera de la que se tiene referencia legal es la de la Casa Salud Santa Cristina de Madrid, que aprueba su reglamento en el año 1916.

El nombre de enfermera se aplicaba desde muy antiguo a las personas generalmente religiosas que prestaban atención de enfermería desde la Edad Media principalmente en los hospitales y monasterios. Sin embargo no hay

constancia legal de la titulación de enfermera hasta el 7 de mayo de 1915, en que S.M.D. Alfonso XIII firmaba una R.O. del Ministerio de Instrucción Pública, que autorizaba el programa de conocimientos necesarios para habilitar de enfermeras a las que lo solicitasen, pertenecientes o no a comunidades religiosas. De esta manera, con la institucionalización de la profesión se abría una nueva etapa para la Enfermería española, ya que esta titulación estaba respaldada hasta el momento por instituciones tales como la Cruz Roja y otras organizaciones benéficas o religiosas que se encargaban de desarrollar los programas que preparaban a este personal.

A partir de esta fecha, el título de enfermera, al igual que el de practicante y el de matrona, se obtiene mediante un exámen ante el tribunal constituido por la Facultad de Medicina.

Ya en estas primeras legislaciones se hace patente un extremo que es de enorme importancia en el desarrollo histórico de la profesión de Enfermería desde el punto de vista educativo: la existencia de tres tipos de profesionales para la prestación de cuidados de enfermería (practicante, matrona y enfermera).

De estos tres profesionales, la enfermera y el practicante han tenido unas funciones similares y, en teoría, una formación teórico-práctica semejante, ya que si se comparan los temarios de los planes de estudio de aquella época se observan muy pocas diferencias. Sin embargo, en la práctica, la enseñanza que recibían unos y otros tenían un enfoque distinto, ya que las enfermeras cursaban sus estudios en Escuelas dependientes generalmente de hospitales y los practicantes lo hacían en la Facultad de Medicina. Las matronas por su parte tenían sus propios centros de formación, las Escuelas de Parteras o Matronas también vinculadas a hospitales Maternales.

No se producen grandes cambios ni en los estudios ni en el desarrollo de la práctica profesional hasta la publicación del decreto del 27 Junio 1952:

1- Unificación de los planes de estudios existentes hasta aquel momento en una única carrera de todos los profesionels que se dedicaban a la Enfermería otorgando el título de Ayudante Técnico Sanitario.

2- Los estudios adquirieron un mayor nivel, no sólo en los contenidos del plan de estudio, si no también en los requisitos de estudios previos (Bachillerato Elemental).

3- Las Escuelas de Enfermería se vinculan a las Facultades de Medicina, considerando la titulación otorgada (Ayudante Técnico Sanitario), de grado medio.

4- Los estudios tenían contenidos teóricos-prácticos que eran de obligado cumplimiento para todas las Escuelas.

5- Creación de las Especialidades de Ayudante Técnico Sanitario, reguladas en el Decreto de 1953. En 1957, se crean las siguientes Especialidades: Asistencia Obstétrica (Matrona) Fisioterapia (convertida en Escuela Universitaria por Real Decreto 2965/1980), Radiología y Electrología, Podología, Pediatría y Puericultura, Neurología, Psiquiatría, Analisis Clínicos, Urología y Nefrología.

6- Creación de la Diplomatura de Enfermería mediante la Ley General de Educación (4 Agosto 1970) que ofreció a los estudios de Ayudante Técnico Sanitario dos posibilidades en su posterior desarrollo: Estructuración en

Formación Profesional de Segundo Grado o bien la integración en la Universidad como Escuela Universitaria.

En 1977, se aprueba el Real Decreto 2128, integrándose las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en la Universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería. Sin embargo, en esta fecha no se tuvo en cuenta la adecuación de las Especialidades existentes, a la nueva titulación de Enfermería, permitiendo por Orden del 9 octubre 1980 que los nuevos Diplomados en Enfermería realizasen las Especialidades correspondientes al plan de estudios anterior con carácter transitorio.

Con la entrada de España en la Comunidad Económica Europea y ante la necesidad de adecuar los estudios a las exigencias de la nueva situación, se regula por **Real Decreto 992/1987 del 3 de Julio**, la obtención del Título de Enfermera/o Especialista en las siguientes Especialidades:

-Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

-Enfermería Pediátrica.

-Enfermería de Salud Mental.

-Enfermería de Salud Comunitaria.

-Enfermería de Cuidados Especiales.

-Enfermería Geriátrica.

-Gerencia y Administración de Enfermería.

3.2.1. ENFERMERA INSTITUCIONAL / ENFERMERA PROFESIONAL

La Enfermería se ha constituido como una profesión en las últimas décadas, encontrándose actualmente en un proceso de desarrollo. No hay profesión sin una identidad propia que se encargue de establecer no sólo las disciplinas que definen los respectivos roles técnicos, si no también la historia y la ética encargadas de definir roles sociales y humanos. Una profesión no es sólo una actividad técnica sino algo más, una actividad social y humana que no es fácil de definir. Kozier (1994) define: "El crecimiento del profesionalismo en Enfermería se puede visualizar en relación con la educación especializada, las bases del conocimiento, la ética y la autonomía".

La profesión de Enfermería está en un proceso de cambio, motivado por una parte por la nueva estructuración de la formación académica y por otra por la concienciación de la importancia de nuestra profesionalización originada en los años 70 en el ámbito sanitario.

Es indispensable que las actuaciones de nuestro colectivo se acerquen cada día más a las necesidades en materia de salud que presenta la sociedad, tanto en su vertiente técnica como humana. Para llegar a un nivel profesional óptimo es imprescindible la adecuación de los conocimientos metodológicos para paliar las deficiencias existentes.

El objetivo principal de la formación tendrá como finalidad garantizar la calidad asistencial de los usuarios, contemplando las siguientes variables: eficacia, seguridad, bienestar y eficiencia. La calidad de la misma depende de las aptitudes, los conocimientos y las capacidades para un cuidado efectivo.

En el año 1990, Bonni Wesorick describe en su libro "*Standares de Calidad para Cuidados de Enfermería*" la diferencia entre la Enfermería institucional y la Enfermería profesional. Esta autora define la Enfermería institucional como una práctica dependiente y dominada por las tareas en la cual el servicio de Enfermería está determinado por las órdenes del médico, las normas del hospital y los procedimientos. La Enfermería institucional se implantó porque la institución expresó claramente su deseo: observar que se cumpliesen las órdenes de médico.

Por otra parte, las enfermeras proporcionan otros muchos cuidados que no han sido ordenados por el médico ni determinados por normas, reglas y protocolos del hospital. Estos cuidados constituyen la base de la práctica profesional y forman parte del proceso de Enfermería.

Las enfermeras deben ser tan estrictas en el cumplimiento de este aspecto de su práctica como lo son al prestar los cuidados ordenados asociados con el tratamiento médico.

3.3. ROL DE LA ENFERMERA

La Enfermería tiene que tomar conciencia de la importancia que tiene el desarrollo de su rol en todas y cada una de sus dimensiones, de lo contrario, difícilmente podrá ser reconocida ni podrá participar en la toma de decisiones en la estructura institucional.

Para el desarrollo de la profesión de Enfermería en todas sus vertientes será del todo necesario e imprescindible definir un marco teórico que oriente la práctica profesional para poder asumir cada uno de sus roles.

Durante mucho tiempo la Enfermería no ha sido consciente de la amplitud de posibilidades de su propio rol, dando mayor importancia al desarrollo de las tareas delegadas, ampliando conocimientos en el campo médico y descuidando el objetivo principal de nuestra profesión que es "EL CUIDADO DEL PACIENTE".

Las dimensiones profesionales de la enfermera han sido objeto de estudio de diferentes autoras y todas ellas coinciden al definir el rol de la enfermera basándose en tres ejes fundamentales:

ROL AUTONOMO- Es el área de reponsabilidad de la enfermera donde deberá ejercer la toma de decisiones en el cuidado directo del paciente, a nivel asistencial, docente y de investigación.

ROL DE COLABORACION- El área de responsabilidad está compartida con otros profesionales.

ROL DELEGADO- El área de responsabilidad está basada en el estricto cumplimiento de las órdenes médicas.

La enfermera profesional, tendrá que tener la capacidad suficiente para conseguir el equilibrio necesario en el desarrollo de su rol profesional en sus tres facetas.

3.4. MODELOS DE ENFERMERIA

Para el desarrollo de la Enfermería profesional como en cualquier otra disciplina, ha sido necesario recurrir a las fuentes científicas del saber y para ello es de vital importancia el estudio de los diferentes modelos de cuidados enfermeros descritos por diferentes autoras.

Llamamos modelo al conjunto de conceptos que identifican los componentes esenciales de la práctica de la Enfermería. Todos los modelos están estructurados en base a unos postulados, valores y elementos esenciales.

Un modelo proporciona un enfoque sistemático del cuidado del paciente, orienta a la enfermera sobre lo que hay que buscar y sobre cómo tiene que proporcionar el cuidado de Enfermería.

L.Riopelle (1993), describe "que el modelo conceptual clarifica la naturaleza de los cuidados enfermeros al identificar el objetivo perseguido por la enfermera, así como su papel autónomo".

Existen diferentes modelos de cuidados que han sido clasificados según las diferentes tendencias filosóficas de sus autoras:

NATURALISTA.- Se basa en las ideas de Florence Nightingale, enfocando los cuidados de Enfermería como facilitadores de la acción que la naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.

DE SUPLENCIA O AYUDA.- Se fundamenta en las ideas de Virginia Henderson y Dorotea Orem, que conciben el rol de la enfermera como la

realización de aquellas acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de su ciclo vital, fomentando ambas en mayor o menor grado en el autocuidado por parte del paciente.

DE INTERRELACIÓN.- Entre las autoras mas relevantes de esta tendencia podemos citar: Hildegarde Peplau, Callista Roy y Martha Rogers. Basan la actuación de la Enfermería en el concepto de relación en la vertiente de interpersonal o en la relación del paciente con su entorno.

Los modelos de Enfermería ayudan a dar sentido a los diferentes enfoques de cuidados que se enriquecen con la experiencia de las enfermeras reflejando sus conocimientos y actitudes en la praxis diaria.

La Dirección de Enfermería de cada centro será la responsable de la elección del modelo de cuidados que se adapte mejor a la cultura y filosofía de la Institución. Un modelo nos dice como deben ser los cuidados de enfermería y el proceso de Enfermería describe como deben organizarse.

3.5. PROCESO DE ENFERMERIA

El proceso es un método usado en muchas disciplinas, como una forma sistemática de llegar a un objetivo, a un método científico, a una actuación metodológica y a un procedimiento dinámico. En nuestro país, el Proceso de Enfermería es conocido como P.A.E. (Proceso de Atención de Enfermería).

Existen diferentes orientaciones en el desarrollo del Proceso de Enfermería:

Smith y Germain (1975) dan un enfoque de resolución de problemas para lo que se requiere unas capacidades cognoscitivas y de técnicas interpersonales dirigidas a satisfacer las necesidades del cliente y familia.

E. Adam (1982) describe el proceso como una forma metódica y científica de proceder hacia una acción, un método dinámico y lógico que consta de cinco etapas.

Marrimer (1983) afirma que el "Proceso de Enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería".

Alfaro (1992) define el Proceso de Enfermería como "Un método sistemático y organizado de administrar cuidados individualizados de Enfermería, que se centran en identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales".

Phaneuf (1993) describe el Proceso como "Un proceso intelectual compuesto de distintas etapas ordenadas cronológicamente, que tiene como objetivo planificar los cuidados orientados al bienestar del cliente".

La OMS (1977) declara:

*“El proceso de Enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de Enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la **Identificación de las necesidades** de salud del paciente/cliente/familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería. Incluye también la **planificación** para cubrir estas necesidades, la **administración** de unos cuidados y la **evaluación** de los resultados. La/el enfermera/ro, en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que se atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza recursos. Entonces, él/ella proporciona unos servicios de Enfermería directa o indirectamente. Con posterioridad, él/ella evalúa los resultados. La información recibida de la evaluación de los resultados debería ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en situaciones similares de cuidados de Enfermería. De este modo, la Enfermería se convierte en un proceso dinámico, que se presta a adaptación y mejoría”.*

De este informe se deduce que el proceso de Enfermería se clasifica en cuatro etapas: Identificación de las necesidades, Planificación, Administración y Evaluación de los cuidados.

En la práctica actual, según la bibliografía revisada, el proceso de Enfermería se ha enmarcado en cuatro o cinco etapas en función del enfoque y criterios de las diferentes autoras.

Aunque básicamente existen pocas diferencias en la descripción de las diferentes etapas, si cabe remarcar que la nomenclatura utilizada por las

diversas teorías ponen de relieve cierta discrepancia al definir algunas de sus fases.

Cabe resaltar que Adam, Riopelle, Pheneuf y Griffth, denominan cronologicamente las siguientes etapas:

- 1) Recogida de Datos.
- 2) Análisis e interpretación.
- 3) Planificación.
- 4) Ejecución.
- 5) Evaluación.

Por otra parte, Alfaro, Iyer, Taptich y Bernocchi-Losey las clasifican del modo siguiente:

- 1) Valoración.
- 2) Diagnóstico.
- 3) Planificación.
- 4) Ejecución.
- 5) Evaluación

Por último H.Yura y M.B.Walsh las clasifican en:

- 1) Valoración.
- 2) Planificación.
- 3) Implementación.
- 4) Evaluación.

En conclusión, podemos observar como las tres primeras etapas son basicamente similares, aunque según el enfoque de sus autoras, unas dan

mayor énfasis a la recogida de datos y análisis como paso previo al diagnóstico, en tanto las otras se centran mas en la elaboración del diagnóstico como foco central para el desarrollo de las restantes fases.

Estas cinco etapas forman un proceso dinámico y cíclico que está presente en cualquier modelo conceptual y deben estar siempre contempladas en los registros de Enfermería.

3.6. REGISTROS DE ENFERMERIA

Los **registros** de Enfermería han evolucionado al mismo tiempo que la propia profesión, teniendo en cuenta que inicialmente los registros eran el reflejo exclusivo de unas órdenes médicas. Actualmente, ante el desarrollo de la profesión y las exigencias sociales, ha sido necesaria una adecuación de los instrumentos a las necesidades actuales para garantizar la calidad asistencial, favoreciendo la investigación y la docencia y garantizando los aspectos éticos y legales.

Los registros tienen que reflejar las necesidades del paciente y el trabajo desarrollado por las profesionales de Enfermería, permitiendo la evaluación constante y por lo tanto las opciones de mejora de la calidad asistencial.

Los registros de Enfermería permiten asumir los siguientes objetivos:

- 1.-Garantizar la individualidad, seguridad, continuidad y comunicación del proceso de cuidar.
- 2.-Favorecer la calidad, la eficacia, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad y competencia.
- 3.-Favorecer el desarrollo de la investigación.
- 4.-Favorecer la elaboración de los programas de formación.
- 5.-Integrar el proceso de cuidados a los diferentes niveles de asistencia primaria, hospitalaria y rehabilitadora.

6.-Asegurar la garantía del ejercicio de Enfermería.

Los registros están agrupados en un documento único que contiene toda la información de la persona cuidada y que denominamos Dossier de Cuidados Enfermeros.

3.6.1. DOSSIER DE CUIDADOS

L. Lamontagne, profesora de Enfermería, define que el dossier de cuidados como: "La reunión en un documento único, a nombre de cada enfermo, de todas las informaciones necesarias para desarrollar un proyecto de cuidados individualizados".

El dossier es el soporte del proceso de cuidados y no la finalidad y forma parte de la historia clínica del paciente.

Es importante para fomentar el cuidado integral que cada paciente tenga su dossier de cuidados y que tenga asignada una enfermera responsable. Se deberá tener en cuenta la participación del paciente en el diseño de los objetivos de su cuidado.

Contenido del Dossier de Cuidados:

- a) Recogida de Datos
- b) Registros de Enfermería (constantes hemodinámicas)
- c) Planificación de Cuidados
- d) Observaciones de Enfermería
- e) Prescripción Médica
- f) Administración de la prescripción
- g) Informe de Alta

Aspectos a tener en cuenta al implantar el Dossier de Cuidados:

a)- Cada Institución deberá elaborar su Dossier de Cuidados de acuerdo con la filosofía del centro teniendo en cuenta los recursos de que dispone.

- b)- Se deberán formar grupos de trabajo con representación de enfermeras asistenciales para unificar los criterios de los cuidados que queremos dar.**
- c)- Formación previa del personal de las unidades donde se quiera implantar.**
- d)- Implantación en Unidades piloto.**
- e)- Evaluación de los resultados antes de implantarlo a otra Unidad.**
- f)- Implementación progresiva al resto de las Unidades.**
- g)- Evaluaciones periódicas del nivel de cumplimiento en los aspectos cuantitativos y cualitativos.**

El dossier debe respetar el proceso de Enfermería y estar bien estructurado para simplificar el trabajo de la enfermera, facilitando la planificación de cuidados, la docencia y la investigación sin olvidar el aspecto médico legal tan importante hoy día. Es un instrumento que nos permite controlar la eficacia y la eficiencia de los cuidados enfermeros, como ya se ha reseñado anteriormente al hablar de los registros, además de que nos permite dar una continuidad y una seguridad en los cuidados.

Es necesario realizar evaluaciones periódicas del dossier para poder detectar las posibles desviaciones de los cuidados realizados, con el fin de introducir opciones correctoras de mejora.

Jaqueline Laurin (1993) en su libro “Qualité des Soins Infirmiers: Concepts et Evaluation”, describe dos maneras de evaluar el Dossier de Cuidados: Evaluación durante el Proceso de Cuidados y la Evaluación Retrospectiva.

Parece ser que la evaluación durante el proceso de cuidados sería la mas conveniente porque el paciente podría beneficiarse de las medidas correctoras, pero es la mas cara y además puede estar condicionada por el hecho que el personal se sienta observado, lo cual no reflejaría posiblemente la realidad cotidiana.

La evaluación retrospectiva es aquella que se realiza cuando el paciente ya ha marchado de alta. Esta evaluación tiene unas ventajas y unos inconvenientes:

Ventajas

La primera ventaja reside en que el personal de Enfermería no se siente amenazado por la observación y actúa como normalmente suele hacerlo.

El aspecto financiero es tambien una gran ventaja. Trussel y Strand demostraron que la evaluación retrospectiva era menos costosa porque se hace en menos tiempo que la evaluación durante el proceso, ya que esta última requiere mas recursos humanos y consecuentemente un aumento de los costes.

Este aspecto financiero viene dado porque de un lado el tiempo empleado en la evaluación retrospectiva es inferior y además puede realizarse en horas habituales de trabajo, cosa que la evaluación de proceso no permite ya que requiere un dispositivo humano repartido por los diferentes turnos con lo que aumentan los costos.

Desventajas

La primera desventaja es que el paciente no puede beneficiarse de las medidas correctoras de sus cuidados como sucede en la evaluación durante el proceso.

Otro inconveniente es que descienden las fuentes de recogida de datos, ya que solamente se tiene el dossier y no hay la posibilidad de contactar con el paciente, por lo que en ocasiones los datos pueden estar incompletos y el fenómeno del olvido puede haber entrado en juego. El hecho de no poder disponer de las fuentes de datos directas ponen de relieve el problema de validez y fiabilidad de la evaluación.

Phaneuf, que utiliza la evaluación retropectiva del dossier desde 1973, constata que muchas de las enfermeras no documentan sus intervenciones a excepción de las referentes a las órdenes médicas. Este hecho también fue corroborado por Trussel y Strand, comprobando que el número de observaciones obtenidas en la evaluación retrospectiva es inferior a la obtenida en la evaluación durante el proceso.

3.6.2. MARCO LEGAL

El Dossier de Cuidados es un documento legal que se acepta como prueba en un juicio y que puede ser el reflejo de una buena o mala praxis. Las enfermeras tenemos poca conciencia respecto a la repercusión que puede tener la información que contiene el dossier de Enfermería. Deberíamos ser cuidadosas con lo que anotamos o dejamos de anotar en los Registros de Enfermería, pues en el caso de una demanda ello se podría utilizar en nuestra contra.

Existen diferentes documentos que hacen referencia directa o indirectamente sobre la documentación del paciente, entre ellos el Catálogo Prestaciones de la Ley General de Sanidad (1986), Derechos del Paciente Usuario del Hospital (Departamento de Sanidad y Seguridad Social 1984), y la Orden de Acreditación del año 1991.

En los Derechos del paciente se hace mención a la disponibilidad de la historia clínica facilitando al acceso a la misma, manteniendo el secreto acerca de la enfermedad y sobre los datos de la historia clínica.

La Orden de Acreditación del año 1991, en el apartado nº 22, hace referencia a los criterios de acreditación con relación al soporte asistencial.

Documentación clínica.

22.1. Se debe disponer de historia clínica unificada para cada paciente atendido en el centro, manteniendo la confidencialidad de la información que contenga.

22.2. La historia clínica recogerá toda la información clínica del paciente, así como otros datos relevantes que estén directamente relacionados. Los datos registrados tendrán que ser objetivos legibles y lo más completos posibles.

22.3. Toda historia clínica deberá tener como mínimo:

Número de identificación de la historia.

Nombre y apellidos del paciente.

Fecha de nacimiento.

Sexo.

Residencia habitual (dirección y teléfono).

Fecha de asistencia y/o de ingreso y motivo (en caso de asistencia urgente se hará constar la hora).

Unidad/servicio, habitación y cama donde se encuentra ingresado el paciente.

El facultativo responsable del paciente.

Procedencia del paciente (domicilio, médico de cabecera hospital etc.).

Vía de ingreso (urgencias o programado).

Antecedentes alérgicos y/o reacciones adversas.

Transfusiones previas.

Nombre, dirección y teléfono de la persona de contacto en caso necesario.

Indicación si es preciso de actuación judicial.

22.4. La historia clínica del paciente deberá contener los apartados siguientes:

- a) Antecedentes familiares y personales.
- b) Enfermedad actual.
- c) Exploración física.

- d) Resultados de las técnicas y exploraciones complementarias (analítica, radiología, etc.).
- e) Orientación diagnóstica.
- f) Prescripción médica, observaciones y curso clínico.
- g) Documentación de Enfermería que debe contener:
 - Hoja de acogida y valoración.
 - Hoja de planificación de Cuidados de Enfermería.
 - Hoja de control de parámetros.
 - Hoja de observaciones.
 - Hoja de terapia farmacológica.
- h) Autorización de intervención y exploraciones especiales.
- i) Examen preoperatorio.
- j) Hoja de anestesia.
- k) Hoja de intervención .
- l) Informe de alta.
- m) Hoja de autorización de trasplante de órganos si fuese necesario.
- n) Hoja de autorización de necropsia, e informe del resultado si se realiza.
- o) Informe social si precisa.
- p) Informe médico transmitido a la autoridad judicial si precisa.
- q) Documento de alta voluntaria si se produce.

22.5. El archivo de documentación clínica funcionará de manera centralizada para todo el hospital, garantizando el acceso durante las 24 horas de todos los días del año.

22.6. Habrá una persona responsable del archivo de historias clínicas.

22.7. El centro deberá disponer de un sistema de solicitud y devolución de historias clínicas al archivo.

22.8. Deberá garantizarse la conservación de la documentación del archivo.

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña, en el año 1990, publicó: **"ELS REGISTRES D'INFERMERIA EN L'ATENCIÓ HOSPITALARIA"**, documento elaborado por una Comisión Técnica, organizada por la Sección de Enfermería de la Dirección General de Ordenación y Planificación Sanitaria del Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Esta comisión realizó un estudio exhaustivo a lo largo de un año y medio lo que posteriormente permitió la elaboración de unas líneas generales sobre los contenidos básicos de los registros de Enfermería, presentándolo como un modelo orientativo que cada centro adaptará a sus necesidades.

Los apartados a destacar en este documento son:

a) Finalidad de los registros.

-Promover la calidad de la atención de Enfermería, considerando las siguientes variables (eficacia, seguridad, bienestar y eficiencia).

-Según la filosofía de cada centro, la Dirección de Enfermería tiene que definir los estándares de todos aquellos aspectos referentes a los cuidados que quiera evaluar. La estandarización tiene que ser analizada en tres dimensiones (estructura, proceso y resultado).

Los instrumentos elaborados tiene que permitir evaluar los resultados de los Cuidados de Enfermería según los cuidados del paciente.

Los registros de Enfermería tienen que estar claramente definidos y cumplimentados, e integrados en el expediente del paciente permitiendo el control de calidad.

La historia clínica se considera un instrumento básico para evaluar la calidad de los servicios y poder conocer la capacidad de respuesta de los profesionales de la salud frente a las necesidades del usuario. Para poder llevar a cabo este proceso, es indispensable el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- 1.-Que la organización del trabajo de enfermería esté definida desde la perspectiva de la asignación de pacientes y no por tareas concretas, reforzando de esta manera el concepto de atención integral.
- 2.-Que las Direcciones de Enfermería tomen conciencia de la necesidad de creación de comisiones de trabajo para estandarizar los procedimientos, incluyendo la metodología para cumplimentar los registros.
- 3.-Que haya un dossier unificado con los registros de los diferentes componentes del equipo asistencial.
- 4.-Que al ser dado de alta un paciente su dossier sea archivado, de forma que asegure el acceso a cualquier tipo de información en un momento determinado.

5.-Que la elaboración de registros sea analizada periódicamente por un Comité de Control de Calidad que permita realizar un refuerzo positivo, o indicar medidas correctoras en caso de desviaciones.

6.-Que los programas de orientación y formación faciliten la correcta utilización de los registros de Enfermería.

b) Investigación y Docencia.

El dossier de Enfermería ofrece un material muy importante para programar sesiones de Enfermería, seminarios, debates o cualquier otra actividad docente enfocada a actualizar e incrementar los conocimientos científicos para el desarrollo de la tarea diaria.

El dossier de cuidados de Enfermería también proporciona datos descriptivos a partir de los cuales se podrán iniciar actividades de investigación dentro de nuestra área de responsabilidad y potenciar de esta forma la creación de un cuerpo de conocimientos propios de la Enfermería.

c) Atención Integrada en los diferentes niveles asistenciales

La complejidad de las variaciones en el estado de salud del individuo hace que necesite la atención sanitaria en diferentes niveles asistenciales, haciendo necesario asegurar la transferencia de toda aquella información que tenga una especial relevancia para garantizar la personalización y la continuidad en la atención al usuario, a la vez que se promueve una actividad más eficaz, evitando duplicidades innecesarias.

La intercomunicación entre la atención hospitalaria y primaria, deberá contemplar fundamentalmente la valoración de enfermería y el plan de cuidados diseñado para el paciente, la descripción de aquellos cuidados que tengan unas características especiales, así como los problemas no resueltos.

d) Garantía de los aspectos legales y éticos de la atención.

La documentación clínica tiene una doble finalidad; en primer lugar la función asistencial como elemento de soporte para la programación y planificación de la asistencia, básicamente como indicador de necesidades concretas para periodos clínicos específicos y en determinadas patologías. Es también un instrumento importante para la formación de los profesionales asistenciales y para la investigación clínica. Otra finalidad no menos importante es la de servir como documentación médico-legal para la verificación de la asistencia prestada y de su calidad, tanto en la finalidad de evaluación interna como para fines jurídicos y administrativos.

Es, por tanto, una obligación de todos los profesionales asistenciales la correcta formalización de la documentación clínica y el registro de las actividades, la evolución y las incidencias del proceso asistencial, de forma que se cumplan los fines propios de la documentación.

Esta obligación de los profesionales asistenciales de registrar las observaciones, las indicaciones y evolución de un determinado proceso, viene reglamentada por los criterios de la doctrina científica, que así lo establece y la normativa legal del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y la propia Ley General de Sanidad.

Por tanto, el incumplimiento de esta obligación de registrar los datos clínicos-asistenciales comportará repercusiones de responsabilidad administrativa, además de las que se puedan derivar de otros niveles.

Es responsabilidad de cada profesional el correcto cumplimiento de sus observaciones, indicaciones y actuaciones en las diferentes fases del proceso asistencial. Es también obligación y competencia exclusiva del profesional de Enfermería la correcta formalización de la documentación del paciente en lo referente a los aspectos de su competencia profesional.

La historia clínica tiene la categoría de una prueba documental de la asistencia prestada y de su calidad. Por esta característica de documento médico-legal, hay la obligación de que la información que contiene sea verídica, exacta, completa y coetánea del momento asistencial, con **Identificación** del facultativo, **médico o enfermera** responsable de lo que se registra.

El dossier debe contener la autorización firmada por el paciente o por sus representantes legales que acepta voluntariamente el ingreso hospitalario para recibir el tratamiento.

La información y los documentos contenidos en la historia clínica son **confidenciales** y están sometidos a las reglas estrictas del **secreto profesional**, tanto por el personal clínico asistencial como por el personal administrativo de la institución, garantizando un acceso restringido exclusivamente a los miembros del equipo asistencial y al mismo paciente, familiar o persona legalmente responsable según el caso.

La responsabilidad de su custodia corresponde al servicio de archivo excepto cuando la historia está en las unidades asistenciales para su utilización, en este caso la responsabilidad corresponde al responsable de la Unidad.

La documentación básica que ha de componer el dossier y los datos que debe contener están regulados por la normativa correspondiente.

e) Características de los registros.

Toda la información correspondiente al paciente deberá estar en un único documento que es la historia clínica, pero para facilitar la labor de los diferentes profesionales que intervienen en su proceso, existen diferentes soportes entre los cuales se encuentra el Dossier de Enfermería, cuyo contenido hará referencia a la recogida de datos para facilitar el análisis y la planificación de un plan de cuidados y su posterior evaluación.

Contenido de los registros que componen el Dossier de Enfermería:

1. Acogida y valoración.

-Recogida de Datos para la identificación de los problemas de salud.

2. Planificación de los Cuidados de Enfermería.

-Deberá contener la definición de unas acciones para conseguir unos objetivos orientados a la solución de los problemas del paciente.

3. Control de los parámetros.

-Valoración física del paciente registrando constantes hemodinámicas, equilibrio hidroelectrolítico y los parámetros antropométricos.

4. Observaciones.

-Registro de las incidencias puntuales del paciente referente a su evolución para favorecer la comunicación entre los diferentes turnos de la actividad laboral.

5. Terapéutica Farmacológica.

-Deberá reflejar la planificación y la ejecución de las actividades de Enfermería tanto en su campo autónomo como delegado.

6. Evaluación y alta. Última etapa del proceso que deberá contener:

- Un resumen de la hospitalización.
- Valoración global del paciente.
- Información de los problemas presentados que no han sido resueltos.
- Recomendaciones de la enfermera al paciente enfocadas al restablecimiento en su domicilio.
- Lugar de referencia a donde deberá dirigirse en caso de dudas o problemas.
- Recomendaciones que la enfermera hospitalaria debe transmitir a la enfermera de atención primaria.

3.7. IMPLANTACIÓN DEL DOSSIER EN HOSPITAL CLINIC Y PROVINCIAL

En el año 1985 la Dirección de Enfermería creó una comisión formada por supervisoras cuyo objetivo era organizar la unificación de los documentos utilizados por el personal de Enfermería en cada una de las Unidades de Hospitalización del HCP. Por primera vez se consiguió diseñar un dossier que constaba de tres documentos (Registro semanal, Registro horario y Curso de Enfermería) y una carpeta para su inclusión en la Historia Clínica.

En noviembre de 1986, el Área de Formación solicitó a un grupo de 45 enfermeras del hospital que realizaran un curso de sensibilización a los cuidados enfermeros; posteriormente se realizó la prueba-test de aquel primer dossier. El resultado puso de manifiesto una serie de dificultades, sobre todo referente a la planificación de actividades.

Ante esta situación el Área de Formación se planteó diferentes preguntas:

- ¿Qué necesidad real había de un dossier de cuidados?.
- ¿Qué finalidad cumplían y a quién servían los registros ya existentes?.
- ¿Dónde quedaba registrado el resultado del trabajo de Enfermería?.
- ¿Qué se entendía por dossier de cuidados y qué objetivo debía cumplir?.
- ¿Qué debería contener este dossier?.

Una vez que se encontraron las respuestas y soluciones a todas estas preguntas, se inició el proceso de implantación del dossier de forma progresiva hasta llegar a todas las Unidades de enfermería del hospital, excepto una.

El contenido del dossier aún vigente consta de las siguientes hojas:

- a)- Hoja de Recogida de Datos

- b)- Hoja de Registros de Enfermería**
- c)- Hoja de Observaciones**
- d)- Hoja de Planificación de Actividades de Cuidados**
- e)- Hoja de Planificación de Pruebas**
- f)- Hoja de Prescripción Médica**
- g)- Hoja de Administración de Medicación**

El proceso de implantación del dossier, exigió un gran esfuerzo del Area de Formación que tuvo que pasar por muchas presiones a nivel de las propias Unidades de Enfermería, por una resistencia natural al cambio en el sistema de trabajo.

Actualmente es una gran satisfacción profesional que en todas la unidades de Enfermería del HCP, se utilice el mismo instrumento, pues este paso supuso un gran avance en el proceso de profesionalización de la Enfermería de este hospital. Esta realidad nos abre las puertas para avanzar y construir nuestro futuro.

Pero el futuro no se ha hecho esperar, en el año 1993 la Dirección de Enfermería paralelamente al Proyecto de Empresa, define las Estrategias para llevar a cabo el Proyecto 2000 de Enfermería.

Uno de los objetivos del Proyecto 2000 Enfermeria Clinic, es la implantación del programa del Proceso de Cuidados según el modelo conceptual de Virginia Henderson.

La decisión de la Dirección de Enfermería de implantar el proceso de cuidados de Enfermería, tiene como meta la consecución de los siguientes objetivos:

- 1- Conseguir los objetivos marcados en el Proyecto del HCP.**
- 2- Aumentar la calidad de los cuidados de Enfermería.**
- 3- Conseguir una Enfermería con capacidad para desarrollar las tres áreas de competencia profesional que corresponden a un Hospital Universitario: Asistencial, Docente y de Investigación.**
- 4- Unificar los criterios asistenciales y docentes entre el HCP y la Escuela Universitaria de Enfermería.**
- 5- Desarrollar las competencias profesionales de las enfermeras teniendo en cuenta su rol en las tres vertientes (autónomo, de colaboración y delegado).**

La Dirección de Enfermería del HCP, ha escogido este modelo de cuidados por ser el impartido en todas de las Escuelas de Enfermería de Cataluña ya que todos los Diplomados desde el año 1979 tienen conocimientos teóricos del modelo.

A partir de 1994 se inicia el proceso de implantación del modelo de cuidados de Virginia Henderson que en la actualidad se encuentra en fase de desarrollo.

4. HIPOTESIS GENERAL.

El grado de cumplimiento del Dossier de Cuidados de Enfermería, depende de la División y el número de años de implementación.

5. PROCESO.

5.1-TIPO DE ESTUDIO:

Nuestra investigación se ha basado sobre el nivel de cumplimentación del Dossier de Cuidados de nuestro hospital realizando un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo.

5.2-POBLACION y MUESTRA:

El estudio se realizó sobre los ingresos del año 1994 en el HCP que fueron un total de 32.790. Estos ingresos estuvieron distribuidos de la siguiente forma: División A (15.664), División B (8.449), División de C (8.371) y División D (306).

El cálculo de la muestra se obtuvo aplicando la formula:

$$N = \frac{Np}{\frac{1+(Np-1)(e)^2}{Z^2 \cdot p \cdot q}}$$

Np = 32.718 ingresos

Z = 1,96

p = q = 0.5

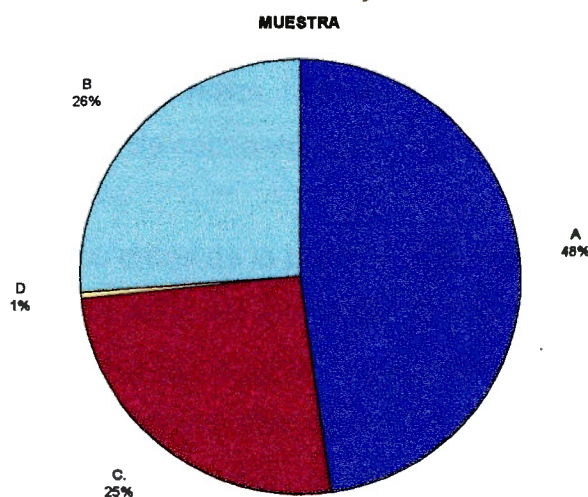
e = 0.05

El resultado de los cálculos efectuados dió el valor 381 ingresos.

5.2.1-SELECCION DE LA MUESTRA:

La selección de la muestra se realizó de forma aleatoria y estratificada teniendo en cuenta el número de ingresos por Divisiones con un margen de error del 0.05 y con un nivel de confianza del 95% ($p=q=0.5$).

La selección de los dossiers motivo de revisión, se realizó a partir de un listado proporcionado por el Departamento de Informática del Hospital de todos los ingresos producidos en el año 1994. Se seleccionó al azar un número de dossiers proporcional a los ingresos de cada División hasta conseguir un número representativo que ascendió a un total de 381 dossiers, distribuidos de la siguiente forma: de la División A se seleccionaron 182 dossiers, de la División B 99 dossiers, de la División C 97 dossiers y de la División C 3 dossiers.



5.3 VARIABLES:

a)-Años de implantación.

b)-Divisiones A, B, C y D.

c)-Dossier de cuidados (en el apartado siguiente referido al instrumento, especificada cada una de ellas).

5.4-INSTRUMENTO UTILIZADO:

Se diseñó un instrumento para recoger de forma individual la información más relevante de cada dossier, prestando especial atención a los datos de identificación del paciente y del profesional que recogía la información, la fecha de cumplimiento de los datos, el hecho de que la información fuera o no legible, y que constaran los datos pertinentes para poder hacer viable el plan de cuidados del paciente.

Para ello se configuraron 9 hojas que se adjuntan en el anexo I.

Hoja nº1: Se registraba la existencia o no del dossier en la historia del paciente, la falta de alguna de las hojas, la ordenación correcta o incorrecta de las distintas hojas y su estado de conservación.

Hoja nº 2: Se registraban los datos de la primera hoja del dossier y en especial la existencia de la identificación del paciente, la identificación del médico responsable, la existencia o no del registro de la persona de contacto en caso de urgencia, la razón del ingreso, y si constaban o no los datos del paciente en cuanto a alergias, nivel de conciencia, grado de expresión verbal, visión, audición, respiración e higiene.

Hoja nº 3: Se registraban los datos de la segunda hoja del dossier en relación con la existencia o no de datos del paciente respecto a su alimentación, movilización, eliminación, reposo, integridad de la piel, soporte espiritual, conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y/o de la familia, y necesidad de enseñanza especial. También se registraba si estaba o no identificado el nombre del profesional que había recogido estos datos.

Hoja nº4: Se registraba la identificación del paciente, la cumplimentación de las constantes, la fecha de recogida y si los datos eran legibles.

Hoja nº 5: Se registraba la cumplimentación de las notas de observación de enfermería. Se evaluaba la existencia de identificación del paciente en la hoja, la constancia de la fecha de las observaciones, la existencia de anotaciones diarias y la identificación del profesional que hacía las anotaciones.

Hoja nº 6: Se registraba la cumplimentación de la planificación de cuidados. Se constataba la identificación del paciente y del profesional, la fecha y si eran legibles los planes de cuidados registrados.

Hoja nº 7: Se registraba la planificación de pruebas, detallando la adecuada identificación del paciente y del profesional, si la planificación estaba adecuadamente agrupada por familias, si existía constancia de la solicitud de pruebas, de su realización y de su recogida, y si constaba la necesidad de que el paciente estuviera en ayunas.

Hoja nº 8: Se registraba la existencia de prescripción médica, detallando si se identificaba el paciente y el profesional que cursaba la prescripción, si estaba registrada la fecha de la prescripción, y si dicha prescripción era legible.

Hoja nº 9: Se registraba la existencia de la hoja de administración de la medicación verificando la identificación del paciente y del profesional, si constaba la fecha de administración y si era legible la medicación prescrita.

Los parámetros evaluados eran clasificados en dos categorías que definían **SI** existía o **NO** existía registro del dato.

6. RESULTADOS

Los datos recogidos en las hojas mencionadas fueron volcados en una base de datos Excel para formato Windows

Para cada dossier se calculó el porcentaje de items cumplimentados del total evaluado.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo general de todos los datos registrados expresando los resultados en porcentaje de dossiers, en los cuales los items estaban registrados. Para la comparación de los porcentajes de dossiers cumplimentados por cada División se utilizó el test del chi cuadrado.

Para analizar la posible relación entre cumplimiento del dossier y años de implementación se compararon los resultados porcentuales de cumplimentación en tres grupos: 1) menos de 1 año de implementación; 2) entre 1 y 2 años de implementación; y 3) más de 2 años de implementación. Los resultados se compararon mediante el test del chi cuadrado.

6.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

6.1.1. Existencia y estado del dossier en el historial del paciente

El dossier estaba en el historial del paciente en el 94,75% de los casos. Se hallaba en buen estado de conservación en el 87,66% de casos, pero en el 60,89% sus hojas estaban desordenadas sin seguir la cronología estándar



6.1.2. Cumplimentación de las distintas hojas del dossier

6.1.2.1. Cumplimentación de la hoja de recogida de datos 1

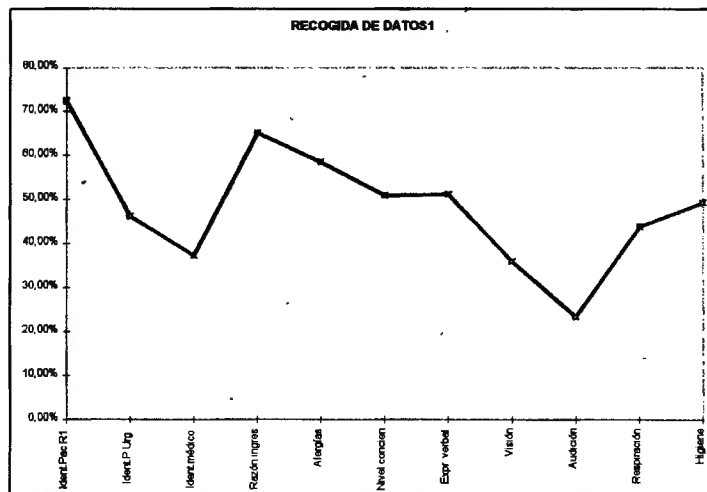
La hoja de recogida de datos del paciente estaba presente en 72,44% caso de los casos.

La identificación del paciente constaba en la hoja número 1 en la mayoría de casos (72,44%).

Solamente en la mitad de los casos (46,19%) figuraba el dato de a quién contactar en caso de urgencia.

El nombre del médico sólo estaba identificado en el 37,27% de los casos.

El motivo de ingreso figuraba en el 65,09% de casos, las alergias en el 58,53%, el nivel de conciencia en el 50,92%, el grado de expresión verbal en el 50,92%, la visión en el 35,96% y la audición en el 23,36%, la respiración en el 44% y la higiene en el 49,34%.



6.1.2.2. Cumplimentación de la hoja de recogida de datos 2

La hoja de recogida de datos número 2, sólo estaba presente en el 69,03% de los casos. La identificación del paciente en el 10%.

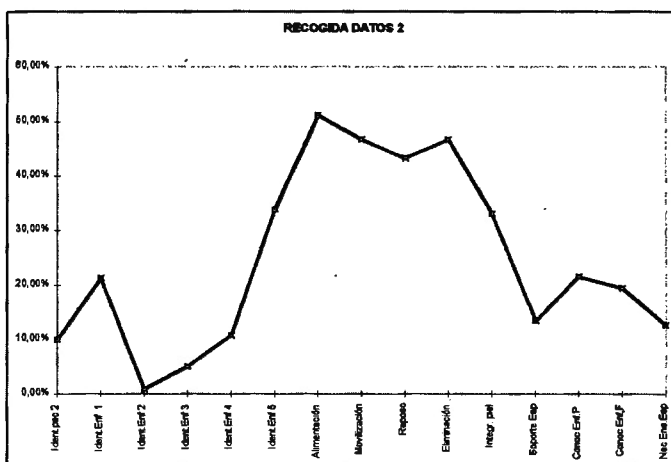
Los aspectos de alimentación estaban recogidos en el 51,18% de casos, la movilización en un 46,72%, el reposo en el 43,31%, la eliminación en el 46,72% y el estado de la piel en un 33,07%.

El soporte espiritual constaba sólo en el 13,39% de casos,

Constaba que el paciente conocía la enfermedad en un 21,52% de casos y la familia en un 19,42%.

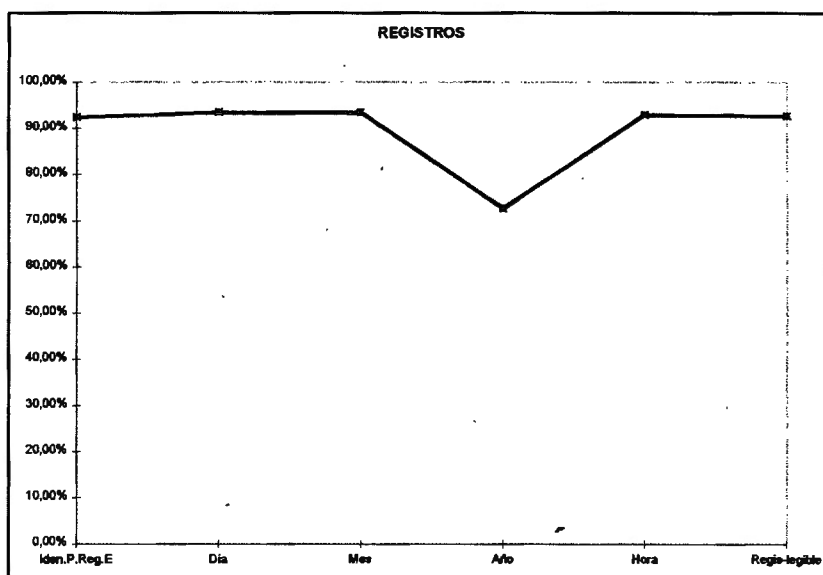
La necesidad de enseñanza especial sólo estaba registrada en un 12,60% de casos.

La enfermera sólo se identificaba con nombre y apellidos en el 5,7% de los casos, su nombre era ilegible en el 10,76% de casos y no constaba en el 33,86% de casos.



6.1.2.3. Cumplimentación de la hoja de registro (hoja 3 del dossier)

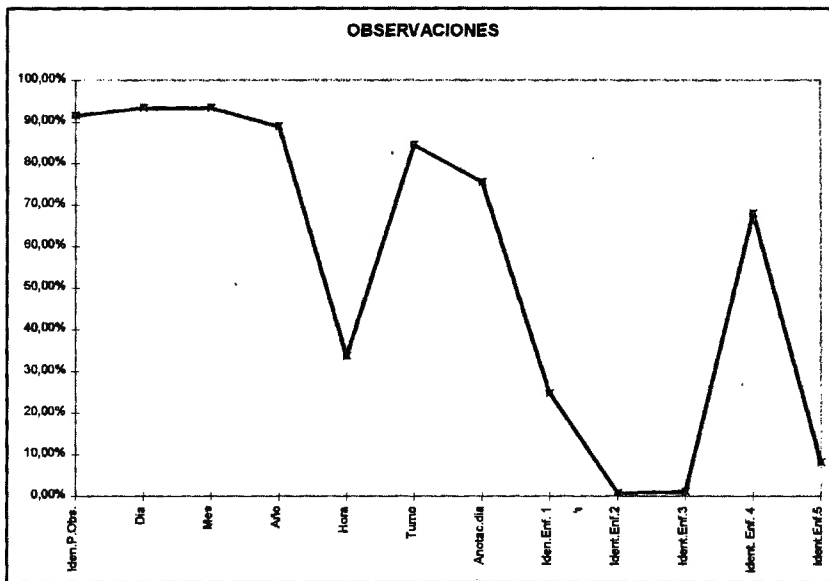
La hoja de registros de Enfermería estaba presente en un 93,70%. La identificación del paciente constaba en el 92,39% y la fecha en el 93,44%. El registro era legible en el 92,65% de casos.



6.1.2.4. Cumplimentación de la hoja de observaciones (hoja 4 del dossier)

La hoja de observaciones estaba presente en el 93,44% de los casos. El paciente estaba identificado en el 91,60% y la fecha constaba en 93,44%.

Existían anotaciones diarias en el 75,59% de casos, pero la enfermera sólo se identificaba en el 1,8% de casos. En el 67,9% de casos la identificación de la enfermera era ilegible y en el 8% no constaba.

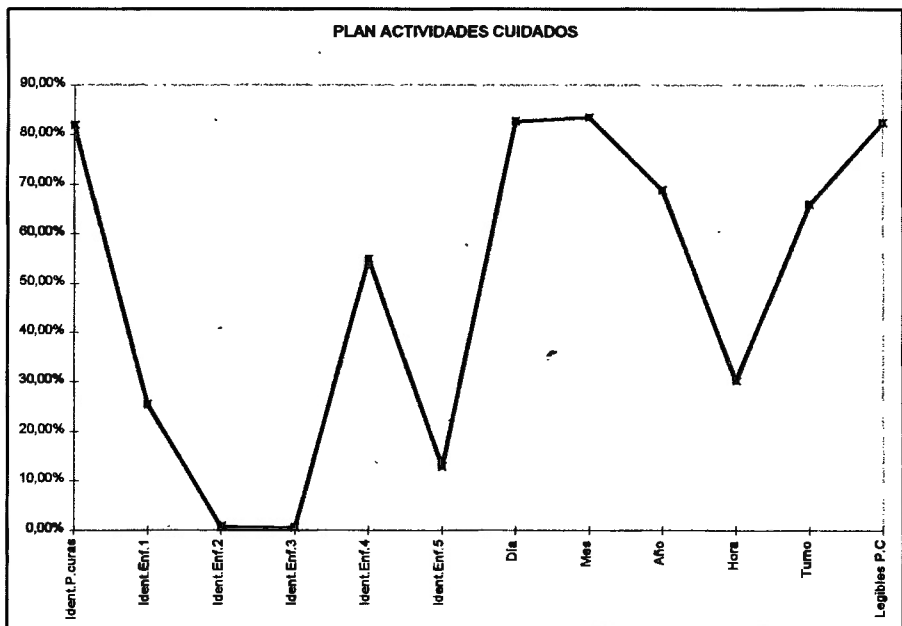


6.1.2.5. Cumplimentación de la hoja de planificación de cuidados (hoja 5 del dossier)

La hoja de planificación de cuidados estaba presente en el 85,04% de casos. El paciente estaba identificado en el 81,63%. La enfermera sólo estaba identificada en el 1,3% de casos, en el 54,86% la identificación era ilegible y en el 12,86% no constaba.

La fecha constaba en el 83,46% de los casos.

Los planes de cuidados eran legibles en el 82,41% de casos.

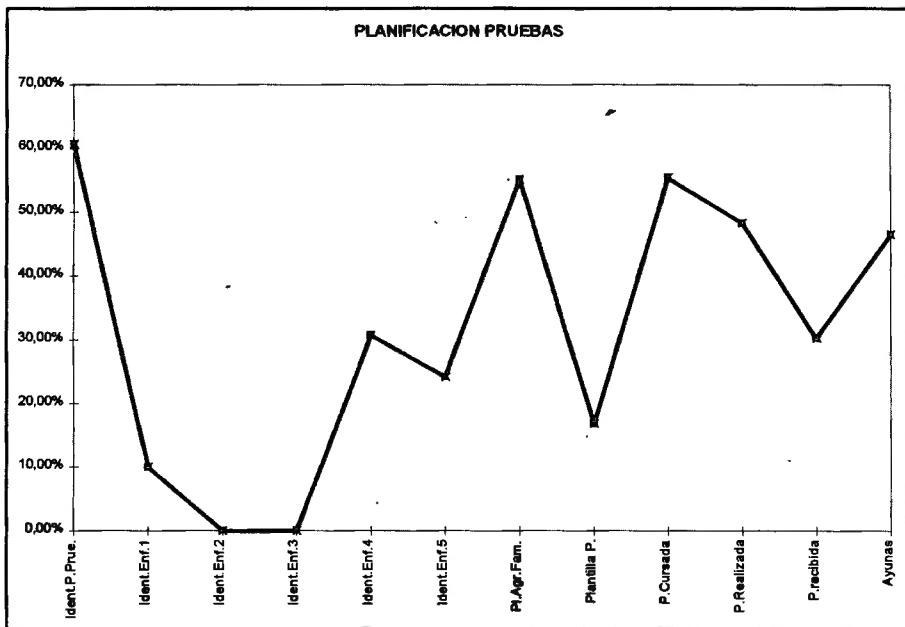


6.1.2.6. Cumplimiento de la hoja de planificación de pruebas (hoja 6 del dossier)

La hoja de planificación de pruebas estaba presente en el 69,55% de casos. El paciente estaba identificado en el 60,63%. La enfermera no pudo ser identificada en ningún caso, en el 30,7% de casos su identificación era ilegible y en en el 24,15% no constaba.

La planificación estaba agrupada por familias en el 55,12% de casos. La prueba cursada constaba en el 55% de casos, la constancia de la realización de la prueba en el 48% y la constancia de prueba recibida en el 30%.

El dato de que el paciente estaba o no en ayunas constaba en el 46,19% de casos.

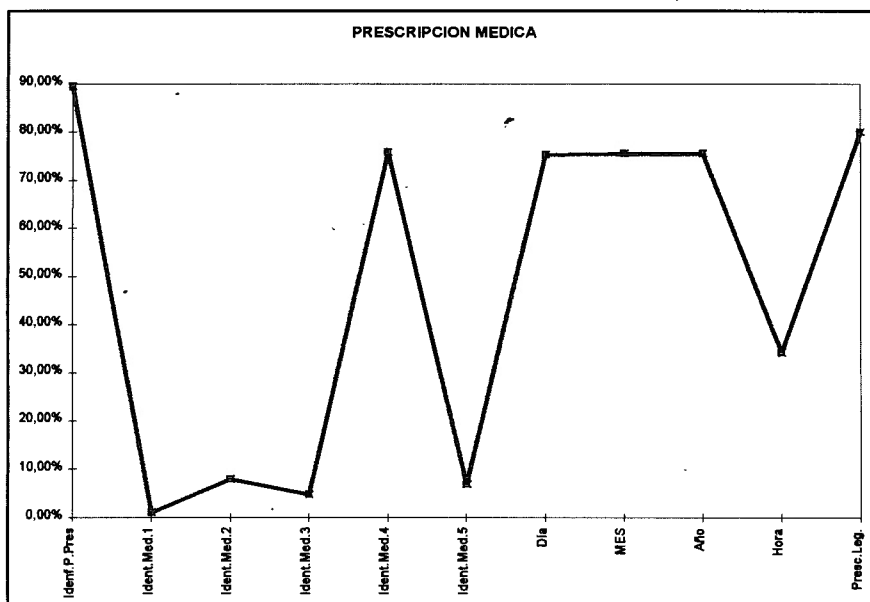


6.1.2.7. Cumplimentación de la hoja de prescripción médica (hoja 7 del dossier)

La hoja de prescripción médica estaba en el 91,60% de casos. El paciente estaba identificado en el 89,5% de casos, pero la identidad del médico sólo estaba registrada en el 12,5% de casos (7,8% por el apellido y 4,72% por el número de colegiado), siendo ilegible en el 76% de casos e ilegible en el 6,82%.

La fecha de la prescripción constaba en el 75% de los casos y la hora de la prescripción en el 34,12%.

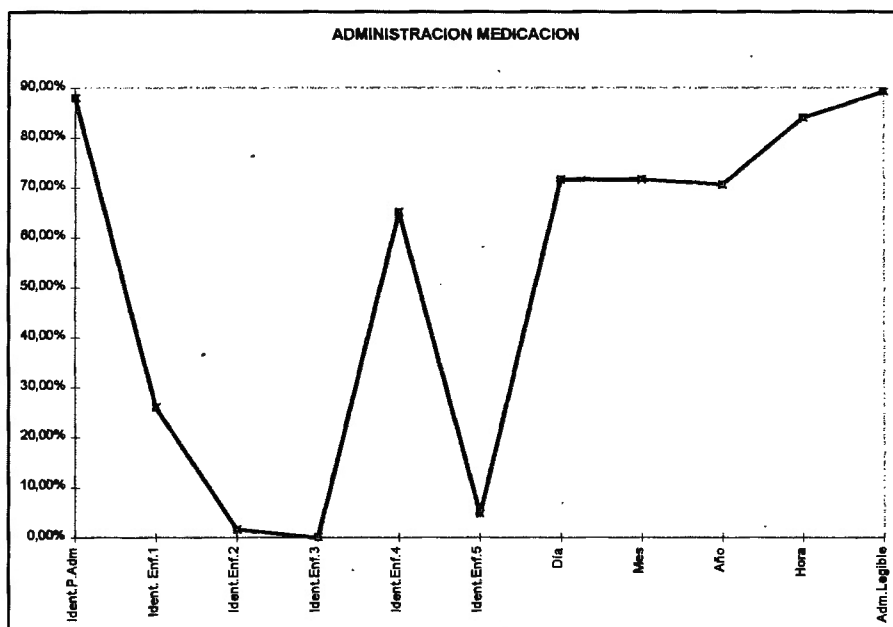
La prescripción era legible en el 79,79% de los casos.



6.1.2.8. Cumplimentación de la hoja de administración de medicación (hoja 8 del dossier)

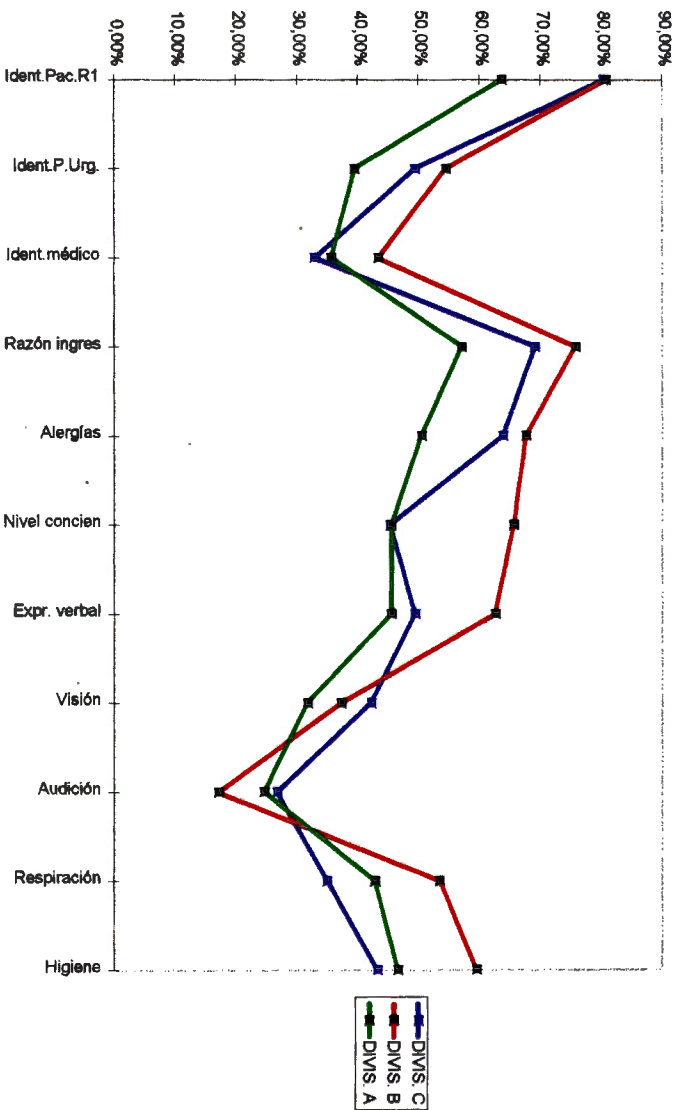
La hoja de administración de medicación estaba presente en el 90% de casos. El paciente estaba identificado en el 87,66% de casos. La enfermera que administraba la medicación estaba identificada sólo en el 1,57% de casos, en el 64,83% su identificación era ilegible y no constaba en el 4,72%.

La fecha de la administración de la medicación constaba en el 70% de casos y la hora en el 83,73%, siendo la medicación administrada legible en el 89,24% de casos.

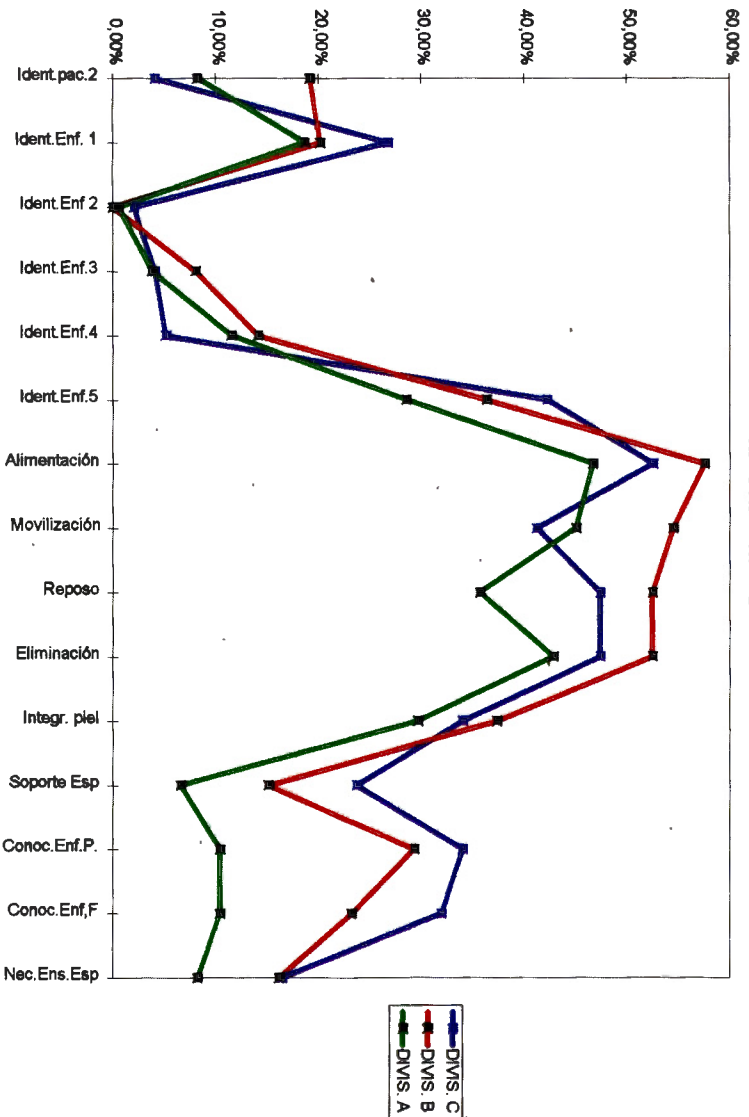


6.1.3. Grado de cumplimentación de las diferentes hojas por Divisiones

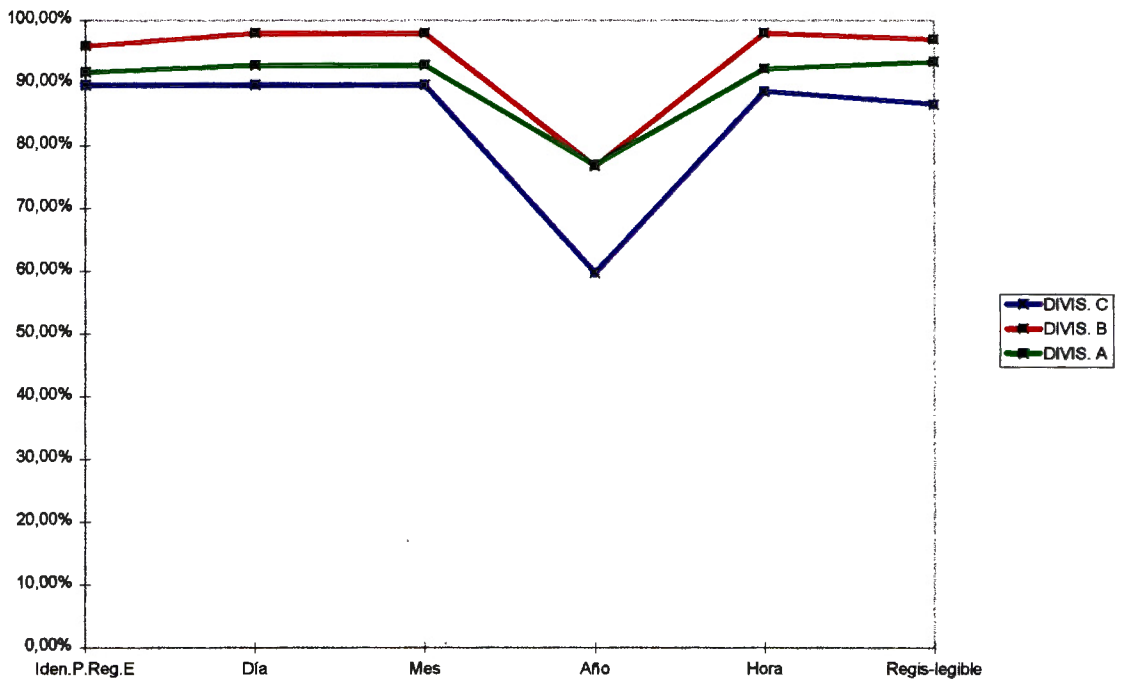
RECOGIDA DATOS 1 DIVISIONES



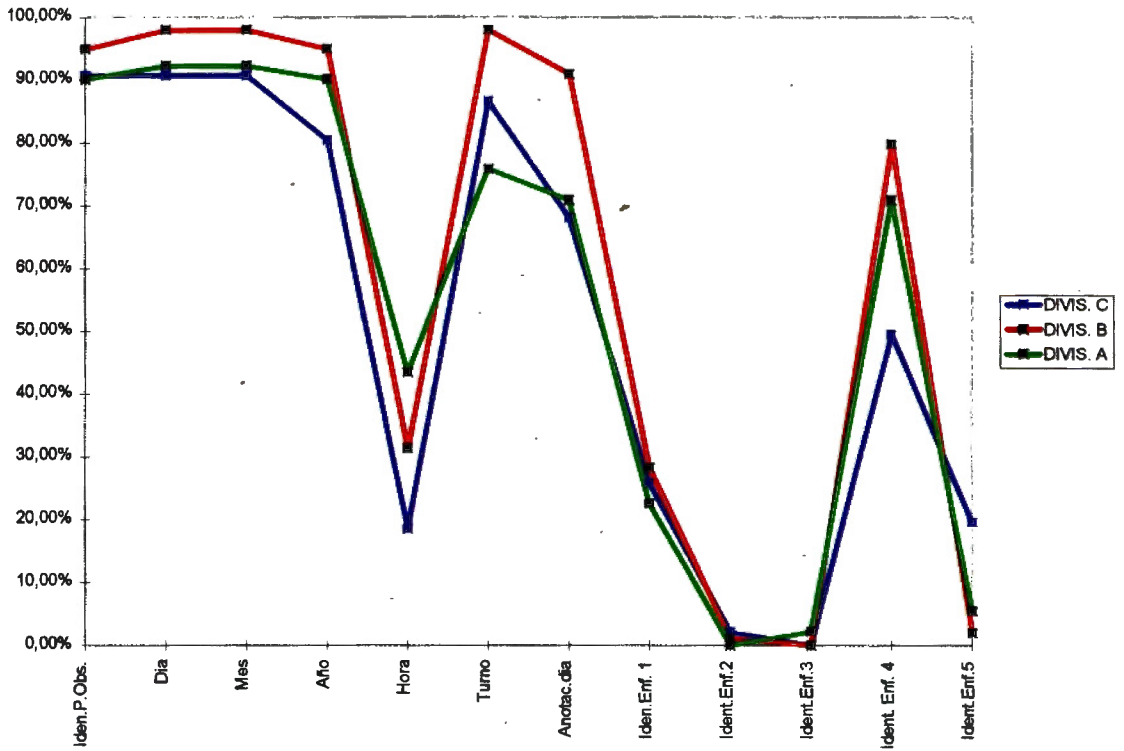
RECOGIDA DATOS 2



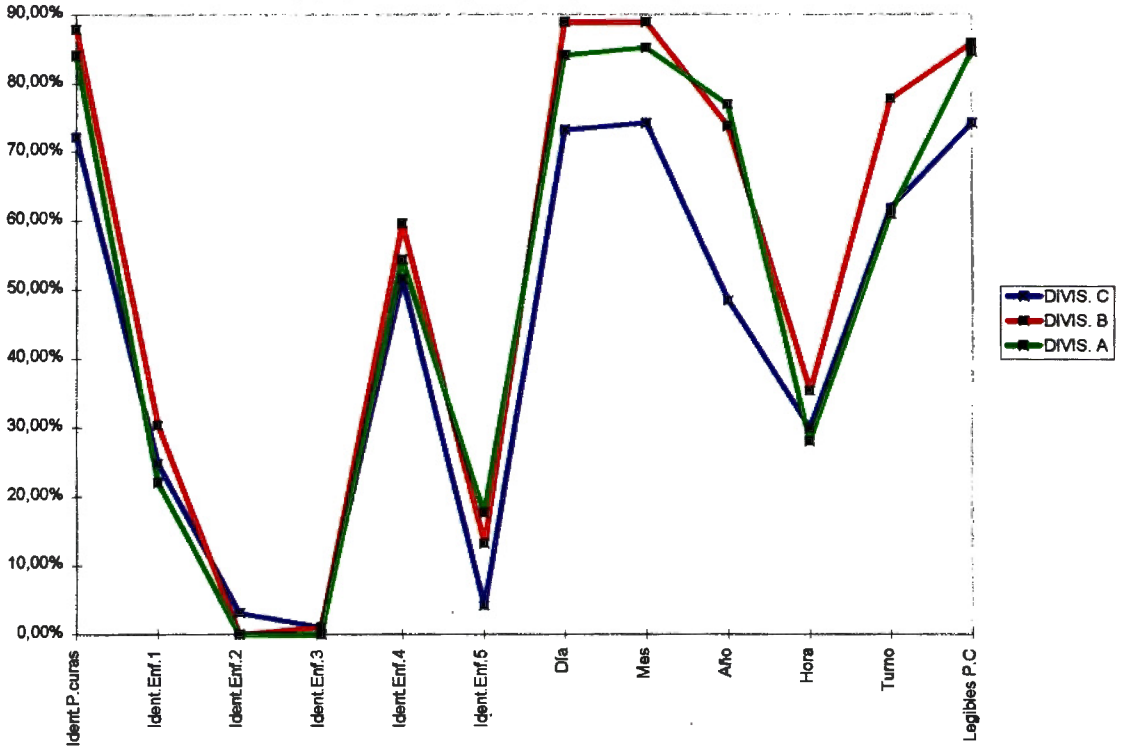
REGISTROS DIVISIONES



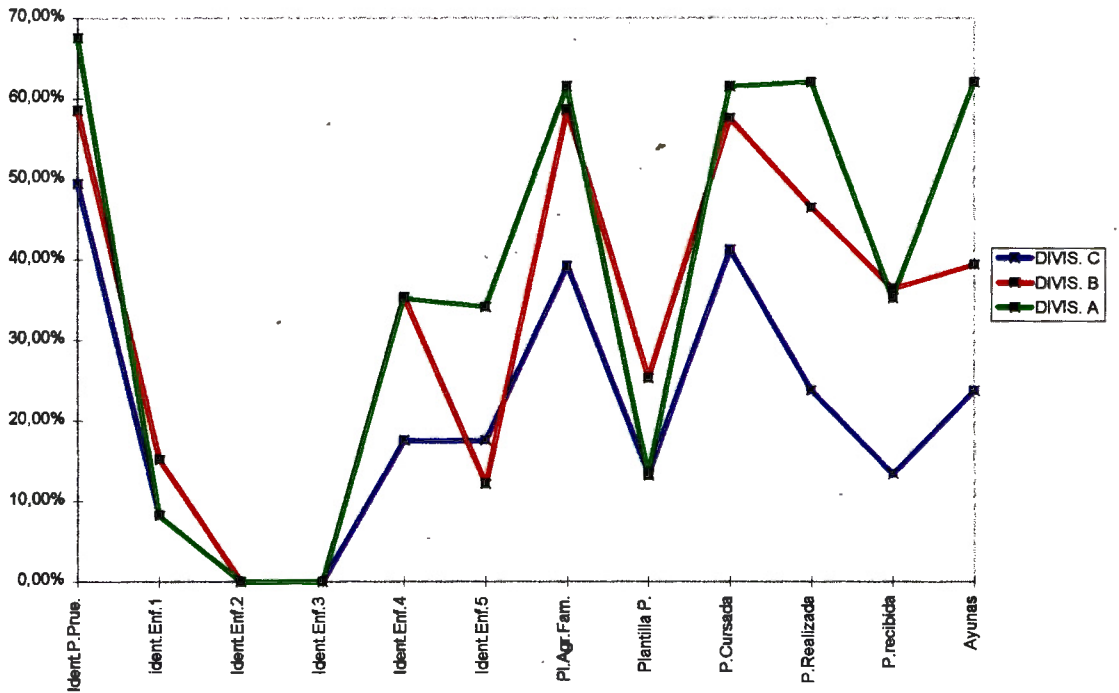
OBSERVACIONES DIVISIONES



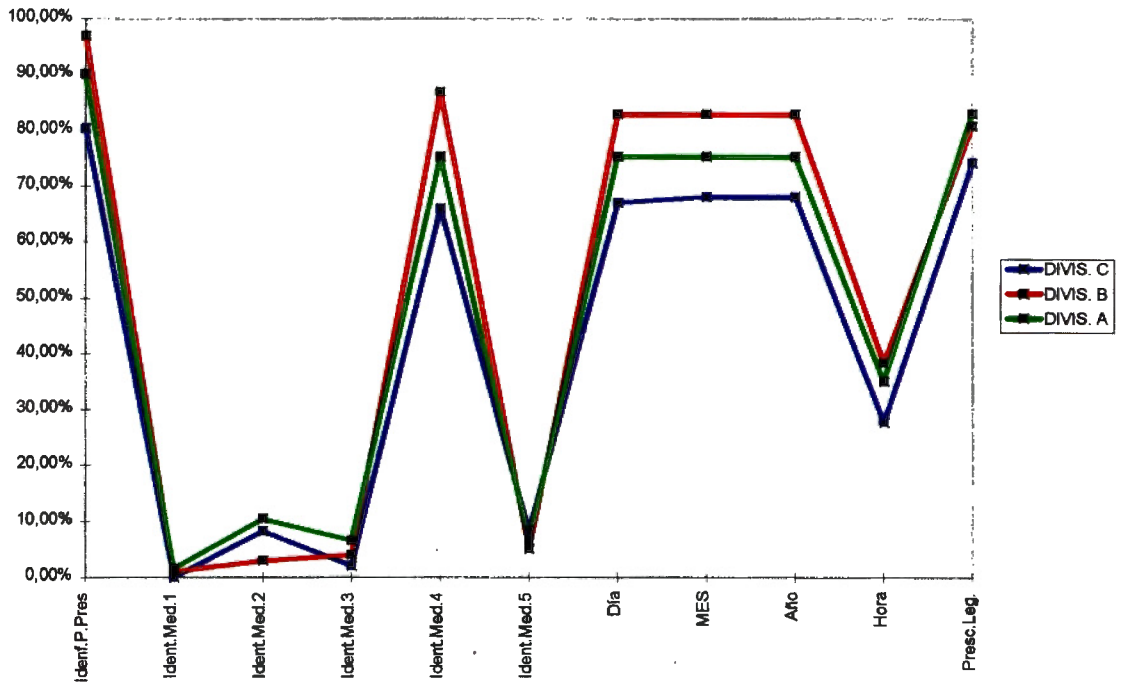
PLANIFICACION ACTIVIDADES CUIDADOS DIVISIONES



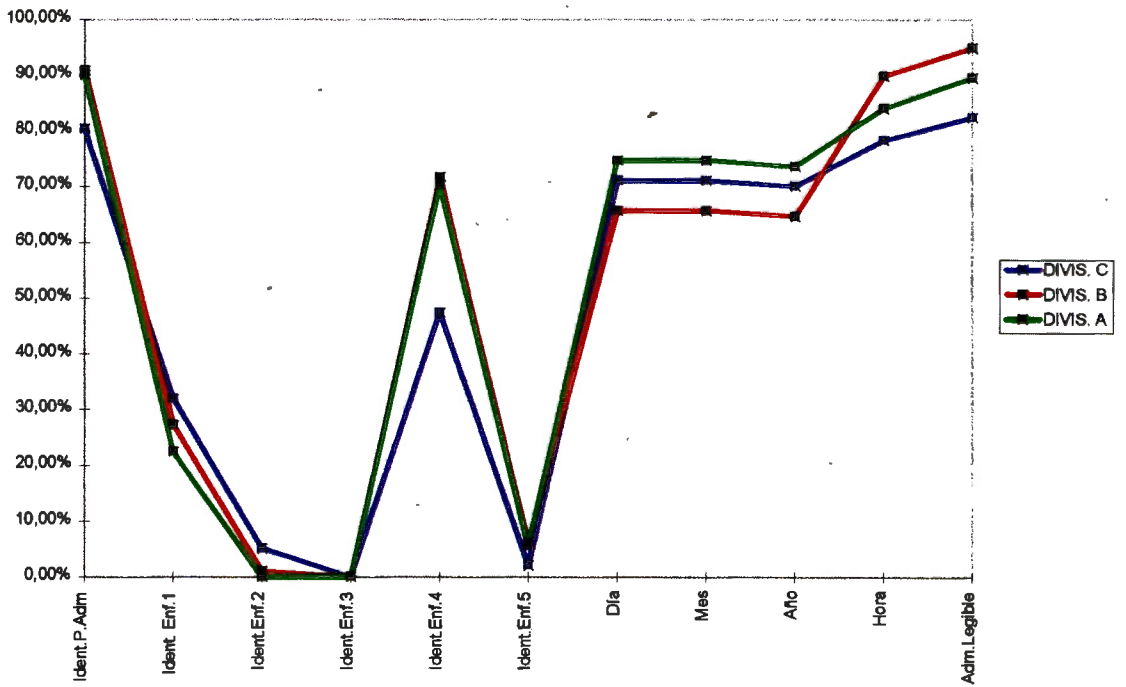
PLANIFICACION DE PRUEBAS DIVISIONES



PRESCRIPCION MEDICA DIVISIONES



ADMINISTRACION MEDICACION DIVISION



6.1.4. Grado de cumplimentación en función de la División.

El nivel de cumplimiento del Dossier se ha clasificado en 4 categorías en función del número de respuestas positivas (SI).

Categoría- Cuartiles de puntuación positiva:

1: 0-25%. Mal cumplimiento.

2: 26-50%. Regular.

3: 51-75%. Aceptable.

4: 76-100%. Optimo.

En ninguno de los dossiers el grado de cumplimentación fue óptimo.

El grado de puntuación positiva para cada uno de los restantes cuartiles y para cada División se expresa en la siguiente tabla que en las tres Divisiones el nivel de cumplimiento más frecuente fue el cuartil 2, que correspondía a la categoría de Regular:

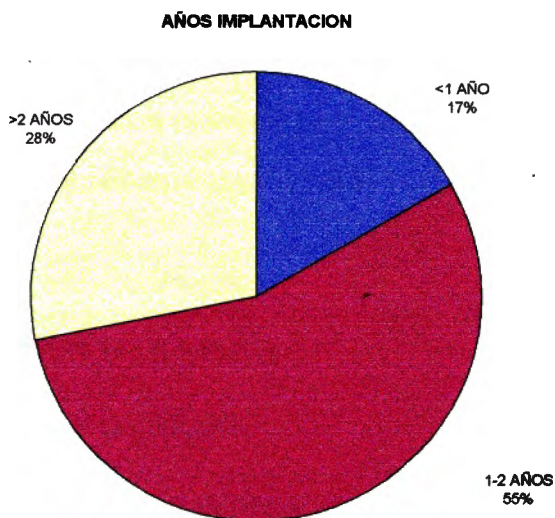
División	Cuartil 1	Cuartil 2	Cuartil 3
A	11%	57,7%	31,3%
B	4%	56.6%	39,4%
C	18,1%	51,5%	29,9%

6.1.5. Grado de cumplimentación en función de los años de implantación.

El tiempo de implantación del dossier fué clasificado en tres grupos:

- 1: 0-1 (menos de un año).
- 2: 1-2 (entre 1 y dos años).
- 3: > 2 (superior a dos años).

En base a la categorización del nivel de cumplimiento y años de implantación se observaron las siguientes diferencias:



6.2. ANÁLISIS INFERENCIAL.

6.2.1.- EL análisis de los resultados se ha realizado eligiendo como nivel de cumplimiento la categoría 3 (aceptable), en ausencia de resultados en la categoría 4.

6.2.2.- Nivel de cumplimiento en el periodo inferior a un año:

- La División B tiene un nivel de cumplimiento inferior a las Divisiones A y C, aunque las diferencias no alcanzan significación estadística (χ^2 : 2.28).

DIVISION A- 22,7%

DIVISION B- 5,6%

DIVISION C- 20%

6.2.3.- Nivel de cumplimiento en el periodo de uno a dos años:

-La División C tiene un nivel de cumplimiento inferior al de la División A (χ^2 : 7.67) y de la División B (χ^2 : 6,36).

DIVISION A- 54,2%

DIVISION B- 54,9%

DIVISION C- 32,5%

6.2.4.- Nivel de cumplimiento en el periodo superior a dos años:

-La División B es superior a la A (χ^2 :9.49).

DIVISION A- 9,1%

DIVISION B- 33,3%

No se ha podido comparar con la División C por no existir muestra en este periodo. Cabe esperar que esta División probablemente se comporte de igual modo que las anteriores, descendiendo el nivel de cumplimiento a partir de dos años.

7. VALORACION DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Podemos afirmar que la hipótesis de estudio de nuestra investigación ha sido verificada. Los años de implantación influyen en el nivel de cumplimiento del dossier. Aunque globalmente el nivel de cumplimiento no es diferente por Divisiones, si existen algunas diferencias entre Divisiones en relación con la evolución del tiempo de implantación.

7.1.- Hemos podido comprobar que en el primer año de implementación el nivel de cumplimiento es bajo, mejora significativamente en el segundo año y vuelve a empeorar a partir de los años sucesivos.

7.2.- Consideramos que la identificación de los profesionales de enfermería y médicos es totalmente deficitaria y no responde a las exigencias legales de nuestro tiempo.

7.3.- El Dossier de Cuidados esta presente en el 95% de los casos, por lo que podemos afirmar que el instrumento esta totalmente integrado en la dinamica del funcionamiento de las Unidades de Enfermería de nuestro hospital, siendo actualmente una herramienta indispensable.

7.4- Se constata que la documentación del Dossier está desordenada en el 61% de los casos.

7.5- A destacar el bajo nivel de cumplimentación de los items .

soporte espiritual

conocimiento de la enfermedad por el propio paciente.

conocimiento de la enfermedad por parte de los familiares

necesidad de enseñanza especial.

Las causas posibles de este bajo nivel de cumplimiento, podrían atribuirse a diferentes motivos: Que el profesional no considere estos datos como relevantes o dificultad de afrontar la comunicación a cerca de los mismos con el paciente.

7.6-Independientemente de que en los resultados obtenidos no se ha alcanzado un nivel de cumplimiento óptimo, sí se ha constatado la generalización del instrumento en todas las Unidades Enfermería. Este hecho ha facilitado la labor de los profesionales, que años atrás exigía un esfuerzo de adaptación a los diferentes registros existentes en cada una de las Unidades.

8. PROPUESTAS.

Los datos obtenidos, nos invitan a una reflexión de la realidad del porqué no se ha llegado a un cumplimiento óptimo del Dossier de Cuidados, sugiriendo las siguientes propuestas:

8.1-Creación de una Comisión con la participación de enfermeras asistenciales para evaluaciones periódicas y posterior puesta en marcha de medidas correctoras de las desviaciones observadas.

8.2-Comunicación por escrito de los resultados de la evaluación a todo el personal de las Unidades que tengan un nivel de cumplimiento no aceptable.

8.3-Reunión con el personal de las Unidades para analizar las desviaciones y aportar propuestas de mejora.

8.4-Comunicación por escrito a las Unidades que tengan un nivel de cumplimiento alto y divulgación de los resultados al resto de Unidades.

8.5-Organización sistemática de Sesiones Formativas sobre el funcionamiento del Dossier.

8.6-Organización de Conferencias informativas sobre los aspectos jurídicos y legales vinculados con el desarrollo de la profesión de Enfermera.

8.7-Elaboración de una Guia de funcionamiento del Dossier para consultas.

8.8-Formación específica del Dossier al personal de nueva incorporación.

8.9-Revisión del diseño del Dossier para la aplicación de posibles mejoras que hagan el instrumento mas operativo, con la ayuda de expertos en comunicación, diseño gráfico y con la participación del personal de Enfermería asistencial.

8.10-Elaboración de los Estándares de Cuidados que permitan la evaluación cualitativa de los cuidados de Enfermería.

8.11-Sugerimos que es absolutamente necesario que la Dirección de Enfermería defina cual es la forma mas adecuada para que la enfermera se indentifique en cada una de sus actuaciones.

8.12-Sugerimos que la Dirección Médica establezca estrategias de mejora en la hoja de prescripción médica referentes a la identificación del profesional y la hora de prescripción.

8.13- Aconsejamos que el Dossier de Enfermería en el momento del alta, sea revisado y ordenado antes de ser adjuntado en la historia clínica.

8.14- Creemos interesante teniendo en cuenta los resultados obtenidos, que se abriese una nueva línea de investigación con el objetivo de buscar las posibles causas de las diferencias entre Divisiones (patologías, estancia media, características del mando y profesionales a su cargo).

8.15- Estableciendo un paralelismo con el mundo empresarial, cabría preguntarse si los resultados obtenidos (descenso del nivel de cumplimiento a partir de los dos años), se han comportado de la misma manera que la vida media de un producto.

8.16- Creemos necesaria la implantación de la hoja de alta de Enfermería, para facilitar la comunicación y la continuidad de los Cuidados de Enfermería con los diferentes equipos de salud.

9. BIBLIOGRAFIA

CHAMPION DAVILLE, MarieNoëlle., BOURGEOIS, Francois LAPORTE, Martine, Le Dossier de Soins. Paris: Edition Lamarre, 1991. 158p.

CARPENITO, Lynda Juall, Diagnósticos de Enfermería. 3ª Edición. Madrid: McGraw Hill-Interamericana, 1995. 1335p.

GARCIA BARRIOS, Silvia., CALVO CHARRO, Elena., Historia de la Enfermería. 2ª Edición. Malaga: Universidad Málaga, 1995. 103.

ADAM, Evelyn, Hacia Donde Va la Enfermería, 1ª Edición. Madrid: Interamericana, 1982. 118p.

ROY, Callita, Introduction aux soins Infirmiers: un modèle de l'adaptation. 1ª Edición. Paris: Editions Eska, 1986. 483p.

OREM, Dorotea, Soins Infirmiers. 2ª Edición. Paris: Editions Maloine, 1987. 358p.

LAURIN, Jaqueline, Qualité des Soins Infirmiers: concepts et evaluation. 3ª Edición. Montreal: Universite de Montreal. 1993. 261p.

MASON, E.J., Normas de Calidad de Enfermería. 1ª Edición. Barcelona: Doyma, 1988. 279p.

ALFARO, R., Aplicación del Proceso de Enfermería. 2ª Edición. Barcelona: Doyma, 1992. 251p.

WESORICK, Bonni, Estándares de Calidad para cuidados de Enfermería. 1ª Edición. Barcelona: Doyma, 1993. 393p.

PHANEUF, M., El Proceso de Atención de Enfermería. 1ª Edición. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana. 1993. 227p.

DEE ANN GILLIES., Gestión de Enfermería. 2ª Edición. Barcelona: Masson-Salvat, 1994. 611p.

RIOPELLE, Lise-GRONDIN, Louise-PHANEUF, Margot, Cuidados de Enfermería 1ª Edición. Madrid: Interamericana. McGraw-Hill. 1993. 352p.

ESEVERRI, C., Enfermería Hospitalaria. 1ª Edición. Barcelona: Editorial Médica y Técnica, S.A., 1981. 460p.

COMISIÓ TECHNICA GENERALITAT, Els registres d'Infermeria a la Atenció Hospitalaria. 1ª Edición. Barcelona: Departament de Sanitat y Seguretat Social, 1990. 52p.

GRACIA, Diego, Orígenes de la Enfermería Española. JANO. Barcelona: Doyma. 1994. p 53-58.

RABINOW, J., El Profesional de Enfermería Ante la Ley. Nursing. Barcelona. 1989. p 13-21.

KOZIER, B. ERB, G., Enfermería Fundamental. Conceptos, Procesos y Práctica. 2ª Edición. Interamericana. 1989.

RIOPELLE,L.,GRONDIN,L.,PHANEUF,M. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Interamericana; McGraw-Hill,1993,352 pag.

HINCHLIFF,S.M., NORMAN,S.E.,SCHOBER,J.E., Enfermería y Cuidados de Salud. 1ª Edición. Barcelona: Doyma,1993,777 pag.

GARCIA DEL CARRIZO,MªG.,"Historia de la Profesión".Ayudantes Técnicos Sanitarios. 4ª Edición. Madrid: Oteo,1971,742 pag.

IYER,P.W.,TAPTICH,B.J.,BERNOCCHI-LOSEY,D., Proceso de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería. 2ª Edición.Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.1993.

YURA,H.,WALSH,M.B., El Proceso de Enfermería. 1ª Edición. Madrid: Alhambra S.A,1982.

GRIFFITH,J.W,CHRISTENSEN,P.J., Proceso de Atención de Enfermería. 1ª Edición.Méjico: El Manual Moderno S.A.de C.V.1986.

MARRIMER,A., El Proceso de Atención de Enfermería: Un enfoque científico.1ª Edición.Méjico: El Manual Moderno S.A. de C.V.1983.

KOZIER,ERB,BUFALINO., Fundamentos de Enfermería. 1ª Edición. Méjico: Nuva Editorial Interamericana,S.A.de C.V.1994.

TARRAGO SABATE,F., Fundamentos de la Economía de la Empresa. 6ª Edición. Barcelona:Hispano Europea.1983,858 pag.

BLACK,S. Las Relaciones Públicas: Un Factor Clave de Gestión. 1ª Edición. Barcelona: Hispano Europea,S.A.1991.252 pag.

CORTES,H. El Dossier de Cuidados como Instrumento Base para la Formación Continuada del Personal Enfermero en las Unidades de Hospitalización en el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. Barcelona 1990. 1ª Promoción Master Gestión y Administración de Enfermería de la E.U.I Santa Madrona.

VALVERDE, M ; MARTINEZ, C.Estudio de la Efectividad del Dossier de Cuidados en Enfermería en el Hospital Clínico. Barcelona 1990.1ª Promoción Master Gestión y Administración de Enfermería de la E.U.I. Santa Madrona.



Exclòs de préstec



FUNDACIÓ CAIXA DE PENSIONS

ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA
«SANTA MADRONA»

Reg. 9000

Sig. 614.253.5

(043)"1996" CRE