

Administración del cuidado: concordancia entre prescripciones de enfermería y necesidades de cuidados de los pacientes¹

Marília Silveira Faeda¹

Márcia Galan Perroca²

Objetivos: analizar la concordancia entre prescripciones de enfermería, registradas en las fichas médicas, y las necesidades de cuidados de los pacientes; investigar la correlación entre el perfil profesional de los enfermeros y la concordancia de las prescripciones. **Método:** estudio descriptivo con abordaje cuantitativo y documental, realizado en unidades de clínica médica, quirúrgica y especializada de un hospital de enseñanza, en el interior del Estado de Sao Paulo. Fue aplicada la nueva versión validada del Instrumento de Clasificación de Pacientes y, posteriormente, investigadas 380 prescripciones de enfermería en el momento de la admisión y alta hospitalaria. **Resultados:** fue identificado que 75% de los ítems de las prescripciones de enfermería eran compatibles con las necesidades de cuidados de los pacientes. Se encontró baja correlación entre la concordancia de la prescripción de enfermería y el perfil profesional. **Conclusión:** las prescripciones de enfermería no están siendo realizadas, en su totalidad, en consonancia con las necesidades de los pacientes. Para posibilitar prescripciones más efectivas, se recomienda analizar el contexto asistencial y el proceso de trabajo y el uso de estrategias de evaluación de las necesidades de cuidados de los pacientes.

Descriptores: Planificación de Atención al Paciente; Atención de Enfermería; Procesos de Enfermería; Evaluación de Necesidades; Enfermería.

1 Enfermera, Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil. Estudiante de Maestría, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

2 PhD, Profesor Doctor, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Faeda M, Perroca M. Care management: agreement between nursing prescriptions and patients' care needs. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2723. [Access

mes	día	año

]; Available in:

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0645.2723>.

Introducción

La documentación es una práctica esencial en la enfermería, con importancia clínica y legal, la que se constituye en una importante herramienta de comunicación entre los profesionales de la salud. Los enfermeros son responsables por mantener registros precisos y completos, de forma a garantizar continuidad, seguridad y calidad de los cuidados realizados⁽¹⁾.

La Prescripción de Enfermería (PE), parte de esa documentación, es un instrumento para orientar las acciones del equipo en la promoción del cuidado al paciente⁽²⁾. Para que el enfermero pueda elaborar la PE e identificar las intervenciones necesarias en el proceso de cuidar, es necesario el levantamiento de las necesidades cuidados de los pacientes, objetivando asistencia individualizada y de calidad⁽³⁾. El Instrumento de Clasificación de Pacientes (ICP) ha sido utilizado para ese propósito, o sea, identificar la demanda de atención de los pacientes en relación a la enfermería. De esa forma, representa una de las herramientas que posibilita al enfermero la planificación, implementación y evaluación del proceso de cuidar⁽³⁻⁴⁾.

Han sido relatadas dificultades con relación a la implementación del proceso de enfermería en el ambiente de la práctica, tales como la utilización de forma incompleta o incorrecta en relación a lo que es enseñado en las escuelas de enfermería⁽⁵⁾, a la fundamentación deficiente de los profesionales sobre el tema⁽⁶⁾ y al exceso de actividades del enfermero, como la administración de la asistencia, de personas, de recursos materiales y físicos⁽⁷⁾. La sobre carga de trabajo limita el tiempo que el enfermero utiliza con sus pacientes, lo que puede interferir en un proceso evaluativo más eficiente.

En algunos hospitales, las prescripciones están siendo realizadas electrónicamente. A pesar de que esta forma de registro representa un gran avance en la asistencia de enfermería por su estandarización⁽⁸⁾ y economía de tiempo⁽⁹⁾, su uso ha generado algunas preocupaciones. Una de ellas se refiere al recurso de copiar y pegar con la posibilidad de incluir datos que no son válidos sobre la situación del paciente, lo que puede afectar el pensamiento crítico, la toma de decisiones y la calidad del cuidado⁽⁹⁾.

El cuidado no planificado probablemente resultará en un cuidado no realizado. El cuidado perdido es definido como la asistencia de enfermería que el paciente exigía y que no es realizado (en parte o en el todo) o es atrasado. Algunos estudios han identificado áreas de cuidados descuidadas por el equipo de enfermería⁽¹⁰⁻¹¹⁾ e identificado las razones de su ocurrencia⁽¹¹⁾.

La forma por la cual las prescripciones están siendo distribuidas entre los turnos de trabajo y la proporción de prescripción/enfermero, adoptada en algunas instituciones de la salud, ha provocado algunas inquietudes. Así, es fundamental identificar las fallas en su proceso de elaboración y también proponer estrategias para obtener una asistencia eficaz que atienda las necesidades del paciente⁽¹²⁾. En este estudio se objetivó responder a las siguientes preguntas: 1) ¿Las prescripciones de enfermería están siendo realizadas en concordancia con las necesidades de los pacientes? 2) ¿Las prescripciones realizadas en el momento del alta hospitalaria presentan mayor concordancia con las necesidades de cuidados en relación a las realizadas en el momento de la admisión? Y 3) ¿Existen variables relacionadas al paciente, a los profesionales o a la unidad, que influyen la concordancia de esas prescripciones?

Objetivos

Se tuvo por objetivo analizar la concordancia entre las prescripciones de enfermería registradas en las fichas médicas y las necesidades de cuidados de los pacientes.

También, investigar la correlación entre el perfil profesional de los enfermeros, las variables relacionadas al paciente y la concordancia de las prescripciones.

Método

Se trata de estudio documental, de carácter descriptivo, con abordaje cuantitativo. El escenario fue un hospital de enseñanza privado, de capacidad grande, localizado en el interior del estado de Sao Paulo. La recolección de datos fue realizada en el período de septiembre de 2013 a enero de 2014, en unidades de clínica médica, quirúrgica y especializada, destinadas a atender usuarios del Sistema Único de Salud (SUS). La elección de esas unidades tuvo en cuenta que la totalidad de las prescripciones eran realizadas de forma rutinera, una vez al día, generalmente en el período nocturno, por apenas un enfermero.

En la institución, lugar del estudio, el equipo de enfermería presta cuidados por medio de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE), registrada en una base de datos electrónicos, considerando las etapas de recolección de datos, diagnóstico, prescripción y evolución de enfermería. Para lo cual, se fundamenta en un modelo conceptual de atención a las necesidades humanas básicas y utiliza la taxonomía de la NANDA Internacional (NANDA I)⁽¹³⁾.

Debido a que no existen informaciones disponibles en estudios anteriores sobre la temática que auxiliasen el cálculo estadístico del número de sujetos, se definió

el análisis de diez prescripciones por enfermero prescriptor. Un levantamiento preliminar identificó que 19 enfermeros asignados en las unidades investigadas prescribían los cuidados de enfermería a los pacientes, diariamente. De esa forma, la muestra estuvo compuesta por 190 pacientes seleccionados aleatoriamente (sorteo a partir de una lista de pacientes internados), dentro del período de recolección de datos, totalizando 380 prescripciones (190x2).

Las PEs fueron investigadas, respectivamente, en el día de la internación y del alta, a partir de la hipótesis que la mayor proximidad e interacción del enfermero con el paciente, a lo largo del período de internación, proporcionaría evaluación más efectiva de las necesidades de cuidados y, consecuentemente, una planificación asistencial mejor ajustada. Los datos demográficos y clínicos de los pacientes fueron levantados de la ficha médica electrónica.

El estudio ocurrió en tres momentos, mostrados a seguir:

1) *Evaluación de las necesidades de cuidados de los pacientes.* Fue utilizada la nueva versión validada para pacientes adultos y pediátricos^(3,14) del Instrumento de Clasificación de Pacientes, constituido por nueve áreas de cuidados. A través del puntaje total, el paciente puede ser clasificado en cuatro categorías de cuidados: mínimos (9-12 puntos), intermedios (13-18 puntos), semiintensivos (19-24 puntos) e intensivos (25-36 puntos). La evaluación de las propiedades psicométricas del instrumento reveló capacidad predictiva de 99,6%⁽¹⁴⁾, evidenciando que mide con precisión las necesidades de cuidados. El ICP fue aplicado por tres enfermeros clínicos, asignados en cada una de las unidades investigadas en el momento de la internación y en el alta hospitalaria. Después de la orientación sobre el uso, se avaló si los enfermeros comprendían la escala de la misma forma. Se realizó una aplicación (test) del instrumento y se obtuvo concordancia de 98%.

2) *Análisis de las prescripciones de enfermería y su concordancia con las necesidades identificadas:* las prescripciones electrónicas fueron leídas y transcritas en una planilla conteniendo los ítems: cuidado a ser prestado, frecuencia de las actividades y observaciones por una de las investigadoras. Fueron listadas las áreas de cuidado del instrumento, excluyéndose la Planificación y Coordinación del Proceso de Cuidar, por tratarse de la forma cómo la sistematización de la asistencia es realizada, de la participación multiprofesional y de los recursos participantes – lo que no constituye el objetivo de este estudio. Posteriormente, utilizando el método de mapeo cruzado⁽¹⁵⁾, fue realizada la correspondencia entre los ítems de las prescripciones con las ocho áreas del ICP, considerando términos exactamente iguales,

sinónimos, similares o relacionados. Ese procedimiento fue conducido, de forma independiente, por dos investigadores (maestría y doctorado en enfermería). En caso de discordancia, un tercer investigador sería consultado, lo que no fue necesario, ya que se obtuvo 100% de concordancia.

3) *Delineamiento del perfil de los profesionales enfermeros que elaboraron las prescripciones y de la caracterización de las unidades estudiadas.* Por medio de la aplicación de un cuestionario semiestructurado, conteniendo informaciones sobre datos demográficos (edad y sexo), profesionales (tiempo de experiencia y calificación) y características de la unidad (número de colaboradores y de prescripciones por enfermero).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución local del estudio (Parecer nº216.781/2013) y todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), después de la orientación sobre la investigación y sus objetivos.

Los datos recolectados fueron investigados por medio del Programa GraphPad Prism 5 (GraphPad Software Inc., San Diego, CA, EUA) y realizadas los siguientes análisis:

1) estadística descriptiva, para organizar los conjuntos de datos presentados como frecuencias, promedios y desviación estándar;

2) coeficiente de Pearson para verificar la correlación entre los perfiles del profesional, del paciente y de las necesidades de cuidados con la variable concordancia de las prescripciones, considerando los siguientes valores: $\geq 0,60$ (correlación fuerte); $0,3 \leq$ y $< 0,6$ (correlación moderada); $< 0,3$ (correlación débil)⁽¹⁶⁾;

3) el test t, no pareado, fue utilizado para comparación entre los cuidados incluidos en las prescripciones de enfermería y los cuidados que el paciente necesitaba, identificados por el ICP. El nivel de significación fue establecido en 0,05.

Resultados

El estudio estuvo compuesto por 380 prescripciones de enfermería (admisión y alta) referentes a 190 pacientes. Estos eran, en su mayoría, del sexo femenino 110 (58%) y presentaban edad promedio de 45 años (desviación estándar: $de=22$) años, con variación entre 1 y 93 años. Estaban internados en las especialidades de Clínica Médica 63 (33,1%), Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (DIP) 11 (5,8%), Pediatría 16 (8,4%), Cardio-hematología 19 (10%), Ginecología y obstetricia (GO) 19 (10%), Neurología y ortopedia 23 (12,1%), Cirugía general 26 (13,8%) y Trasplante 13 (6,8%).

La clasificación de las necesidades de cuidado de los pacientes, tanto en el momento de la admisión como

en el alta, evidenció predominio de cuidados mínimos (45,3% y 49%) e intermedios (31,6% y 30,2%). El promedio de permanencia fue de 15,7 (de=12) días, con variación de 1 a 130 días.

Los enfermeros prescriptores

De los 19 enfermeros que participaron del estudio, 11 eran mujeres y ocho hombres, con una edad promedio de 32 años (de=7; variación entre 24 y 49 años); tiempo promedio de actuación profesional de siete (de=4; variación 3-15) años y tiempo de actuación en la unidad variando de siete meses a cuatro años. En relación a la calificación profesional, cuatro eran apenas graduados en enfermería, tres concluyeron el curso de optimización/perfeccionamiento, diez concluyeron curso de especialización lato sensu (siendo las especialidades más frecuentes: Urgencia y Emergencia, Pediátrica y Neonatal, y Administración en Enfermería) y dos la maestría en enfermería.

Los enfermeros relataron que realizaban, diariamente, las prescripciones de enfermería, en promedio, para 35 pacientes, pudiendo ese número variar de 10 (unidad de Cuidados Paliativos) a 73 (Emergencia), también relataron que eran responsables, en promedio, por siete colaboradores por turno.

Las prescripciones de enfermería

El número promedio de necesidades de cuidados identificadas por paciente osciló entre 5,6 (DIP y GO) y 6,7 en la admisión; y de 5,0 (clínicas médicas) a 8,9 (Neuroortopedia) en la alta (Tabla 1).

Tabla 1 - Número promedio y frecuencia absoluta de Días de Internación (DI) y Necesidades de Cuidados (NC), según unidad de internación (N=380). Sao José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Unidades	DI (%)	NC (%)
Admisión		
Emergencia	-	5,8 (9,3)
Clínicas médicas	-	5,9 (9,5)
DIP*	-	5,6 (9,0)
C. Paliativos†	-	6,7 (10,8)
Cardio-hematología	-	6,7 (10,8)
Pediatría	-	6,2 (10,0)
GO‡	-	5,6 (9,0)
Neuroortopedia	-	6,7 (10,8)
Clínicas quirúrgicas	-	6,2 (10,0)
Trasplante	-	6,7 (10,8)
Alta		
Emergencia	3,3 (1,9)	5,7 (9,5)
Clínicas médicas	18,7 (11,0)	5,0 (8,5)
DIP*	40,7 (23,9)	5,2 (8,7)

(continúa...)

Tabla 1 - continuación

Unidades	DI (%)	NC (%)
C. Paliativos†	17,0 (10,0)	6,3 (10,5)
Cardio-hematología	27,4 (16,1)	6,0 (10,0)
Pediatría	11,1 (6,6)	5,7 (9,5)
GO‡	3,4 (2,0)	5,4 (9,0)
Neuroortopedia	17,6 (10,3)	8,9 (14,9)
Clínicas quirúrgicas	4,7 (2,8)	5,6 (9,4)
Trasplante	26,0 (15,4)	6,0 (10,0)

*DIP: Enfermedades Infecciosas y Parasitarias; †C. Paliativos: Cuidados Paliativos; ‡GO: Ginecología y Obstetricia

El número promedio de PE varió de 10,9 (5,4) en la admisión en la GO a 19,7 (8,2) en el momento del alta en la Neuroortopedia. Por otro lado el promedio de ítems compatibles osciló entre 6,9 (3,8) en la admisión en la GO a 17,0 (8,1) en el alta en la Neuroortopedia. En promedio, fueron encontrados en la admisión 10,7(4,0) ítems compatibles y, en el momento del alta, 11,6 (5,3) (Tabla 2).

Tabla 2 - Comparación entre el número promedio de prescripciones de enfermería e ítems compatibles de los cuidados de los pacientes por unidad. Sao José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Unidades	PE* M(de)	IC† M(de)
Admisión		
Emergencia	14,3 (3,5)	9,2 (3,1)‡
Clínicas médicas	13,2 (3,0)	7,5 (2,6)‡
DIP§	13,3 (4,9)	8,3 (4,7)
C. Paliativos¶	14,1 (3,0)	9,6 (3,1)‡
Cardio-hematología	16,6 (4,7)	11,0 (3,6)‡
Pediatría	16,2 (4,2)	12,4 (4,2)‡
GO**	10,9 (5,4)	6,9 (3,8)
Neuroortopedia	19,5 (7,0)	16,2 (6,8)††
Clínicas quirúrgicas	14,7 (3,9)	11,7 (3,6)
Trasplante	17,3 (4,7)	14,3 (4,8)††
Total	15,0 (4,4)	10,7 (4,0)‡
Alta		
Emergencia	15,5 (4,5)	10,1 (4,4)‡
Clínicas médicas	16,0 (6,4)	11,1 (6,8)
DIP§	13,9 (5,2)	8,9 (5,4)††
C. Paliativos¶	14,9 (4,4)	10,4 (4,5)‡
Cardio-hematología	18,5 (6,6)	13,0 (6,3)
Pediatría	17,0 (5,2)	13,2 (5,1)
GO**	10,5 (5,1)	6,7 (3,6)‡
Neuroortopedia	19,7 (8,2)	17,0 (8,1)††
Clínicas quirúrgicas	14,7 (4,0)	11,9 (3,8)
Trasplante	17,2 (5,2)	14,2 (5,2)††
Total	15,8 (5,5)	11,6 (5,3)‡

*PE: Prescripción de Enfermería; †IC: Ítems Compatibles; ‡p<0,01; §DIP: Enfermedades Infecciosas y Parasitarias; ||p<0,05; ¶C. Paliativos: Cuidados Paliativos; **GO: Ginecología y Obstetricia; ††NS (No Significativa)

La correlación entre la concordancia de la prescripción de enfermería y el perfil demográfico de los pacientes, tiempo de internación y el puntaje del ICP se muestra en la Tabla 3. Se encuentran valores entre 0,02 y 0,88 (PE y puntaje ICP).

Tabla 3 - Concordancia entre prescripción de enfermería, datos demográficos de los pacientes, tiempo de internación y puntaje promedio del ICP, por unidad de internación. Sao José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Unidades	Sexo	Edad	TI*	Puntaje ICP†
Emergencia	0,15	0,10	0,29	0,19
Clínicas médicas	0,11	0,18	0,29	-0,16
DIP‡	0,46	0,38	0,45	0,08
C. Paliativos§	0,22	0,16	0,19	0,23
Cardio-hematología	0,19	-0,39	0,02	-0,17

(continúa...)

Tabla 3 - continuación

Unidades	Sexo	Edad	TI*	Puntaje ICP†
Pediatría	0,58	-0,16	0,24	0,62
GO	0,00	0,71	0,46	0,88
Neuroortopedia	0,13	0,43	0,03	0,34
Clínicas quirúrgicas	0,23	-0,05	0,23	-0,22
Trasplante	0,26	-0,07	0,19	0,02
Total	0,23	0,13	0,24	0,18

*TI: Tiempo de Internación; †ICP: Instrumento de Clasificación de Pacientes; ‡DIP: Enfermedades Infecciosas y Parasitarias; §C. Paliativos: Cuidados Paliativos; ||GO: Ginecología y Obstetricia

La correlación entre la concordancia de la prescripción de enfermería, el perfil profesional, el número de colaboradores y el número de PE/enfermero indicó valores variando de -0,02 (edad y tiempo de actuación profesional) a -0,53 (tiempo de actuación profesional en la unidad de internación y prescripciones de enfermería por enfermero) (Tabla 4).

Tabla 4 - Correlación entre la concordancia de la prescripción de enfermería y variables de los enfermeros prescriptores, por unidad de internación. Sao José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Unidades	Sexo	Edad	TAP*	TAP/UI†	NC‡	PE/Enf§
Emergencia	0,38	0,27	-0,38	-0,53	-0,51	-0,53
Clínicas médicas	0,13	-0,03	0,02	0,01	0,04	0,16
DIP	0,23	0,36	0,38	0,21	-0,19	-0,23
C. Paliativos¶	0,00	0,02	0,09	0,00	-0,18	-0,17
Cardio-hematología	0,00	-0,04	-0,07	-0,08	-0,09	-0,08
Pediatría	0,00	0,09	0,09	0,09	0,00	0,09
GO**	0,00	0,09	0,07	0,18	0,02	0,07
Neuroortopedia	-0,07	0,29	0,29	0,29	0,10	0,27
Clínicas quirúrgicas	0,00	0,22	-0,14	-0,14	-0,26	-0,22
Trasplante	0,00	0,36	0,41	-0,43	0,41	-0,02
Total	0,06	0,16	0,07	-0,04	-0,06	-0,06

*TAP: Tiempo de Actuación Profesional; †TAP/UI: Tiempo de Actuación Profesional en la Unidad de Internación; ‡NC: Número de Colaboradores; §PE/Enf: Prescripciones de Enfermería por Enfermero; ||DIP: Enfermedades Infecciosas y Parasitarias; ¶C. Paliativos: Cuidados Paliativos; **GO: Ginecología y Obstetricia

Considerando un total de 3.120 ítems prescritos, se observó que 2.340 (75%) atendían las necesidades de cuidados mapeados. Fueron identificadas 621 necesidades de cuidados en el momento de la admisión y 598 en el momento del alta hospitalaria. Cuando comparadas con los ítems prescritos, se constató que 35% de esas (admisión) y 32,3% (alta) no tuvieron prescripciones relacionadas.

Las áreas de cuidados como: investigación y monitorización, locomoción y actividad y terapéutica, demandaron la atención de la enfermería y fueron frecuentemente atendidas en las PEs. Sin embargo,

las áreas de cuidado corporal y eliminaciones y soporte emocional, a pesar de que demandasen atención, recibieron menor número de prescripciones en la admisión y alta. Algunos cuidados que ya eran parte de las rutinas de las unidades fueron prescritos, como higienización de las manos y mantener la pulsera de identificación en el miembro superior izquierdo. La correlación entre la concordancia de las PEs y las áreas de cuidados del ICP se presentan en la Tabla 5. Tanto en la admisión como en el momento del alta hospitalaria, las áreas más asociadas fueron investigación/monitorización (0,45 y 0,49) y terapéutica (0,42 y 0,47).

Tabla 5 - Correlación entre las áreas de cuidados del ICP y la concordancia de la prescripción de enfermería. Sao José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Unidades	A1*	A2†	A3‡	A4§	A5	A6¶	A7**	A8††
Admisión								
Emergencia	0,65	-0,03	0,18	0,12	0,29	0,18	-0,14	-0,23
Clínicas médicas	0,38	0,02	0,04	0,07	0,34	0,33	-0,22	-0,02
DIP‡‡	0,72	-0,07	0,09	0,01	0,19	0,94	0,27	0,04
C. Paliativos§§	0,29	-0,17	0,07	-0,07	0,53	0,35	0,12	0,00
Cardio-hematología	0,53	0,09	0,11	-0,03	0,72	0,21	0,00	0,09
Pediatría	0,72	0,13	-0,02	0,00	0,41	0,16	-0,02	0,00
GO	0,26	-0,14	0,00	0,00	0,43	0,54	-0,04	0,03
Neuroortopedia	0,09	0,01	0,00	0,00	0,17	0,46	0,00	0,13
Clínica quirúrgicas	0,36	-0,38	0,03	0,04	0,18	0,53	-0,23	0,21
Trasplante	0,53	-0,02	0,14	0,08	0,23	0,52	-0,26	-0,06
Total	0,45	-0,05	0,06	0,02	0,34	0,42	-0,05	0,01
Alta								
Emergencia	0,46	-0,02	0,23	0,10	0,34	0,22	-0,14	-0,23
Clínicas médicas	0,52	0,07	0,00	0,09	0,71	0,31	-0,17	-0,03
DIP‡‡	0,81	-0,03	0,13	-0,03	0,52	0,97	0,24	0,01
C. Paliativos§§	0,73	-0,16	0,09	-0,04	0,53	0,44	0,19	0,00
Cardio-hematología	0,53	0,17	0,16	0,01	0,41	0,36	0,03	0,07
Pediatría	0,62	0,21	0,00	0,00	0,24	0,20	0,01	0,00
GO	0,46	-0,17	0,04	0,02	0,45	0,51	-0,02	0,11
Neuroortopedia	0,34	0,06	0,00	0,00	0,17	0,42	0,00	0,18
Clínicas quirúrgicas	0,23	-0,38	0,05	0,02	0,23	0,66	-0,20	0,21
Trasplante	0,19	0,07	0,24	0,09	0,34	0,62	-0,33	-0,05
Total	0,49	-0,01	0,09	0,02	0,40	0,47	-0,03	0,02

A1*: Investigación/Monitorización; A2†: Cuidado Corporal/Eliminaciones; A3‡: Cuidados con Piel/Mucosas; A4§: Nutrición/Hidratación; A5||: Locomoción/Actividad; A6¶: Terapéutica; A7**: Soporte Emocional; A8††: Educación de la Salud; ‡‡DIP: Enfermedades Infecciosas y Parasitarias; §§C. Paliativos: Cuidados Paliativos; |||GO: Ginecología y Obstetricia

Discusión

El cuidado centrado en el paciente, o sea, aquel que es realizado de forma individualizada, garantizando la participación en la toma de decisiones sobre el proceso salud/enfermedad, ha sido considerado de vital importancia en la práctica de enfermería⁽¹⁷⁾.

Para propiciar una mirada enfocada en las necesidades de cuidados, se encuentra reglamentado por el Consejo Brasileño de Enfermería⁽¹⁸⁾, desde 2009, la Sistematización de la Asistencia de Enfermería en las instituciones de la salud. Su instrumento metodológico, es el Proceso de Enfermería, que en sus varias etapas, orienta el cuidado y la documentación de la práctica profesional⁽¹⁹⁾.

La operacionalización de ese método de organización asistencial, sin embargo, se ha constituido en un gran desafío como demuestran los hallazgos de esta investigación. Se verificó que apenas 75% de los ítems

de la PE estaban compatibles con las necesidades de cuidado de los pacientes, señalando que los enfermeros no están prescribiendo, en su totalidad, de acuerdo con la demanda de atención al paciente. También, que 35% de las necesidades identificadas en el momento de la admisión y 32,3% en la alta hospitalaria no tuvieron prescripciones relacionadas.

Estos hallazgos conducen a reflexionar sobre como viene ocurriendo la práctica de la prescripción en las instituciones hospitalarias. Sin duda, su incorporación en la rutina profesional produjo un gran avance para proporcionar asistencia de enfermería individualizada, segura, con calidad y orientada para resultados⁽²⁰⁾. Entre tanto, existe necesidad de investigar el contexto asistencial y el proceso de trabajo en que esa asistencia ocurre, para poder realizar ajustes indispensables.

Algunas dificultades han sido apuntadas^(5,7,9) para la implementación del proceso de enfermería y, consecuentemente, realización de la prescripción.

Algunas de ellas pueden tener influenciado los resultados de este estudio.

Muchas instituciones hospitalarias brasileñas vienen utilizando la documentación electrónica del cuidado; cuando esta es realizada de forma adecuada, favorece la orientación del trabajo, posibilitando la revisión frecuente del plan de cuidados y modificaciones que sean necesarias⁽²¹⁾. Sin embargo, se percibe en la institución investigada, en las copias de las prescripciones del día anterior, necesidades de cuidados parcialmente contempladas y no actualizadas y, también, prescripciones sin enfoque abordando rutinas institucionales.

La disponibilidad de las herramientas copiar y pegar por el sistema favorece la reproductibilidad de la prescripción. De esa forma, el enfermero, muchas veces, no hace uso del raciocinio clínico para reevaluar las necesidades asistenciales de los pacientes. Esa omisión influencia la toma de decisiones y puede interferir en la calidad del cuidado⁽⁹⁾. La relevancia de informaciones precisas sobre el estado de la salud del paciente, en la documentación electrónica de enfermería, ha sido destacada⁽²²⁾, y su uso inapropiado relatado por investigadores^(9,23).

Otro factor puede estar interfiriendo en la concordancia de la PE con la necesidad de cuidado del paciente - la carga de trabajo. Se observó que los enfermeros del turno nocturno generalmente son los responsables por su elaboración. En ese turno de trabajo, los enfermeros asumen a todos los pacientes de la unidad (promedio de 35), además deben acompañar las actividades de sus colaboradores y realizar las admisiones de los pacientes, lo que requiere mucho tiempo. La sobrecarga de trabajo disminuye el tiempo que el enfermero tiene disponible para establecer el vínculo con el paciente y determinar las necesidades que precisan de intervenciones⁽²⁴⁾. La limitación del tiempo disponible para elaboración de la PE, de forma adecuada, también fue encontrada en otro ambiente de práctica⁽²⁵⁾.

Por el análisis de contenido de las prescripciones de enfermería, se evidenció que los enfermeros prescriben un mayor número de cuidados relativos a los controles de señales vitales, manutención de las vías aéreas y cumplimiento de escalas de medición, además de cuidados con locomoción y terapéutica del paciente. Sin embargo, los cuidados corporales, como la higiene bucal, por ejemplo, y cuidados con eliminaciones aparecen como las más descuidadas.

La ocurrencia de los llamados cuidados perdidos ha sido relatada en algunos estudios⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Nueve elementos de cuidados básicos fueron relacionados como regularmente omitidos, tales como: deambulaci3n,

cambio de decúbito, alimentaci3n, educaci3n del paciente, preparaci3n para el alta, apoyo emocional, higiene, documentaci3n de ingesti3n/eliminaci3n y vigilancia⁽¹⁰⁾. Los factores identificados como predictores de esas omisiones incluyen tipo de turno, cantidad y asignaci3n de personal, comunicaci3n entre el equipo multiprofesional, intensidad de la carga de trabajo y la satisfacci3n de los enfermeros con su trabajo actual⁽¹¹⁾.

Se pensaba que: cuanto más días de acompañamiento el enfermero tuviese, junto al paciente, más éste podría identificar las necesidades. Sin embargo, no se percibió diferencia significativa en la concordancia con las necesidades en el momento de la admisi3n y alta hospitalaria, a pesar de que ella ocurriese, en promedio, en el 17º día de internaci3n. Eso refuerza la necesidad de repensar el modelo de organizaci3n de la asistencia de la instituci3n.

Además de la atenci3n dispensada a los factores conectados al ambiente y a la forma como el trabajo es realizado, la utilizaci3n de estrategias evaluativas puede contribuir para la planificaci3n asistencial más efectiva, minimizando la p3rdida del cuidado. Se recomienda la adopci3n de instrumentos para esa finalidad, de forma a orientar la habilidad de pensamiento crítico en el reconocimiento de la demanda de atenci3n del paciente en relaci3n a la enfermería^(14,26). Recientemente se constat3 que evaluaciones conducidas, mediante el uso de escalas, posibilitan identificar un mayor número de áreas de cuidados⁽²⁷⁾.

Sin embargo no fue posible definir si las necesidades de cuidados de enfermería, no satisfechas, pueden ser consideradas un indicador para la calidad de la asistencia de enfermería en hospitales, y cual el mejor método para que el plan de cuidados y la prescripci3n de enfermería atiendan todas las necesidades del paciente⁽²⁸⁾.

A pesar de que los resultados de este estudio mostraron una correlaci3n débil entre el número de PE/enfermero y la concordancia, se cree que es inviable que un enfermero prescriba cuidados para un número tan elevado de pacientes. No fue encontrada en la literatura la proporci3n de prescripci3n recomendada por enfermero para fundamentar discusiones más profundas. La señalizaci3n de que los enfermeros no están prescribiendo, en su totalidad, de acuerdo con la demanda de atenci3n del paciente, sin embargo, muestra que esa forma de organizaci3n del trabajo puede no estar siendo eficaz y requiere una mirada más atenta del administrador.

El aspecto limitante de esta investigaci3n se encuentra en que su realizaci3n quedó circunscrita a una instituci3n hospitalaria y en la no inclusi3n de todas sus unidades de internaci3n. De esa forma, su replicaci3n

es necesaria para verificar la forma de elaboración de prescripciones en otros ambientes de práctica.

Conclusión

Esta investigación reveló que las prescripciones de enfermería no están siendo realizadas en su totalidad, en consonancia con las necesidades de los pacientes. También, que tanto el momento en que la prescripción es realizada como las características profesionales y de las unidades no interfieren en su concordancia. Para posibilitar prescripciones más efectivas, se recomienda acompañamiento y análisis del contexto asistencial y proceso de trabajo y, también, el uso de estrategias evaluativas de las necesidades de cuidados de los pacientes.

Referencias

1. Sousa PAF, Sasso GTM, Barra DCC. Contributions of the electronic health records to the safety of intensive care unit patients: an integrative review. *Text Context Nurs*. [Internet]. 2012 [Acesso 19 mai 2015]; 21(4):971-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/en_30.pdf
2. Santos WN. Systematization of nursing care: the historical context, the process and obstacles to deployment. *J Manag Prim Health Care*. [Internet]. 2014 [Acesso 22 mai 2015]; 5(2):153-8. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/download/197/144>
3. Perroca MG. Development and Content Validity of the New Version of a Patient Classification Instrument. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2011 [Acesso 15 out 2014]; 19(1):58-66. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_09.pdf
4. Malloch K. Patient Classifications System: state of the science. *Nurse Leader*. [Internet]. 2013 [Acesso 22 mai 2015]; 11(6):35-7. Disponível em: [http://www.nurseleader.com/article/S1541-4612\(13\)00238-3/fulltext](http://www.nurseleader.com/article/S1541-4612(13)00238-3/fulltext)
5. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2012 [Acesso 14 nov 2014]; 33(3):174-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300023
6. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. Nurses' knowledge about Nursing Care Systematization: from theory to practice. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2011 [Acesso 23 out 2014]; 45(6):1380-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600015
7. Sentone ADD, Évora YDM, Haddad MCL, Borsato FG. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em um hospital Universitário. *Cienc Cuidado Saúde*. [Internet]. 2011 [Acesso 23 out 2014];10(3):467-73. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11472/pdf_131
8. Blair W, Smith B. Nursing documentation: frameworks and barriers. *Contemp Nurse*. [Internet]. 2012 [Acesso 14 nov 2014];41(2):160-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22800381>
9. Kelley TF, Brandon DH, Docherty SL. Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care. *J Nurs Scholarsh*. [Internet]. 2011 [Acesso 10 out 2014];43(2):154-62. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21605319>
10. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed Nursing Care, Staffing, and Patient Falls. *J Nurs Care Qual*. [Internet] 2012 [Acesso 9 set 2014]; 27:6-12. Disponível em: http://journals.lww.com/jncqjournal/Abstract/2012/01000/Missed_Nursing_Care,_Staffingand_Patient_Falls.2.aspx
11. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verral C, et al. Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs*. [Internet] 2014 [Acesso 20 mai 2015]; 24:47-56. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25265893>
12. Beach J, Oates J. Maintaining best practice in record-keeping and documentation. *Nurs Stand*. [Internet] 2014 [Acesso 20 mai 2015]; 28(36):45-50. Disponível em: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2014.05.28.36.45.e8835>
13. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017/ [NANDA Internacional]. Porto Alegre: Artmed, 2015.
14. Perroca MG. The new version of a patient classification instrument: assessment of psychometric properties. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2013 [Acesso 10 out 2014]; 69(8):1862-1868. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23157307>
15. Sousa RS, Santo FHE, Santana RF, Lopes MVO. Nursing diagnoses identified in onco-hematologic patients: a cross-mapping study. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2015 [Acesso 22 mai 2015]; 19(1):54-65; Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0054.pdf
16. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011.
17. Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centered care. *Br J Nurs*. [Internet]. 2010 [Acesso 26 nov 2015]; 19(4):912-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20647984>

18. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília-DF. [Internet]. 2009 [Acesso 26 nov 2015]; Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
19. Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Esnaola-Herrero MA, Asurabarrena-Iraola C. Retrospective study of the implementation of the nursing process in a health area. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2013 [Acesso 26 nov 2015]; 21(5):1049-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/0104-1169-rlae-21-05-1049.pdf>
20. Barbosa TP, Oliveira GAA, Lopes MNA, Poletti NAA, Beccaria LM. Care practices for patient safety in an intensive care unit. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2014 [Acesso 6 ago 2015]; 27(3): 243-248. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/en_1982-0194-ape-027-003-0243.pdf
21. Bonfim D, Laus AM, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Comparison of nursing interventions performed and the records in a computerized system for primary health care. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2013 [Acesso 2 out 2015]; 26(4): 401-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/en_v26n4a16.pdf
22. Backes DS, Zamberlan C, Freitas HB, Colomé J, Souza MT, Costenaro RS. Del cuidado previsible al cuidado complejo de enfermería. *Enferm Glob*. [Internet]. 2014 [Acesso 12 set 2015]; 13(36): 275-81. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/178931/165771>
23. Ribeiro JC, Ruoff AB, Baptista CLBM. Computerization of Nursing Care System: advances in care management. *J Health Info*. [Internet]. 2014 [Acesso 26 nov 2015]; 6(3):75-80. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/296/199>
24. Silva EA, Machado MAA, Ribeiro KR, Shimoda E. Percepção da enfermagem quanto à implementação do processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva adulta do noroeste fluminense. *Rev Cient Inter*. [Internet]. 2014 [Acesso 22 mai 2015]; 2(1):63-77. Disponível em: <http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/25/20>
25. Franco MTG, Akemi EN, D'Inocento M. Evaluation of the nursing records in the medical records of patients hospitalized in an internal medicine unit. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2012 [Acesso 2 out 2015]; 25(2): 163-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/en_a02v25n2.pdf
26. Sola FC, José GM, Judith MM, Peredo GMH, Gabriel GM, PonceML. Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermeira. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2012 [Acesso 6 ago 2015]; 46(6): 1415-22. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_19.pdf
27. Perroca MG, Jericó MC, Paschoal JVL. Identification of care needs of patients with and without the use of a classification instrument. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2014 [Acesso 20 dez 2014]; 48(4):625-31. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt_0080-6234-reeusp-48-04-625.pdf
28. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Nursing care quality and adverse events in US Hospitals. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2010 [Acesso 11 out 2014]; 19(15-16):2185-95. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20659198>

Recibido: 22.1.2015

Aceptado:16.12.2015

Correspondencia:
 Marília Silveira Faeda
 Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
 Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416
 Vila São Pedro
 CEP: 15.090-000, São José do Rio Preto, SP, Brasil
 E-mail: mafaeda@yahoo.com.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.