



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidad Federal Fluminense

uff

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Datos esenciales de enfermería contenidos en formularios de salud materna: estudio comparativo

Aline Franco da Silva¹, Danielle Martins do Nascimento¹, Lidiane Lima de Andrade², Sérgio Ribeiro dos Santos¹, Maria Miriam Lima da Nóbrega¹, Marta Miriam Lopes da Costa¹

¹Universidad Federal de Paraíba

²Universidad Federal de Campina Grande

RESUMEN

Objetivo: comparar el Conjunto Internacional de Datos Esenciales de Enfermería con el conjunto de datos utilizados en formularios de registro de enfermería en el área de la salud materna. **Método:** Estudio descriptivo y correlacionado, desarrollado a partir de los datos de formularios de registro de enfermería utilizados en maternidades públicas del municipio de João Pessoa-PB. Los datos fueron organizados, categorizados y analizados según el Conjunto Internacional de Datos Esenciales de Enfermería. **Resultados:** En la categoría referente al local del cuidado, de los seis ítems presentes, cinco estaban contemplados. En la segunda categoría, todos los ítems pueden ser considerados presentes. Los elementos del cuidado de enfermería fueron contemplados en la mayoría de los formularios. **Conclusión:** Los resultados pueden contribuir para despertar el interés de otros investigadores para la definición de un conjunto de elementos que deben ser documentados en las situaciones de cuidado de enfermería para evidenciar la contribución de la Enfermería para la atención a la salud materna.

Descriptor: Procesos de Enfermería; Recolección de Datos; Registros de Enfermería

INTRODUCCIÓN

La documentación es la evidencia de la responsabilidad ética y legal del enfermero en el atendimento a las necesidades del individuo, familia y colectividad y de la calidad de la asistencia dada. Florence Nightingale fue la primera enfermera a enfatizar la documentación de la asistencia de enfermería, que, desde entonces, paso a ser reconocida como parte esencial de la práctica profesional e instrumento para la evaluación de los cuidados de enfermería.

El proceso de enfermería ha sido utilizado como la principal herramienta para el registro de la práctica de enfermería, comunicando y haciendo un juicio clínico del enfermero, evaluando el estado del cliente y demostrando, de ese modo, la contribución de su práctica.

Llama la atención el aumento de la complejidad de las necesidades de la salud, la cual ha requerido la efectividad de la recolecta de datos en la anamnesis – etapa del proceso de la enfermería. Esta debe reflejar las necesidades de los receptores de cuidados de la enfermería, así como facilitar la elaboración de diagnósticos de enfermería y la definición de las prioridades para orientar y seleccionar las intervenciones de la enfermería⁽¹⁾.

En este contexto, investigadores están desarrollando estudios con el objetivo de construir y validar formularios para el registro de datos y documentación de la asistencia de la enfermería. Sin embargo, se ha observado una cantidad excesiva de datos contenidos en esos instrumentos, haciéndolos cada vez más largos y extensos. La falta de definición sobre cuáles datos deben ser colectados por los profesionales de enfermería, ha contribuido para ese fenómeno⁽²⁾.

La preocupación de establecer un conjunto de datos estandarizados capaz de reflejar las dimensiones del cuidado de la enfermería en los diversos escenarios de atención a la salud, surgió en 1988 sobre la denominación de *Nursing Minimum Data Set* (Conjunto de Datos Mínimos de Enfermería), propuesto por Werley y colaboradores⁽²⁾. Este primer intento de estandarizar un conjunto de datos esenciales para la práctica de enfermería y derivado del concepto de un Conjunto de Datos Mínimos Uniformes en Salud (*Uniform Minimum Health Data Set*), establecido en 1983 por el Consejo de Políticas en Información en Salud (*Health Information Policy Council*), del Departamento de Salud y

Servicios Humanos de los Estados Unidos (*U.S. Departamento of Health and Human Services*)⁽²⁾.

Desde entonces, la determinación de los datos esenciales necesarios para asegurar los cuidados de enfermería y describir los diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados han sido el foco de interés de los profesionales de enfermería. Varios trabajos ya fueron desarrollados en este campo del conocimiento, desde la propuesta inicial de Werley⁽³⁾, relatados en la literatura: Conjunto de Datos Mínimos de Enfermería Escolar; Informe Mínimo de Enfermería, para el contexto del hospital; Conjunto de Datos Mínimos para evaluación de residentes e instrumento de evaluación para residentes (ancianos institucionalizados); Conjunto de Datos Mínimos de Enfermería Comunitaria (Australia); Conjunto de Datos Mínimos de Enfermería; Información de Salud: componentes de salud (Canadá); Conjunto de Datos Mínimos de Enfermería de Tailandia; Conjunto de Datos Mínimos de Enfermería de Holanda; *Telenurse* y Clasificación Internacional para la práctica de Enfermería (CIPE®)⁽⁴⁾.

Es necesario comprender que uno de los objetivos de la propuesta del conjunto de datos esenciales es describir los cuidados de la enfermería dados en diversas situaciones clínicas, locales y temporales. Además de contribuir para la construcción del conocimiento en la práctica de la enfermería y medir su contribución a la salud de individuos, familias y colectividades^(2,5).

Para el alcance de esos objetivos, se convierte en imperativo el reconocimiento de la importancia del registro de la asistencia de enfermería. Es por medio de la documentación de los datos referentes al cuidado que la información es generada; se puede subvencionar la administración, de la planificación de la asistencia y la tomada de decisiones acerca de las necesidades de la clientela asistida, contribuyendo para la consolidación de la Enfermería en cuanto a ciencia⁽⁵⁾.

De esta forma, se refuerza la importancia de que el sistema de documentación utilizado por la enfermería sea fácil de usar, amistoso y basado en los problemas más frecuentes de la población en general. Los datos específicos relacionados a problemas de salud menos usuales y especialidades clínicas deben ser adicionados, conforme sea necesario para un registro más amplio⁽⁵⁾. Áreas específicas de actuación de enfermería exigen la

creación de formularios que requieren la asignación de datos específicos apropiados para cada circunstancia.

Estudios nacionales han focalizado la construcción de modelos de sistemas en diversos contextos de actuación con la intención de estandarizar un conjunto de datos esenciales para determinar, analizar y evaluar la salud de grupos específicos, favoreciendo la documentación de la práctica profesional y avanzar el conocimiento a través de la investigación^(3, 6, 7).

En este sentido, es necesario determinar cuáles datos deben ser obtenidos y recolectados en el área de atención a la salud materna que sean esenciales para caracterización y descripción de la práctica de enfermería. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo comparar el Conjunto Internacional de Datos Esenciales de Enfermería con los datos de enfermería contenidos en los formularios de registro de enfermería en el área de salud materna.

MÉTODO

Se trata de una investigación de naturaleza descriptiva y correlacionar, desarrollada a partir de un conjunto de siete formularios de registro de enfermería utilizados en maternidades públicas del municipio de João Pessoa-PB. Los formularios fueron obtenidos junto a las gerencias de enfermería de cuatro maternidades públicas.

Esta investigación es parte de un sub proyecto, el cual fue apreciado por el Comité de Ética en Pesquisa del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, vía Plataforma Brasil, recibiendo el parecer favorable sobre CAAE nº 02294712.4.00005188.

Fueron obtenidos seis formularios de cuatro maternidades, eso porque, dos de ellas (I e IV) utilizan dos instrumentos para etapas distintas del ciclo grávido puerperal. La maternidad I utiliza el formulario "Histórico y diagnósticos/Prescripción de enfermería" para la utilización en parturientes, y otro instrumento denominado "Evolución de enfermería y diagnósticos/Prescripción de enfermería" para la utilización en puérperas. La maternidad IV, por su vez, posee un instrumento para aplicación en el centro obstétrico y otro para utilización en el alojamiento conjunto. Ambos son intitulados instrumento para "Sistematización de la Asistencia de la Enfermería".

La maternidad II no utiliza instrumentos de enfermería para sistematización de la asistencia, sin embargo aplica diariamente un instrumento denominado "Informe de enfermería" en el sector del alojamiento conjunto. En la maternidad III, el formulario disponible, todavía en fase de construcción, consiste en un instrumento de recolecta de datos que puede ser aplicada tanto en parturientes como en puérperas.

Para recolecta de datos, los formularios fueron codificados alfa numéricamente (F-Ia, F-Ib, F-II, F-III, F-IVa y F-IVb), de modo que no permitiera la identificación de las instituciones de salud, garantizando el anonimato de las mismas. Con auxilio de una hoja de cálculo electrónica, los datos contenidos en los formularios fueron organizados, categorizados y analizados según el Conjunto Internacional de Datos Esenciales de Enfermería.

RESULTADOS

Los datos fueron categorizados en tres diferentes categorías conforme el Conjunto Internacional de Datos Esenciales de Enfermería y comparados en relación a la presencia o no, de estos datos en cada una de las categorías, conforme muestra la Figura 1.

Figura 1 – Comparación de los datos esenciales de enfermería contenidos en los formularios de la enfermería de maternidades públicas. João Pessoa-PB, 2012.

	LOCAL/AMBIENTE DEL CUIDADO	DATOS DEMOGRÁFICOS DEL CLIENTE	DATOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA
F-Ia	Localización de la agencia Tipo de pose(Publica/Privada) Sistema de pago Tipo de servicio de la clínica Personal y del cuidado	Inicio del episodio del cuidado Tipo del servicio clínico	Diagnóstico de enfermería Intervenciones de enfermería
F-Ib	Localización de la agencia Tipo de pose(Publica/Privada) Sistema de pago Tipo de servicio de la clínica Personal y del cuidado	Inicio del episodio del cuidado Tipo del servicio clínico	Diagnóstico de enfermería Intervenciones de enfermería
F-II	Localización de la agencia Tipo de pose(Publica/Privada) Sistema de pago Tipo de servicio de la clínica Personal y del cuidado	Inicio del episodio del cuidado Tipo del servicio clínico	☐
F-III	Localización de la agencia Tipo de pose(Publica/Privada) Sistema de pago Tipo de servicio de la clínica Personal y del cuidado	Inicio do episódio do cuidado Tipo de serviço clínico Ano de nascimento Razão da admissão	☐
F-IVa	Localización de la agencia Tipo de pose(Publica/Privada) Sistema de pago Tipo de servicio de la clínica Personal y del cuidado	Inicio del episodio del cuidado Tipo del servicio clínico Razón de la admisión	Diagnóstico de enfermería Intervenciones de enfermería
F-IVb	Localización de la agencia Tipo de pose(Publica/Privada) Sistema de pago Tipo de servicio de la clínica Personal y del cuidado	Inicio del episodio del cuidado Tipo del servicio clínico	Diagnóstico de enfermería Intervenciones de enfermería

Fuente: Datos de la investigación empírica

La primera categoría comprende un total de seis ítems relacionados al local/ambiente en que el cuidado de enfermería es dado. Son ellos: localización de la institución; tipo de pose (pública o privada); sistema de pago; tipo de servicio de la clínica; recursos humanos que prestan el cuidado (número, género, entrenamiento, educación, horas de trabajo por tipo de profesional) y; razón paciente/profesional.

En esta categoría, se constató que solamente tres formularios permitieron la identificación exacta de las agencias. Cuanto al tipo que posee el sistema de pago, los seis formularios analizados ofrecían espacios para rellenar esas informaciones.

Además, todos los formularios analizados tenían explicitados los campos para identificación del tipo de servicio al cual el formulario pertenecía. Los espacios para

Silva AF, Nascimento DM, Andrade LL, Santos SR, Nóbrega MML, Costa MML. Nursing minimum data in maternal health forms: a comparative study. Online braz j nurs [Internet]. 2013 June [cited year month day]; 12 (2): 283-294.

Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3936>.

<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.2013936>

distinguir los ítems "personal de cuidado" y "razón paciente/profesional" no constaban en los formularios.

La segunda categoría de elementos de datos comprende siete ítems relacionados al paciente: inicio y final del episodio del cuidado; situación en alta; país de residencia; género; tipo de servicio clínico; razón de la admisión y año de nacimiento.

En los ítems "inicio y el final del cuidado" y "situación de alta", se observó que en todos los formularios había espacios para rellenar para el inicio do cuidado prestado, no obstante, en ninguno de ellos había sitios para registro del final del cuidado e informaciones para el alta. A excepción de uno de los formularios que permitía declarar la "procedencia" del paciente, ninguno admitía el espacio para rellenar el país de residencia del paciente tampoco el género. Sin embargo, el ítem "género", fue entendido como un dato presente, una vez que los formularios eran provenientes de servicios de atención a la mujer durante el ciclo grávido puerperal.

En cuanto al "tipo de servicio clínico", todos los formularios comportaban espacios para registro de esa información, en este caso Centro Obstétrico y Alojamiento Conjunto. En la categoría "razón de la admisión", solamente dos formularios permitían el relleno de este elemento. El campo "año de nacimiento" fue observado en apenas un instrumento, aunque se puede observar el campo para rellenar el de la edad, en los seis formularios.

La tercera categoría de datos comprende los cuidados de enfermería: Diagnósticos de enfermería; Intervenciones de enfermería; Resultados del Paciente e; Intensidad del cuidado. De estos ítems, se observó que los espacios para describir los diagnósticos e intervenciones de enfermería estaban contemplados en cuatro de los seis formularios analizados. Ninguno de los instrumentos evaluados contemplaba campos para la descripción de los resultados de enfermería e intensidad del cuidado.

DISCUSIÓN

En ítem "localización de la agencia", se observó en tres formularios datos que permiten la localización exacta de la institución en el Estado y/o en el Municipio, posibilitando la

comparación de normas de cuidado. Por otro lado, todos los formularios ofrecen condiciones para identificar el tipo de servicio dado. Como los formularios usados para fines de comparación pertenecían a la red de los servicios de salud del Sistema Único de Salud (SUS), el tipo de pose, aunque no declarado expresamente, puede ser subtendido. Además de eso, como los formularios utilizados eran para fines asistenciales y no gerenciales, era esperada la no identificación de datos relacionados a los recursos humanos proveedores de cuidado. Sin embargo, se verificó que en todos los formularios existían campos destinados a la firma y a la identificación profesional del proveedor del cuidado, atendiendo a las exigencias del Código de Ética del Profesional de Enfermería⁽⁸⁾. Conforme con la Resolución del Consejo Federal de Enfermería (COFEN) n° 191/1996, los profesionales de enfermería deben disponer de su categoría profesional y de la sigla COREN, acompañada de la sigla de la Unidad de la Federación donde está la sede del Consejo Regional, seguida del número de inscripción, separándose todos los elementos por guión⁽⁹⁾.

Considerando que la mujer que vive el ciclo grávido-puerperal demanda cuidado especializado, es importante obtener información acerca del tipo de profesional que proporciona la asistencia directa al paciente así como la formación profesional que lo habilitó a proporcionar tal atendimento. Eso teniendo en vista lo que rige la Ley del Ejercicio Profesional con respecto a la calificación y atribuciones del enfermero obstetra. Permitiendo, de ese modo, caracterizar el perfil de atendimento, analizar la calidad del atendimento e influencia de la formación profesional en el resultado del cuidado⁽⁷⁾.

Los datos referentes al final del cuidado y del alta, a pesar de no estar expresamente identificados en la mayoría de los formularios, no significa que no sean registrados, una vez que la fecha de admisión y del alta es constante en los protocolos de atendimento para fines de gerenciamiento de la institución. La disposición final de la atención hasta el alta del paciente debe ser registrada en los archivos, de forma detallada, lógica y cronológica. El ítem "país de origen" a pesar de no constar en los formularios es importante registrarlo considerando el aumento de inmigrantes de países de América del

Sur, tanto por cuestión de enfermedades endémicas como para orientar el uso correcto de términos e idioma, respetando cada cultura⁽⁷⁾.

La tercera categoría, que comprende los datos relacionados a las etapas del proceso de enfermería denominadas diagnóstico, resultados e intervenciones de enfermería estuvieron presentes en la mayoría de los formularios analizados. Estas etapas del proceso de enfermería son vislumbradas en la literatura científica como los elementos que representan el dominio de la práctica profesional. Sin embargo, esos elementos no fueron encontrados en los formularios analizados.

La documentación de la práctica profesional es parte inherente al propio proceso del cuidar, contribuyendo no sólo para la continuidad de la asistencia, sino también para generar datos que influyeran a la investigación, enseñanza, gerencia y formulación de políticas. Además de eso, el registro del proceso de enfermería es imperativo legal mediante la Resolución COFEN nº 358/2009⁽¹⁰⁾.

La utilización del proceso de enfermería como método estructurador del registro de la práctica profesional permite visualizar el proceso de toma de decisión del enfermero sobre las necesidades del cliente (diagnósticos), sobre cuáles resultados se quieren alcanzar (resultados) y sobre cuáles son los mejores cuidados para atender a aquellas necesidades relacionadas a los resultados deseados (intervenciones)⁽¹¹⁾.

El diagnóstico de enfermería representa el juzgar clínico que el enfermero hace acerca de las respuestas humanas al proceso salud-enfermedad. Se entiende como elemento imprescindible, pues se hace posible aclarar la naturaleza de los problemas o factores de riesgo que deben ser dirigidos para que sean alcanzados los resultados esperados. Las conclusiones obtenidas en esta fase pueden afectar todo el plan de cuidados, una vez que esta etapa es esencial para la toma de decisión acerca de la asistencia de la enfermería⁽¹⁾.

Las intervenciones de enfermería representan acciones que deben ser realizadas junto al cliente (individuo, familia o colectividad) con el objetivo de alcanzar resultados por los cuales la enfermería es responsable. Por medio de las intervenciones es posible

cuantificar el trabajo del enfermero. Los resultados de enfermería incluyen los aspectos del estado del cliente que son sensibles a las intervenciones de enfermería. Los elementos de la intensidad comprenden el total de horas del cuidado de la enfermería y el equipo involucrado, así como los recursos materiales consumidos por el cliente durante el cuidado ofrecido. Los elementos del servicio son aquellas informaciones que enlazan al profesional con el local de servicio de salud y que destacan las informaciones específicas a lo largo del tratamiento⁽²⁾.

Con relación al ítem "resultados de enfermería", que no fue contemplado en ninguno de los formularios correlacionados, es necesario notar que evaluar un resultado de una intervención de enfermería significa evaluar también si la colecta de datos fue realizada de manera adecuada y suficiente; si los diagnósticos fueron establecidos adecuadamente; si el plan de cuidados fue elaborado de acuerdo con las reales prioridades y necesidades del cliente y; si las intervenciones ejecutadas fueron las más adecuadas para atender las necesidades identificadas y si fueron realizadas con la mejor calidad posible⁽⁷⁾. Con respecto al ítem que analiza la intensidad del cuidado, se nota que todavía es parte sólo del interés de los enfermeros administradores.

El registro de los datos en relación al cuidado debe ser considerado con rigor y precisión, pues permite evaluar los procedimientos implementados, determinar la calidad de la asistencia dada y actuar como instrumento facilitador de la (re)planificación y de la coordinación del cuidado⁽¹²⁾. En esta perspectiva, han sido desarrollados estudios con el objetivo de construir Conjuntos de Datos Mínimos de Enfermería en diversas áreas de actuación de la enfermería con la intención de mejorar la documentación y la visibilidad del cuidado de la enfermería^(2,7).

CONCLUSIÓN

Se entiende que construcción de un Conjunto de Datos Mínimos de Enfermería para los diversos escenarios de actuación es fundamental para la construcción del conocimiento en la práctica clínica, así como para medir su contribución para la atención en salud. Sin embargo, le cabe al enfermero establecer los datos que son esenciales para los registros

del área y las terminologías utilizadas para la transmisión de esos datos, a fin de que pueda establecer subsidios para representar y evaluar su práctica.

Es interesante destacar que la definición de los datos esenciales de enfermería, juntamente con el uso de sistemas estandarizados de idiomas y de la informatización ha sido focalizada como estrategias para mejorar la calidad de la documentación de la enfermería.

En el presente estudio fueron encontradas algunas limitaciones relacionadas al análisis de formularios locales. Sin embargo, los resultados pueden contribuir para despertar el interés de otros investigadores para la definición de un conjunto de elementos que deben ser documentados en las situaciones de cuidado de la enfermería para evidenciar la contribución de la Enfermería en la atención a la salud materna.

CITAS

1. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de Enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
2. Werley HH, Devine EC, Zorn CR, Ryan P, Westra BL. The Nursing Minimum Data Set: abstraction tool for standardized, comparable, essential data. Am J Public Health. 1991; 81(4):421-6.
3. Silveira DT, Marin HF. Conjunto de Dados Mínimos de enfermagem: construindo um modelo em Saúde Ocupacional. Acta Paul Enferm [Internet]. 2006 [cited 2012 feb 15]; 19(2):218-27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200015
4. Goossen WT, Epping PJ, Feuth T, Dassen TW, Hasman A, van den Heuvel WJ. A comparison of nursing minimal data sets. J Am Med Inform Assoc. 1998; 5(2): 152-63.
5. Pan American Health Organization. Building Standard-Based Nursing Information Systems. Washington: PAHO; 2000.
6. Ribeiro RC, Marin HF. Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [cited 2012 feb 15]; 62(2): 204-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

7. Marin HF, Barbieri M, Barros SMO. Conjunto Internacional de Dados Essenciais de Enfermagem: comparação com dados na área de Saúde da Mulher. Acta Paul Enferm [Internet]. 2010 [cited 2012 feb 15]; 23(2):251-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200016
8. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União 08 fev 2007.
9. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 191, de 31 de maio de 1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem. Diário Oficial da União 03 Jul 1996.
10. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre 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. Diário Oficial da União 23 out 2009.
11. Peres HHC, Cruz DALM, Lima AFC, Gaidzinski RR, Ortiz DCF, Trindade MM et al. Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções. Rev esc enferm USP [Internet]. 2009 Dec [cited 2012 June 07];43(spe2):1149-1155. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600002
12. Vituri D, Matsuda L. Analysis of nursing records as to care quality: a retrospective descriptive exploratory study of quantitative approach. Online braz j nurs [Internet]. 2008 Feb [cited 2012 feb 15]; 7(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1241/295>.

Recibido: 07/06/2012
Aprobado: 08/04/2013