



Revista CUIDARTE

ISSN: 2216-0973

revistaenfermeria@udes.edu.co

Universidad de Santander

Colombia

Hernández-López, Gloria Isabel
HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA: UN INSTRUMENTO DE APRENDIZAJE Y MUCHO MÁS
Revista CUIDARTE, vol. 2, núm. 1, enero-diciembre, 2011, pp. 240-242
Universidad de Santander
Bucaramanga, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533178022>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA: UN INSTRUMENTO DE APRENDIZAJE Y MUCHO MÁS¹

HISTORY OF NURSING: AN INSTRUMENT LEARNING AND MUCH MORE

Gloria Isabel Hernández-López²

RESUMEN

Introducción: Este artículo muestra un documento denominado Historia Clínica de Enfermería (HCE), el cual actúa como instrumento y estrategia de enseñanza- aprendizaje, en la docencia de la práctica clínica para el cuidado disciplinar. Para ello todos los conocimientos teóricos del área, su epistemología y el pensamiento científico se combinan dotándolo de la calidad documental que exige la normatividad de la sociedad moderna. **Materiales y Métodos:** El artículo de reflexión presenta un documento (HCE) que actúa como instrumento de aprendizaje y cuyo objetivo es vincular la teoría académica con la práctica clínica. Es elaborado durante cada día de la rotación en donde se le asigna un paciente al estudiante, se pretende que lo ejecute en un 50% durante el mismo turno y el resto lo realice bajo investigación bibliográfica. Tiene un modelo flexible, diseñado teniendo en cuenta los aportes temáticos de los pedagogos contemporáneos. Es un formato de lista de comprobación que incluye palabras claves y símbolos que hacen el registro manual o electrónico más fácil. Es guiado por el profesor y elaborado por el estudiante, quien empleando conjuntamente las técnicas de la valoración física organiza datos y detecta las necesidades del paciente. El esquema obliga a preguntar ordenadamente, almacenar, recuperar, manejar, codificar hacia el diagnóstico de enfermería, investigar y diseñar un plan de cuidados adecuado, también a evaluarlo, desarrollando un pensamiento crítico, y a la vez autorregulado su aprendizaje. El Instrumento (HCE), básicamente, tiene el cabezote institucional, la identificación del paciente, anamnesis, tablas de: signos vitales, de control de líquidos, de los medicamentos recibidos, la ponderación de riesgo. Cuadros para: la valoración cefalo-caudal, de resultados de exámenes, la descripción de la patología, el análisis de situación de cuidado, diagnósticos de enfermería y las notas de enfermería. **Resultados:** Se observa cómo el estudiante elabora el instrumento (HCE) y la valoración física, cada vez más rápido a través de la rotación. La valoración es consignada en la Historia clínica institucional respaldada por la firma del docente. En la revisión bibliográfica del tema se puede observar la apropiación y la autogestión del aprendizaje del estudiante. **Discusión y Conclusiones:** Es un instrumento (HCE) flexible que permite que según la especialidad, se adquiera variantes que faciliten el aprendizaje, y se dirija la práctica, evidenciando el proceso. Es punto de partida, para la enseñanza y la autorregulación del aprendizaje. (Rev Cuid 2011; 2(2): 240-2)

Palabras clave: Historia Clínica, Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Plan de Cuidado. (Fuente DeCS, BIREME)

ABSTRACT

Introduction: This article shows a document entitled Nursing Medical Record (HCE), which acts as an instrument and teaching-learning strategy, teaching in clinical practice for the care discipline. To do this all the knowledge of the area, its epistemology and scientific thinking are combined providing quality regulations requiring documentation of modern society. **Materials and Methods:** The reflection article presents a document (HCE) which acts as a learning tool, whose aim is to link academic theory with clinical practice. It is elaborated each day of the rotation, where a patient is assigned to the student, pretending that executing it by 50% during the same turn and the rest and the rest, doing bibliographic research. It has a flexible model, designed by contributions of contemporary education. It is a checklist format that includes key words and symbols that makes manual or electronic registration easier. It is guided for the teacher and developed by the student, together using the techniques of physical assessment, organizes data and detects the. The scheme forces to question orderly; lay up, retrieve, manage, encode to the nursing diagnosis, research and design an appropriate care plan, also to evaluate, developing a critical thinking and a self-regulated learning. The Instrument (HCE) basically has the institutional head, patient identification, anamnesis, tables of: vital signs, fluid control, medications received, the risk weight. Tables for: cephalo-caudal valuation of test results, the description of the pathology, the situation analysis of care, nursing diagnoses and nursing notes. **Results:** You see how the student elaborates the instrument (HCE) and physical valuation, faster and faster through the rotation. The assessment is reflected in the institutional clinical history, supported by the signature of the teacher. In the bibliographic review of the theme, can be observed the appropriation and auto management of the student learning. **Discussion and Conclusions:** Is a flexible instrument (HCE) that allows according to specialty, get variants that facilitate learning and take direction the practice, highlighting the process. Is the starting point for teaching and autoregulation learning.

Key words: Clinical History, Assessment, Nursing Diagnosis, Caring Plan. (Source DeCS, BIREME).

¹ Artículo de Reflexión.

² Enfermera Profesional, Especialista en Cuidados Críticos de la Universidad Industrial de Santander UIS, Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán, Diplomado en "Formación por Competencias" Universidad de Santander, Diplomado Uso y Desarrollo del ambiente Moodle en los procesos Enseñanza Aprendizaje, Docente de Enfermería Universidad de Santander UDES Bucaramanga.

Autor para Correspondencia: Gloria Isabel Hernández López, tel: 6 94 95 32 cel: 301 526 6363, Dirección: Calle 102 N° 35 – 100 Casa 11B Balcón del Tejar Sector II. E-Mail: gloria.isabel.hernandez@hotmail.com

Artículo recibido el 2 de Noviembre, y aceptado para publicación el 28 de Noviembre de 2011.

INTRODUCCIÓN

La mágica pregunta de la profesional docente en enfermería, ¿Cómo integrar las competencias del profesional de enfermería desde el aprender a conocer, el saber hacer, pasando por el saber ser y el saber convivir y no desfallecer en el intento?, por el contrario quedar satisfecho al evidenciar que fue guiador efectivo en ese puente invisible entre la epistemología del cuidado y el pensamiento científico, la práctica y además poder documentar un proceso. Aprender a hacer, a fin de adquirir no sólo una calificación profesional sino una competencia que capacite al individuo para hacer frente a un gran número de situaciones de la disciplina y a trabajar en equipo. (1) Para facilitar lo anterior se diseñó un instrumento denominado Historia Clínica de Enfermería basado en la teorista Florence Nightingale y en la pedagogía contemporánea.

MARCO TEÓRICO

La base general teórica del instructivo está fundamentada en Florence Nightingale como reconocida Enfermera, observadora del ser humano y de su entorno. Analítica y documentadora. Describió lo que para ella era la función propia de enfermería: “poner al paciente en las mejores condiciones para que la Naturaleza actúe sobre él”; definió los conceptos de salud y enfermedad en relación con la enfermería, el objetivo de los cuidados de enfermería y su praxis. (2)

El Instrumento hace énfasis en el plan de Enfermería y utiliza el método científico de resolución de problemas: **Proceso de Atención de Enfermería** en donde se etiqueta según el modelo de La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para establecer el diagnóstico de enfermería, estableciendo hallazgos, intervenciones y las actividades pertinentes, con su frecuencia según el caso. (3)

El docente transiciona desde esta calificación hasta ser en realidad el facilitador de un aprendizaje. Integra la experiencia que la práctica misma proporciona en el cuidado de enfermería, recuerda sus propias fallencias cuando inició en el mundo profesional y produce un **instructivo como instrumento y estrategia de aprendizaje**. Diversas investigaciones llevadas a cabo en el campo de la psicología y la Educación están demostrando de una forma sólida que los estudiantes más efectivos y de mayor rendimiento académico son los que utilizan estrategias de aprendizaje en su proceso de estudio (Berna, 1993).

ANÁLISIS CONCEPTUAL

Definición. El término “estrategias de aprendizaje”

hace referencia a procedimientos establecidos de forma consciente e intencionalmente por un sujeto para la adquisición y aplicación de conocimientos y conceptos (Narvaia, 1998; Valle Barca, González y Núñez, 1999; González y García, 1999). Estrategias cognitivas se relaciona de forma específica con la tarea que se tiene presente. Tienen que ver con procedimientos sistemáticos y organizados para codificar, comprender, retener y reproducir información. Estrategia cognitiva de personalización y control: conjunto organizado y consciente de actitudes y actividades que tienen que ver con asumir de forma personalizada, crítica y creativa el conocimiento. El sujeto busca ir más allá de lo establecido y lo convencional. Personalización: permanente actualización, flexibilidad y apertura a la información y trascendencia de ésta. Control: comparar la información dada con las propias ideas, asumir la información con sentido crítico, comprobar el progreso y controlar la impulsividad en la resolución de problemas. (4)

Es un documento del cual se puede extraer diversidad de cualidades para la enseñanza: respeto a lo escrito, responsabilidad civil y penal; puede ser empleado como guía de conocimientos en la parte netamente teórica, usado como discusión de casos, recolección de datos para el inicio de estudios de enfermería basados en la evidencia. Además guía al estudiante en la actividad de valoración de enfermería y permite el análisis de la necesidad del cuidado del paciente, con el cual puede elaborar un plan de cuidado de enfermería específico.

PARTES DEL INSTRUCTIVO

Consta de un encabezado institucional, con datos del docente, del estudiante y del área formativa. El Contenido que relaciona los datos del paciente, la queja principal, antecedentes personales, elementos de ortesis, diagnóstico médico, aparatos de uso permanente, índice de masa corporal, signos vitales y otros parámetros importantes, tabla de control de líquidos, tabla de medicamentos, cuadro para la descripción de medicamentos, dieta actual, lista de valoración elaborada bajo la técnica de chequeo en dirección céfalo-caudal, cuadro de resumen del examen clínico, cuadro para exámenes de laboratorio, cuadro para exámenes de apoyo, cuadro para revisión de procesos fisiológicos alterados (patologías), cuadro para interacción familiar, plan de cuidados, ponderación y clasificación del riesgo, análisis del cuidado, cuadro de diagnóstico de enfermería, hallazgos, intervenciones y actividades.

PROCESO GENERAL

El estudiante lleva el instrumento de trabajo en cada

turno de la práctica clínica y debe elaborarlo con cada paciente bajo su cuidado. Al recibir del paciente anota información importante, luego interactúa con el paciente y el equipo de salud. Posteriormente accede al historial clínico y recolecta datos, para realizar la valoración y cuidados ordenados. Va documentando el instructivo, bajo la supervisión del docente, escribiendo las notas de enfermería en las que incluye con especial cuidado lo correspondiente a la valoración de enfermería, en la Historia Clínica Institucional. Simultáneamente ejecuta las actividades del cuidado directo del paciente. Al concluir el turno, debe haber trabajado el 50 por ciento del instructivo y el resto lo completa mediante revisión bibliográfica, haciendo énfasis en lo referente al plan de cuidado de Enfermería. El instrumento debe ser entregado al día siguiente. De esta manera se permite correlacionar los conocimientos de la teoría con la práctica, trabajando por la competencia “aprender a aprender”.

CONCLUSIONES

Es un instrumento flexible que permite que según la especialidad, se adquiera variantes que faciliten el aprendizaje, y se dirija la práctica, evidenciando el proceso.

La historia clínica de enfermería es un producto, solicitado en la ficha de aprendizaje del área Médico-quirúrgicas I de la Universidad de Santander, UDES, como evidencia del proceso enseñanza-aprendizaje. Es el resultado de la integración de los cuatro saberes (conocer, ser, hacer y convivir), en la práctica clínica y la evidencia de la competencia del aprender a aprender necesaria para el devenir, de conocimientos teóricos y tecnológicos en el que actuará el profesional de enfermería. El instructivo es cualitativa y cuantitativamente el reflejo del aprendizaje del estudiante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delors, Jacques. Informe de la Comisión Internacional sobre Educación para el Siglo XXI. Ginebra: Unesco, Capítulo 4.
2. Nightingale, Florence. Notas de enfermería: qué es y qué no es. Barcelona: Salvat. 1990. p. 104.
3. Heather Herdman, PhD, RN. Nanda International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Boston: Elsevier, edición 2009 – 2011.
4. Tobón, Sergio. Estrategias de Aprendizaje del Saber Conocer. Madrid: grupo Cife. 2007.