



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TÍTULO

**“EVALUACION DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA
SOBRE LA ATENCION INTEGRAL OTORGADA
AL PACIENTE”**

TÉSIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A N

Elisa Rocandio Sánchez

Liliana Iturriaga Cedillo

ASESOR:

M. en S.P. Claudia Rodríguez García



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**“EVALUACION DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA, SOBRE LA
ATENCION INTEGRAL OTORGADA AL PACIENTE”**

AUTORIZADO POR:

**COORDINADORA ACADÉMICO DE LA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

M. en S.P. Claudia Rodríguez García

ASESOR

M. en S.P. Claudia Rodríguez García

REVISOR

M en E.S. Francisco Javier García Lavalley

ZUMPANGO, ESTADO DE MÉXICO 2013



INDICE

Introducción.....	5
Planteamiento del problema.....	7
Justificación.....	8
Objetivos.....	9
Diseño metodológico.....	10

CAPITULO 1 Antecedentes de la Clínica Regional ISSEMyM Cuautitlán Izcalli

1.1 Antecedentes generales de la Clínica Regional ISSEMyM Cuautitlán Izcalli.....	14
1.2 Clasificación de la Institución.....	14
1.3 Marco de referencia sistema de gestión de la calidad de la clínica regional ISSEMyM de Cuautitlán Izcalli.....	14
1.4 Visión.....	15
1.5 Misión.....	15

CAPITULO 2 Legislación en enfermería

2.1 Normatividad mexicana.....	18
2.2 Nom 168-ssa1-1998.....	19

CAPITULO 3 Notas de enfermería

3.1 Antecedentes de las notas de enfermería.....	22
3.2 Definición de las notas de enfermería.....	23
3.3 Características de las notas de enfermería.....	23
3.4 Recomendaciones del llenado de la hoja de enfermería según la CONAMED.....	24



CAPITULO 4 Cuidado integral del paciente

4.1 Antecedentes del cuidado.....	27
4.2 La enfermera en el ámbito hospitalario encaminada al cuidado integral....	29

CAPITULO 5 Instrucciones y parámetros para la evaluación de las notas de enfermería

5.1 Instrucciones específicas sobre la forma de efectuar las notas, cuidados y observaciones de enfermería.....	34
5.2 Parámetros a considerar para la evaluación de las notas de enfermería...38	
5.3 Análisis e interpretación de datos.....	43
5.4 Conclusiones.....	48
5.5 Sugerencias.....	49

ANEXOS

1. Instrumento para la evaluación de las notas de enfermería.....	51
2. Cuadro 1. Evaluación del apartado de identificación del paciente.....	52
3. Cuadro 2. Evaluación del apartado de cuidados y observaciones de enfermería.....	53
4. Bibliografía.....	54
5. Glosario.....	55



INTRODUCCIÓN

“Estamos tan ocupados llevando a cabo lo urgente,
que no tenemos tiempo para hacer lo importante”.
Confucio

Las notas de enfermería son de gran importancia tanto para el enriquecimiento de la disciplina, como en el mantenimiento de las actividades propias del área, es al paciente a quien se le satisfacen sus necesidades por medio de las intervenciones de cuidado integral y finalmente para la institución prestadora de servicios para brindar una atención de calidad y calidez, ofertada por los profesionales del equipo de salud en el que se encuentra laborando el profesional de enfermería.

Es importante resaltar la evidencia escrita de los actos del cuidado que realiza, el profesional de enfermería a través de la nota, que como fuente de información y forma de comunicar permita dar continuidad del cuidado, avalar el trabajo profesional de enfermería, así como ofrecer cobertura legal a sus actuaciones.

En el siglo XIX Florence Nightingale, en su inquietud por desarrollar la enfermería como profesión, realizó una serie de observaciones que le permitieron plantear que además, de una ciencia y un arte, que "...no sólo significa la administración de medicinas y cataplasmas...", definiéndola como: ".poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él.". Nightingale fue la primera en vislumbrar la necesidad de un método propio para orientar las actividades de enfermería.

Chaparro L., realizó un estudio con el objetivo de conocer lo que registra el profesional de enfermería como evidencia y la continuidad del cuidado en los servicios de hospitalización de segundo nivel, se demostró que los registros de mayor uso son: hoja de medicamentos, ordenes de enfermería y ordenes médicas.

En el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” se realizó una investigación sobre: La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico; a través de la revisión del expediente de pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria de dicho instituto, en los meses de octubre y noviembre de 1999. Entre los hallazgos más importantes destaca el nivel de conocimiento acorde a la elaboración de los registros de enfermería, al igual hubo una alta incidencia de enfermeras que no registran los aspectos emocionales y espirituales aun cuando se proporcionen al paciente.



Son pocas las investigaciones anteriores que se han suscitado en torno a este tema; definiendo que en el año 2003, en Bogotá Colombia a cargo de unas estudiantes para obtener su grado de licenciatura en enfermería en la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Integraron un trabajo de investigación, muy similar en el que el objetivo del estudio era responder a la cuestión de: ¿Qué es lo que registra el profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado en los servicios de hospitalización de una institución prestadora de servicios de salud de II nivel?

Los resultados muestran que los registros de mayor uso son: la hoja de medicamentos, órdenes de enfermería (pedido de insumos de enfermería) y el chequeo de las indicaciones médicas; adicionalmente la continuidad del cuidado no se demuestra por la escasa aplicación del proceso de enfermería, así como la ausencia de formatos de registro que le son propios a la disciplina y que permiten evidenciar el cuidado continuado. Sumado a esto el tipo de registro realizado en las hojas de notas de enfermería se acerca al sistema narrativo. Finalmente hay poca pertenencia con los registros realizados por el profesional de enfermería por la carencia de los criterios ético-legales.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país el profesional de enfermería tienen la función y actividad del llenado de las notas, es un documento legal donde se realizan todos los registros de enfermería que comprende la identificación del paciente, datos clínicos, esquema terapéutico, observaciones y el análisis crítico de enfermería, mismos que permiten establecer el plan de cuidados correspondientes a cada paciente, este documento pertenece al expediente clínico. Pero se sabe que por falta de tiempo debido al número de pacientes asignados y los múltiples factores que con lleva esta profesión, se sistematiza y minimiza esta actividad a un registro rápido y fácil.

De acuerdo a la norma oficial mexicana NOM 168-SSA1-1998 del expediente clínico; la hoja de enfermería debe elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida en base a las normas de la institución y las indicaciones medicas.

Sabiendo que este es un documento médico-legal el profesional de enfermería no toma precaución del llenado adecuado para demostrar legalidad de los actos realizados (cuidados); cabe destacar que la norma considera a este documento como el cual hace constar a los hechos y los actos relativos a la atención prestada a una persona determinada, se convierte en un medio de prueba escrita que adquiere una importancia decisiva en la resolución de un caso, si se llega a presentar.

Por lo antes mencionado nos planteamos la siguiente pregunta ¿Cómo se evalúan las notas de enfermería, sobre la atención integral otorgada al paciente en la Clínica Regional ISSEMyM de Cuautitlán Izcalli?



JUSTIFICACIÓN

El profesional de enfermería en el ámbito hospitalario, se encamina al cuidado integral del paciente junto con la realización de las notas de enfermería las cuales resaltan la evidencia escrita de los actos del mismo. Considerada como una actividad administrativa.

Las notas de enfermería son el soporte documental donde queda plasmada la información sobre la actividad enfermera referente a una valoración, tratamiento y evolución de una persona concreta. Además de ser una fuente de docencia e investigación, permitiendo así el análisis estadístico que contribuye al desarrollo de nuestra profesión y la mejora de los cuidados. Otra de sus finalidades es la jurídico-legal, pues las notas constituyen el testimonio documental de los actos del profesional a requerimiento de los tribunales.

Durante la práctica hospitalaria se detectó una gran problemática al momento del llenado de las notas de enfermería. Un ejemplo son las anotaciones incompletas o confusas que dificultan la continuidad de los cuidados y la comunicación entre profesionales, porque es difícil averiguar los cambios significativos en el estado de salud del paciente y las causas a las que se han debido, sin una fuente documental establecida.

La relevancia de esta parte del trabajo de enfermería y la poca importancia que hoy en día se le da a la elaboración de las notas de enfermería nos motiva a realizar esta investigación, la cual nos ayudará a evaluar las notas de enfermería sobre la atención integral otorgada al paciente en el Hospital Regional de Cuautitlán Izcalli. Por lo cual es importante la constancia de nuestro trabajo por escrito no tan solo para poder evaluar nuestro propio trabajo sino porque también estamos contemplados dentro de la NOM-168-SSA-1998. Éste documento, señala como cuestión importante la Hoja de Enfermería, misma que deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas y las órdenes del médico esta deberá contener como mínimo: habitus exterior; gráfica de signos vitales; ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad, vía; procedimientos realizados; y observaciones.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar las notas de enfermería sobre la atención integral otorgada al paciente en la Clínica Regional ISSEMyM de Cuautitlán Izcalli.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Identificar en que turno hay mas inconsistencias del llenado de las notas de enfermería.
- ❖ Identificar en que parámetros existe mayor número de inconsistencias.



DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Investigación:

Descriptivo

Tipo de estudio:

Retrospectivo, Transversal-Descriptivo

Universo:

Expedientes de todo paciente que ingresan en la Clínica Regional ISSEMyM de Cuautitlán Izcalli.

Población:

Expedientes de los servicios de hospitalización mujeres y hospitalización hombres de la Clínica Regional ISSEMyM de Cuautitlán Izcalli.

Muestra:

Cinco expedientes que contengan notas de Enfermería con siete días de estancia o mas de pacientes que ingresan en los servicio de hospitalización hombres y mujeres.

Criterios de inclusión:

- ❖ Notas de enfermería del servicio hospitalización hombres y hospitalización mujeres de la Clínica Regional ISSEMyM de Cuautitlán Izcalli.
- ❖ Notas de enfermería que tengan los registros de los tres turnos.
- ❖ Notas de enfermería en donde los pacientes tengan siete días de estancia o más.

Criterios de exclusión:

- ❖ Notas de enfermería en donde en paciente haya ingresado por el servicio de urgencias.
- ❖ Notas de enfermería quirúrgicas.
- ❖ Notas de enfermería que estén incompletas (que no contengan los tres turnos).



Instrumento:

Para la obtención de la información se utilizó una cédula denominada Formato de evaluación de los registros en la hoja de enfermería DSM 1 004 025/002, obtenido del departamento de normatividad en procesos de enfermería en el “Programa de Supervisión y Evaluación de los Registros en la Hoja de Enfermería” del ISSEMyM. Propuesto la Lic. Enf. Gloria Martínez Zepeda Jefa Estatal del Departamento de Enfermería, L.E.O. Ma. del Consuelo Guadalupe Carreón Guerrero Jefa de Enfermeras del Hospital de Concentración Satélite y Lic. Enf. Leonor Sánchez Camacho Jefe de Enfermeras del Hospital Materno Infantil.

Este instrumento considera 22 variables de evaluación divididas en dos la primera son 8 parámetros relacionados con la identificación del paciente y la segunda 14 parámetros relacionados con el registro de los cuidados y observaciones del paciente.

FORMATO DSM 1 004 025/002

FECHA DE EVALUACION	CALIFICACION			
	10	8	5	0
PARAMETROS				
IDENTIFICACION				
1. FECHA				
2. UNIDAD MEDICA				
3. NOMBRE DEL PACIENTE				
4. CAMA				
5. DIAGNOSTICO				
6. EDAD				
7. PESO				
8. TALLA				
CUIDADOS Y OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA				
9. HORA DE TOMA DE SIGNOS V.				
10. SIGNOS VITALES				
11. MEDICAMENTOS				
12. CONTROL DE LIQUIDOS				
13. VENOCLISIS				
14. CONCEPTOS				
15. TURNO				
16. ALIMENTACION				
17. HORA				
18. OBSERVACIONES				
19. NOMBRE DE LA ENFERMERA				
COLOR DE TINTA ADECUADO AL TURNO				
LEGIBILIDAD				
LIMPIEZA				
TOTAL DE PUNTOS Y PORCENTAJE				
NOMBRE DEL PACIENTE	SERVICIO QUE SE EVALUA			
CLAVE	TURNO			
FECHA DE LA HOJA	CALIFICACION			



Método estadístico:

Se realiza una base de datos SPSS para la elaboración de cuadros y así poder determinar las conclusiones y sugerencias de este proyecto de investigación.



CAPITULO

1



CAPITULO 1. ANTECEDENTES DEL LA CLINCA REGIONAL ISSEMyM DE CUAUTITLÁN IZCALLI

1.1 Antecedentes Generales

La clínica regional Cuautitlán Izcalli, fue abierta a la población derechohabiente en el mes de agosto de 1987. Inicialmente en esta región se atendieron a 36,676, derechohabientes que corresponden a los municipios del área que son parte del sistema regional del ISSEMyM.

La atención básica que se da en la unidad es la consulta médica general, consulta médica de especialidad (ginecología y obstetricia, pediatría) y la atención de urgencias los 365 días del año, las 24 horas. En la atención médica se han implementado los programas de atención primaria a la salud pretendiendo valorar riesgos, educación para la salud, con diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. A través de la vacunación el control del niño en su crecimiento y desarrollo la atención a la mujer en la salud reproductiva. Cáncer de mama, atención de jubilados y pensionados con la obtención de enfermedades crónico degenerativas y la formación de grupos que promueven el auto-cuidado.

1.2 Clasificación de la institución

La clínica regional Cuautitlán Izcalli está constituida substancialmente bajo el concepto de edificio horizontal o de un solo nivel, ubicado en Cuautitlán Izcalli, Estado de México en la avenida chopos N° 145.

Es una institución descentralizada-gubernamental que atiende a derechohabientes (trabajadores del estado) y sus dependientes económicos.

1.3 Marco de referencia sistema de gestión de la calidad clínica regional de Cuautitlán Izcalli

En el marco de trabajo del ISSEMyM, su alta dirección establece la presente política coherente con su razón de ser y su compromiso con la sociedad Mexiquense, la cual es comunicada y entendida para su evaluación permanente y poder lograr sus resultados planificados.

Nuestro compromiso es ofrecer servicios que cumplan con las necesidades y expectativas en la seguridad social para los derechohabientes, en un marco de innovación y mejora continua de todos nuestros procesos, atendiendo la normatividad vigente e involucrado a todo el equipo de ISSEMyM.



1.4 Visión

Nuestra visión implica proporcionar seguridad social a los derechohabientes sobre las expectativas futuras, definiéndose de la siguiente manera.

Ser reconocidos por los derechohabientes como una institución que otorga servicios integrales de salud con calidad y humanismo, que brinda seguridad económica en su etapa actual y de retiro que promueve la integración familiar y su bienestar social.

1.5 Misión

Otorgar a los derechohabientes las prestaciones que establece la ley de seguridad social para los servidores públicos del estado del estado de México y municipios, con el objeto de:

- Preservar su salud.
- Garantizar su ingreso económico en la etapa de retiro del servidor público.
- Apoyar la economía familiar.
- Fortalecer la integración familiar y bienestar social.

Con calidad, humanismo y actitud de servicio, trabajando en un ambiente organizacional participativo y de trabajo en equipo, que permita el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores.

El establecimiento de la misión permite asegurara que el personal adscrito conozca cual es la razón de ser la organización y que adquiera un compromiso para el mejor desempeño de la misma.

Objetivos

En el marco de sus compromisos sociales la alta dirección del ISSEMYM estable los siguientes objetivos con los que se medirá el cumplimiento de la política de calidad:

- 1_ Mantener el índice de satisfacción de los derechohabientes en un mínimo de 80%.
- 2_ Mantener la capacidad de los procesos en un mínimo del 80%.
- 3_ Mantener los tiempos de respuesta en los servicios de consulta externa y farmacia en un promedio de 30 minutos



CAPITULO

2



CAPITULO 2. LEGISLACION DE ENFERMERÍA

2.1 Normatividad Mexicana

CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



CONSTITUCIÓN MEXICANA

Art 4° Garantiza el Derecho a la protección de la salud

Art 5° Garantiza el Derecho al ejercicio libre de cualquier profesión lícita

LEY GENERAL DE PROFESIONES

ARTÍCULO 61.-Los delitos que cometan los profesionistas en el ejercicio de la profesión, serán castigados por las autoridades competentes con arreglo al Código Penal.



ARTICULO 71.- Los profesionistas serán civilmente responsables de las contravenciones que cometan en el desempeño de trabajos profesionales, los auxiliares o empleados que estén bajo su inmediata dependencia y dirección, siempre que no hubieran dado las instrucciones adecuadas o sus instrucciones hubieren sido la causa del daño.

EJEMPLO DE SANCIONES: El Código Penal para el DF en el artículo 328 señala la causa y penalidad a la que se hace acreedor el médico o enfermera que suministre un medicamento evidentemente inapropiado en perjuicio de la salud del paciente.

2.2 Norma Oficial Mexicana nom 168-ssa1-1998

En diciembre de 1998, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de una norma que en atención a las anteriores consideraciones y contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, se expidió la “Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente.

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejora de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y de rehabilitación y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Entre las generalidades que conciernen a los prestadores de servicios tienen obligatoriedad de integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma.

Entre las características principales para la elaboración de una nota esta la colocación de datos personales del paciente y la institución a la que pertenece. Los datos del cliente como son, nombre, sexo, edad y domicilio y todas las



notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora; nombre completo y la firma de quien hace el registro.

Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

Los reportes escritos por el profesional técnico y auxiliar, debe elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las indicaciones del médico y contienen como mínimo:

- 9.1.1. Habitus exterior;
- 9.1.2. Gráfica de signos vitales;
- 9.1.3. Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía;
- 9.1.4. Procedimientos realizados; y
- 9.1.5. Observaciones.
- 9.2. De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
 - 9.2.1. Fecha y hora del estudio;
 - 9.2.2. Identificación del solicitante;
 - 9.2.3. Estudio solicitado;
 - 9.2.4. Problema clínico en estudio;
 - 9.2.5. Resultados del estudio;
 - 9.2.6. Incidentes si los hubo;
 - 9.2.7. Identificación del personal que realiza el estudio; y
 - 9.2.8. Nombre completo y firma del personal que informa.



CAPITULO

3



CAPITULO 3. NOTAS DE ENFERMERÍA

3.1 Antecedentes de las notas de enfermería

Según las Autoras

Du Gas (1970, p.82) afirma que las notas de enfermería sirven como comprobante de los tratamientos y las prescripciones ordenadas por el médico, las acciones de enfermería y la respuesta del paciente.

Roper, Logan y Tierney (1987) exponen que ha de registrarse la información diaria del paciente y, en cada turno, anotar lo necesario. Estos datos proporcionan información para actualizar el plan de cuidados las notas tienen que ser fuente constante de información para las enfermeras. Para ellas, los escritos bien diseñados y redactados con precisión serán de valor inestimable para un abogado defensor y proporcionaran pruebas ante los tribunales, ante una demanda. Existe duda de la calidad de los registros; en ellos, la causa más omitida e la relacionada con la mejoría del paciente.

Iyer publico dos artículos en los volúmenes de marzo y abril (1992 b, c) en las cuales suministro reglas básicas para registrar los cuidados de enfermería que protejan legalmente.

Calfee (1994, p. 57) propone nunca incluir, en la historia del paciente, comentarios de índole administrativa.

Parisil (1995, p. 40) describe como anotar los errores de la administración. Para Thomas (1996, p. 19-23) la documentación debe basarse en el plan individualizado y actualizado de las necesidades de cada paciente.

Las autoras Iyer, Taptich y Losey (1997^a, p. 202) refieren que los registros de las intervenciones de enfermería deben contener firma y fecha.

Acotam, además, que todo registro debe ser completo y claro y que los verbos deben evidenciar acciones concretas y cambios exactos.

Peplau, citada por Wesley (1997), explica que el ejercicio de la enfermería como proceso, avanza, en la recolección de los datos, de lo general a lo específico y se vale de la observación, la comunicación y el registro.

En la revista Nursing (en español), entre los años 1998 y 2002, Bergerson (1988 p. 21-26) anota que en una querrela por mala praxis, los miembros del jurado suelen considerar los registros como la mejor prueba. Recomienda el uso de las normas de registro OPCO (objetivo, preciso, completo, oportuno) y afirma que, con este método, se le impide al demandante desacreditar el registro.



Murphy y Burkes (p 30-40) defienden el sistema de registro sobre la base de estándares escritos en que se identifiquen las responsabilidades básicas de las enfermeras para con los pacientes.

3.2 Definición de las notas de enfermería.

Las notas son una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos, tanto personales como familiares que se refieren a un derechohabiente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad o estado de salud actual.

Las notas de enfermería quedan reguladas en la NOM 168, son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y evolución.

El registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al derecho habiente.

3.3 Características de las notas de enfermería.

- ❖ Son significativas.
- ❖ Emplea los instrumentos de la observación y entrevista terapéutica y llega a establecer un diagnóstico de enfermería.
- ❖ Son oportunas al determinar un valor científico de las anotaciones de enfermería, constituyendo a la vez una magnífica fuente de investigación de nuevos y mejores métodos para el cuidado de los pacientes.
- ❖ Valora el progreso del paciente, actualiza el plan de cuidado, evalúa los resultados.
- ❖ Son precisas, secuencialmente lógicas, precisando la hora.
- ❖ Son claras, con redacción sencilla y comprensible, evitando ambigüedades.



3.4 Llenado de la hoja de enfermería según la CONAMED

- ❖ Establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud.
- ❖ Realizar los registros en forma: clara, legible, veraz, oportuna y confiable.
- ❖ Utilizar terminología técnico-médica de usos y aceptación universal.
- ❖ Elaborar y considerar a los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado.
- ❖ El personal de enfermería debe integrar los diversos formatos que maneja para el registro de los cuidados proporcionados al paciente, así como también deben registrar las observaciones sobre la respuesta de éste a la terapéutica empleada, incluyendo la hoja de enfermería en el expediente clínico del paciente al que corresponde.
- ❖ Verificar que los datos del paciente estén actualizados y completos.
- ❖ Actualizar los diagnósticos.
- ❖ Escribir de forma objetiva los signos y síntomas, anotando entre comillas la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos deben apoyarse en pruebas y observaciones concretas.
- ❖ Evitar las generalizaciones y términos vagos como: “normal, regular, etc.”
- ❖ Las anotaciones, deben ser claras, concisas y correctas ortográficamente y gramaticalmente sin usar abreviaturas.
- ❖ No deberán contener tachaduras (si se comete algún error, no tachar ni colocar corrector, solamente encerrar con paréntesis y volver a anotar.)
- ❖ No dejar espacios en blanco.
- ❖ Los registros clínicos y tratamientos de enfermería deben anotarse inmediatamente después de efectuado el procedimiento con el color de tinta correspondiente al turno. Azul, para turno matutino, verde para el turno vespertino, rojo para el turno nocturno y negro para la jornada especial.
- ❖ Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente.



- ❖ No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
- ❖ No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.
- ❖ No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren.
- ❖ No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad.
- ❖ No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si ésta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.
- ❖ Utilizar metodología común (Valoración patrones /de NANDA/NOC/NIC) normalizando el trabajo enfermero. (Proceso Atención Enfermería) La inclusión de la metodología y el esfuerzo por la utilización de un sistema de lenguaje común facilitará la comunicación y el camino a los registros informativos.



CAPITULO

4



CAPITULO 4. CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE

4.1 Antecedentes del cuidado.

El primer intento de sistematización de la noción de cuidado se ubica en el Siglo XIX, con el trabajo de Florence Nightingale, *Notas sobre Enfermería*, donde se refiere a las técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación a los enfermos. Para Nightingale “cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”. Vale la pena mencionar que el siglo XIX se caracterizó en el área de salud por la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas lo que ayuda a comprender la importancia en el medio ambiente y la influencia de la naturaleza expresada por Nightingale. Durante las décadas del Treinta y Cuarenta del Siglo XX, Virginia Henderson desarrolló una propuesta con el objetivo de definir la función de la enfermera. Esta autora en un análisis histórico que publica sobre el plan de cuidado de enfermería, reconoce que desde los años Veinte algunas enfermeras elaboraban proyectos referentes al diseño de planes de cuidado. La salud hacia principios del siglo XX era definida como ausencia de enfermedad. El cuidado por lo tanto se orientó hacia la resolución de problemas, deficiencias. En la segunda mitad del siglo, el concepto se amplía considerando el contexto para comprender y explicar la situación de salud individual o colectiva y el cuidado se lleva a cabo para contribuir a recuperar la salud, prevenir la enfermedad, fomentar el mantenimiento de la salud. El cuidado se da a partir de la identificación de la necesidad de ayuda considerando las percepciones e integralidad de la persona. Las investigaciones realizadas en los años Cincuenta en la Universidad de Washington aportaron los fundamentos para diseñar los primeros “Planes de Cuidado”, basados en principios científicos.

En los años Sesenta surgió en Norte América, la preocupación por construir “Modelos de Enfermería” y por desarrollar un método a partir del “Proceso de Enfermería” en respuesta las exigencias que planteaba el sistema de salud. Consuelo Castrillón en su libro “La dimensión social de la práctica de la



enfermería”, afirma que en estos modelos conceptuales se encuentran representaciones de enfermería que, en algunos círculos académicos, han servido para facilitar la orientación de la formación del cuidado y de la investigación. “Estos modelos derivan de alguna teoría mezcla de teorías de la biología, la psicología, la sociología y la antropología, saberes que se adoptaron para ilustrar la estructura del cuidado de enfermería y para guiar la manera de formar, investigar y ejercer la profesión”. También afirma, “que los modelos propuestos durante estos dos decenios se pueden decir que coinciden en trabajar el Cuidado como objetivo social de enfermería y representan el saber contemporáneo, que intenta desligarse de los fundamentos anatomoclínicos y etiopatológicos, que por más de un siglo constituyeron los únicos fundamentos científicos de enfermería, para construir su objeto de saber con el apoyo de las ciencias sociales, que aportan otras lecturas de las necesidades del ser humano en relación con sus procesos vitales”; “la promoción de la salud y la atención de la enfermedad son los fines intermedios para contribuir al bienestar, la calidad de vida y el desarrollo de las personas con quienes se interactúa.”

Beatriz Sánchez define el cuidado “como un acto de interacción humana, recíproco e integral, guía del conocimiento durante el decenio del Ochenta, surge con más intensidad la preocupación por la indefinición de la enfermería y se diseñan perfiles que tipifican las destrezas profesionales. Teoristas como Meleis (1985) citada por Villalobos plantea: “La enfermera interactúa en la situación de cuidado de la salud con el ser humano, quien es parte integral de su contexto sociocultural y que esta en alguna forma de transición o de anticipación a esta; las interacciones del cliente-enfermera están organizadas alrededor de algún propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para , causar o facilitar la situación de salud”.

También afirma Meleis “que la enfermería ha atravesado numerosas etapas en la búsqueda de la identidad profesional y autenticidad y define cuatro etapas: 1.- práctica; 2.- educación y administración; 3.- investigación y 4.- de desarrollo teórico”. En esta última etapa considera que se aceptó la complejidad de la naturaleza de enfermería y la posibilidad de trabajar con múltiples paradigmas,



la necesidad de probar y corroborar los planteamientos más importantes de diferentes teorías, antes de descartarlas y la idea de aceptar la permanencia de diversos modelos y teorías en el campo docente, investigativo y de la práctica.

En el decenio del Noventa, el movimiento de reflexión sobre la Conceptualización en enfermería, indaga por los conceptos propios de este campo y se propone precisar cuál es su objetivo o razón social de la enfermería, identificando “el cuidado” como la función histórica de los profesionales de enfermería.

En Centro, Sudamérica y en la región Caribe, no se ha desarrollado una corriente teórica con las características de la experiencia Norteamericana. En Colombia, se han dado algunas aproximaciones como la desarrollada por el grupo de reglamentación profesional, constituido por representantes de docencia y de servicio. Grupo que contribuyó a la expedición de la Ley 266 de 1996 en cuyo texto se define Enfermería y se especifica el cuidado como el fin de la práctica profesional.: “Enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. Su objeto es el “cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad” en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud – enfermedad”.

4.2 La enfermera en el ámbito hospitalario encaminada al cuidado integral.

La revolución en 1910 significó un hecho muy importante en la vida de México, ya que logró centrar las bases de la justicia social. Sin embargo, la población fue víctima de insalubridad que se manifestó en grandes epidemias; la enfermera Eulalia Ruiz Sandoval, egresada de la escuela de enfermería del hospital general de México, después de una gran labor, regresó y fue nombrada jefa de enfermeras. Cabe hacer mención que el mayor estatus en enfermería en aquella época era para las enfermeras que se encontraban en el quirófano. Con el paso del tiempo las jornadas laborales se redujeron; de 24 horas de trabajo por 24 de descanso, posteriormente se redujeron a las 12 horas laborales y a partir de 1939, se establecieron los horarios de 8 horas de trabajo. Las diversas funciones que realizaban las enfermeras les permitían



tener especialización práctica. Los salarios variaban entre \$190.00 y \$368.00 (Martínez 1993:99).

Trascendental en área de la salud fue la planeación de la atención médica desarrollada en el IMSS, a partir de su fundación 1994. Hoy a más de seis décadas de haberse fundado esta institución cuenta en todo el territorio nacional con un sistema muy intenso de 1748 establecimiento, entre los que figuran unidades de medicina familiar, hospitales generales, unidades de rehabilitación y hospitales de especialidad. En el estado de México se cuenta con el Hospital Regional 220, Hospital General de zona No. 58 Naucalpan, Hospital General de zona No. 197 de Texcoco. También se cuenta con la Clínica de Medicina General No. 222 Toluca, la de Texcoco, Chalco entre otras mas. Es pertinente destacar que el IMSS a transformado algunas Unidades de Medicina Familiar en Unidades Medicas Ambulatorias UMA donde además de brindar servicios de Medicina Familiar, se cuenta con unidades de oncología, traumatología y ortopedia, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía general y nefrología. También incluyen servicios de diálisis, hemodiálisis y quimioterapia. En 1965 se inauguro la clínica hospital del IMSS hoy conocida como hospital de ginecoobstetricia Emilio Chuayffet.

El instituto de salud en el estado de México, a través de el modelo de atención a la salud (MASALUD), tiene como objetivos contribuir al mejoramiento de salud de los mexiquenses, abatir la desigualdad en salud, garantizar un trato adecuado en los servicios de salud, asegurar la justicia en el financiamiento de dichas acciones y fortalecer el sistema estatal de salud. Para el cumplimiento de estos objetivos se propone conformar la red de servicios de salud y sus unidades, siendo sus componentes: los Hospitales Generales, la Unidad de Especialidades medicas y es Hospital Regional de alta Especialidad; este modelo tiene bondades como brindar servicios de salud en la modalidad de atención en el hogar, atención ambulatoria, atención hospitalaria.

Se tiene previsto que la red estatal de servicios de salud este integrada por 18 redes regionales en las que debe de existir un hospital, en el cual ofrezca asistencia curativa y preventiva y sea también un centro de formación de personal y de investigación.

Los hospitales generales de 60 a 144 camas se ubica en localidades suburbanas, ofrecen servicios de especialidades básicas, y otros servicios, con área de influencia para 50,000 a 200,000 usuarios. El Hospital Regional de alta Especialidad esta diseñado para resolver problemas que requieren de



especialidades, para reparar daños de baja frecuencia y alta complejidad, que implican tecnología de última generación. Cabe resaltar que hoy en día, se cuenta ya con el Centro Médico Adolfo López Mateos del ISEM, el Centro Oncológico, Centro Médico Toluca y con el Centro Médico de Ecatepec, los tres últimos pertenecen al ISSEMyM.

Así mismo, estas instituciones han retomado el programa cruzado nacional por la calidad, con el que se han visto mejora en los servicios otorgados, al lograr instaurar estándares de calidad establecidos a nivel nacional. El Estado de México cuenta con un organismo de sistema de seguridad social como es el ISSEMyM, caracterizado por utilizar programas de evaluación sobre la calidad del servicio de enfermería, auditoría de breve calidad del servicio de enfermería, auditoría de la hoja de enfermería, control del abastecimiento de los carros rojos de emergencia, así como programa 5 *s* +1, el cual está basado en la filosofía japonesa de mejoramiento continuo; sus objetivos es lograr una actitud de compromisos permanentemente y, con la organización adecuada de cada uno de los servicios, crear un ambiente de trabajo, ordenado y seguro.

En el Estado de México la práctica de enfermería se sigue en una misma línea en las diferentes instituciones de salud, la práctica real y potencial de la enfermera profesional no sea vista reflejada por la cultura de las organizaciones de salud, puesto que su aspecto burocrático y social interfiere directamente en la autonomía profesional, al operar instituciones complejas que por la cantidad de sujetos implicados por el equipo, el sistema, los materiales y los procesos, obligan a que acciones sustantivas del equipo de salud se subordinen a lo gerencial administrativo, asignándole entonces tareas y estándares que no siempre coinciden con lo esencial de la profesión. Por ejemplo cuando se planea la creación de un hospital en muchas ocasiones la participación de la enfermera es mínima y nula. Sus actuaciones quedan entre la autoridad de una administración superior y la autoridad técnica del médico. En este sentido se reconoce que muchas enfermeras que laboran en el hospital realizan acciones dependientes en función de lo que deriva un diagnóstico médico. Como referente se pueden citar datos provenientes de una entrevista realizada a una enfermera cuyo caso puede ser generalizable:

Con 43 años de servicio en esta profesión, inicié a los 14 años de edad, en el único hospital que había y como requisito solo me pedían que supiera inyectar y colocar sueros: este hospital era administrado por religiosas de la

Congregación de las Carmelitas los únicos instrumentos de trabajo con los que contábamos eran con jeringas de cristal y agujas metálicas, termómetros, baumanómetros y algunas pinzas. El resto del material que necesitábamos lo



improvisábamos nuestras principales funciones en la asistencia al enfermo se centraban en el tendido de cama, preparación de la unidad del paciente,

Observación de síntomas especiales, registro de los pacientes, cuidar del aseo y orden de las instalaciones, pasar visita, asistir en todas las operaciones quirúrgicas, auxiliar al médico en las curaciones y la administración de medicamentos. Sin embargo, existían enfermeras que sobresalían por su habilidad técnica en diversos ámbitos como por ejemplo enfermeras que administraban la anestesia. Las jornadas de trabajo eran de ocho horas, de lunes a domingo, se disfrutaba solo de un día de descanso el cual lo asignaba nuestra jefa inmediata cuando ella lo consideraba conveniente, había tres turnos laborales matutino, vespertino y nocturno en los cuales nos cambiaban cada seis meses o al año, no teníamos espacio ni tiempo asignado para la enseñanza, aunque posteriormente, la secretaria de salud del estado impartió el primer curso de primeros auxilios, de un año al cual se nos obligó a asistir, obteniendo un documento que nos avala como enfermeras auxiliares.

Actualmente la práctica de enfermería ha evolucionado en respuesta a las necesidades, cambios científicos y tecnológicos, educativos, económicos y políticos experimentados por la sociedad, así también el ejercicio de la enfermería no puede dejar a un lado el aspecto sociodemográfico y epidemiológico que son los que definen las intervenciones de la profesión a través de la puesta en marcha de funciones independientes e interdependientes. Las independientes son aquellas actividades que el profesional realiza en el campo diagnóstico y de tratamiento de la enfermería; estas acciones no necesitan una orden del médico, sino están basadas en los saberes científicos para el dominio de las enfermeras; las funciones interdependientes son todas aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud.

La práctica de la enfermera se define como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas físicos o emocionales, reales o potenciales a través de los servicios como la búsqueda de casos, la educación para la salud, el consejo sanitario y la prestación de la atención sanitaria para el mantenimiento o restablecimiento de la vida y el bienestar, así como la ejecución de los regímenes médicos según la prescripción médica o de otro

profesional con una autorización legal, lo que forma parte de las funciones interdependientes. El profesional de enfermería, además de estas funciones realiza diferentes actividades que puede adaptar al nivel de atención para la salud donde se encuentre laborando. En el ámbito hospitalario el objeto de atención de la enfermera es el cuidado integral del paciente que ha perdido la salud.



El término cuidado incluye los aspectos profesionales y técnicos. Entre los elementos que configuran la relación social del cuidar se encuentran: reciprocidad, obligación, responsabilidad, decisión sobre la salud y el bienestar de las personas. A su vez, como trabajo, el cuidado es complejo y diversificado, muchas veces invisible por dificultad de especificar la complejidad emocional y material que incluye. En la naturaleza del cuidar se puede subrayar las siguientes ideas centrales: la responsabilidad y la interacción. La responsabilidad implica estar presente, estar cerca, el respeto, el sentir con y desde la persona cuidada en su singularidad y su especificidad. La interacción es una relación personal de carácter asimétrico al consolidarla personas distintas, pero al mismo tiempo, esta interacción es simétrica en el orden ético, la relación interpersonal conlleva con el tener tacto, aportar una ayuda discreta, humanizar la tecnología, ser firme, enseñar y ayudar a superar el sufrimiento.

De la génesis del cuidar parten dos grandes ejes: asegurar la continuidad de la vida, y hacer retroceder la muerte, luchar contra lo que provoca la muerte (Colliere, 1996;9, citado por Ramiro Jofre, 2005:19). Uno de los factores que incide en la opacidad de una parte de la práctica de la enfermera tiene su origen en la naturaleza misma de los cuidados, son actividades no visibles, no se les presta atención por su carácter cotidiano.



CAPITULO

5



CAPITULO 5. INSTRUCCIONES Y PARAMETROS PARA LA EVALUACION DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA.

5.1 Instrucciones específicas sobre la forma de efectuar las notas, cuidados y observaciones de enfermería.

1.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
❖ Fecha	Registra el día, mes y año correspondientes al control
❖ Unidad Medica	Nombre completo y correcto de la unidad médica donde está hospitalizado el paciente
❖ Nombre del paciente	Apellido paterno, materno y nombre o (s) del paciente
❖ Número de Cama	Anotar el número de cama o cuna asignada, en caso de cambio, encerrar en un paréntesis el número y registrar el de la nueva cama o cuna asignada
❖ Diagnóstico	El diagnostico principal registrado por el médico en el expediente clínico
❖ Edad	En adultos, adolescentes, escolares y preescolares, anotar años cumplidos; en lactantes y recién nacidos años y meses cumplidos separando con una diagonal, ejemplo: dos años y tres meses 2 3/12; recién nacido 25 días 25/30
❖ Peso	Registra legible y claramente el peso en kilos y gramos, actualizando diariamente, siempre y cuando le sea permitido por indicación médica
❖ Talla	Registra legible y claramente la talla en metros y centímetros, actualizando diariamente, siempre y cuando le sea permitido por indicación médica



2.- CUIDADOS Y OBSERVACIONES EN ENFERMERÍA

❖ Hora de signos vitales	Registra la hora de la toma de los signos vitales																																				
❖ Signos Vitales	Registrar pulso, temperatura presión arterial y respiración en el espacio correspondiente																																				
❖ Medicamentos	Anotar el nombre del medicamento, dosis indicada hora y vía de ministración ya sea parenteral, oral u otras																																				
❖ Control de Líquidos Ingresos y Egresos	<p>Registrar correctamente las cantidades de ingresos, y líquidos orales, si los gastroclisis, fórmula láctea, anotar el número de tomas en dietas especiales especificándolas calorías y cantidad de líquidos. En los egresos registrar las cantidades y características de la diuresis en mililitros. registrando las cantidad de evacuaciones y sus características según el siguiente código de evacuaciones establecido</p> <table border="1" data-bbox="628 1335 1394 2031"> <thead> <tr> <th>ABREVIATURA</th> <th>SIGNIFICADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>F</td><td>Formada</td></tr> <tr><td>L</td><td>Líquida</td></tr> <tr><td>SL</td><td>Semilíquida</td></tr> <tr><td>P</td><td>Pastosa</td></tr> <tr><td>C</td><td>Café</td></tr> <tr><td>V</td><td>Verde</td></tr> <tr><td>N</td><td>Negra</td></tr> <tr><td>A</td><td>Amarilla</td></tr> <tr><td>Ac</td><td>Acolia</td></tr> <tr><td>O</td><td>Oleosa</td></tr> <tr><td>R-A</td><td>Restos alimenticios</td></tr> <tr><td>M</td><td>Mucosa</td></tr> <tr><td>SNL</td><td>Sanguinolenta</td></tr> <tr><td>G</td><td>Grumosa</td></tr> <tr><td>Fet</td><td>Fétida</td></tr> <tr><td>Mec.</td><td>Meconio</td></tr> <tr><td>Me</td><td>Melena</td></tr> </tbody> </table>	ABREVIATURA	SIGNIFICADO	F	Formada	L	Líquida	SL	Semilíquida	P	Pastosa	C	Café	V	Verde	N	Negra	A	Amarilla	Ac	Acolia	O	Oleosa	R-A	Restos alimenticios	M	Mucosa	SNL	Sanguinolenta	G	Grumosa	Fet	Fétida	Mec.	Meconio	Me	Melena
ABREVIATURA	SIGNIFICADO																																				
F	Formada																																				
L	Líquida																																				
SL	Semilíquida																																				
P	Pastosa																																				
C	Café																																				
V	Verde																																				
N	Negra																																				
A	Amarilla																																				
Ac	Acolia																																				
O	Oleosa																																				
R-A	Restos alimenticios																																				
M	Mucosa																																				
SNL	Sanguinolenta																																				
G	Grumosa																																				
Fet	Fétida																																				
Mec.	Meconio																																				
Me	Melena																																				



<p>❖ Manejo de soluciones cristaloides y elementos sanguíneos (Venoclisis)</p>	<p>Registrar en tipo y la cantidad administrada, la hora de inicio y termino de las soluciones parenterales, en los elemento sanguíneos, corroborar el tipo y Rh correctos con los del paciente, registrándolos en la hoja correspondiente alas transfusiones anotar la cantidad suministrada en el turno y la cantidad pendiente de suministrar</p>													
<p>❖ Conceptos sobre el estado de conciencia</p>	<p>Se registra marcando con una “x” en recuadro correspondiente al estado de conciencia que presente el paciente, con la tinta correspondiente al turno</p> <table border="1" data-bbox="627 775 1027 1003"> <tr> <td>CN</td> <td>Consistente</td> </tr> <tr> <td>SC</td> <td>Semiconsistente</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>Soporoso</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>Estuporoso</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>Inconsciente</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Comatoso</td> </tr> </table>		CN	Consistente	SC	Semiconsistente	S	Soporoso	E	Estuporoso	I	Inconsciente	C	Comatoso
CN	Consistente													
SC	Semiconsistente													
S	Soporoso													
E	Estuporoso													
I	Inconsciente													
C	Comatoso													
<p>❖ Estado General</p>	<p>Registrando marcando con una “x” en el espacio correspondiente</p> <table border="1" data-bbox="627 1160 1027 1308"> <tr> <td>MG</td> <td>Muy grave</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>Grave</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>Delicado</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td>Mejorado</td> </tr> </table>		MG	Muy grave	G	Grave	D	Delicado	M	Mejorado				
MG	Muy grave													
G	Grave													
D	Delicado													
M	Mejorado													
<p>❖ Posición del Paciente</p>	<p>Registrar el nombre de la posición que tiene indicada</p>													
<p>❖ Ayuno</p>	<p>Seleccionar la causa del ayuno con una “x”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente programado para cirugía - Estudios especiales - Examen de laboratorio - Otras causas (anotarlas) 													
<p>❖ Interconsultas</p>	<p>Registrar en éste espacio la especialidad a la que fue solicitada la interconsulta</p>													
<p>❖ Tipo de intervención quirúrgica y días de postoperatorio</p>	<p>Registrar el tipo de cirugía realizada y los dias subsecuentes</p>													
<p>❖ Sondas y drenajes</p>	<p>Registrar en milímetros o gramos</p>													
<p>❖ Oxigenoterapia</p>	<p>Registrar el tipo de apoyo con oxígeno que se está proporcionando, si es por medio de mascarilla, puntas nasales o ventilador</p>													



❖ Hábitos Higiénicos	Anotar las medidas higiénicas aplicadas: baño de regadera , baño de esponja, baño de parcial, etc.
❖ Cuidados específicos y registros por turno	Anotar correctamente los cuidados especiales proporcionados, en el espacio correspondiente al turno y a la hora en que fueron realizados
❖ Nutrición del paciente por turno	Señalar únicamente lo ingerido por la paciente en el desayuno, comida o cena. En los pacientes neonatos y pediátricos registrar el tipo de fórmula láctea en mililitros.
❖ Observaciones y registro de actividades	Registrar los signos observados y los síntomas que refieren al paciente, la hora en que se presente y las modificaciones en éstos, así como las acciones de la enfermería, la hora en que se llevan acabo, la respuesta y la evolución al esquema terapéutico y a las medidas asistenciales. la información que se considere importante y que no esté captada en los rubros anteriores serán señaladas en éste espacio
❖ Nombre del personal de enfermería	Al finalizar el turno se anotará el nombre y apellido del personal de enfermería responsable de la atención del paciente, sin abreviaturas y legible.
❖ Color de tinta de acuerdo al turno	Realiza los registros de acuerdo al color de tinta correspondiente a su turno; azul para el matutino, verde para el vespertino, rojo para el nocturno y negro para turno especie y días festivos.
❖ Legibilidad	Es entendible al 100% de lo registrado
❖ Limpieza	Los registros se encuentran impecables sin manchas, tachaduras o correcciones.



5.2 Parámetros a considerar para la evaluación de las notas de enfermería

CONCEPTO	CALIFICACIÓN			
	10	8	5	0
1.-Fecha	Registra correctamente la fecha con números arábigos	Anota correctamente la fecha, faltando con números arábigos	La anotación no es legible, faltándole los números arábigos	Sin registro
2.- Unidad médica	Registra correcta y legiblemente el nombre de la unidad	Registra abreviado y legiblemente el nombre de la unidad médica	Registra incompleto el nombre de la unidad médica y con siglas	Sin registro
3.-Nombre del paciente	Registra correctamente apellidos, paterno, materno y el nombre del paciente	Registra sólo nombre y primer apellido	Registra el nombre con abreviaturas y sólo el primer apellido	Sin registro
4.-Número de cama	Registra correctamente con número arábigo el número de cama asignada	Registra el número de cama o incubadora actualizado	Cuando se realiza algún cambio no actualiza el número de cama	Sin registro
5.-Diagnostico	Registrar en forma clara y precisa en el (los) diagnostico (s) actualizados del paciente	Consigna el diagnostico actualizado dl paciente en forma poco clara	No actualiza el diagnostico del paciente	Sin registro
6.-Edad	Anota la edad con números arábigos claros y legibles	Registra la edad con números arábigos poco claros	No registra claramente la edad del paciente adulto y pediátrico	Sin registro
7.-Peso	Registra legible y claramente el peso en kilos y gramos actualizándolo diariamente	Registra el peso en kilos y gramos en forma poco clara y legible y solamente al ingreso del paciente	Registra el peso en kilos de forma ilegible, solamente en el ingreso del paciente	Sin registro
8.-Talla	Registra legible y claramente la talla en metros y centímetros actualizándolo diariamente	Registra la talla en metros y centímetros en forma poco clara y legible y solamente al ingreso del paciente	Registra la talla en metros y centímetros en forma ilegible, solamente al ingreso del paciente	Sin registro



CONCEPTO	CALIFICACIÓN			
	10	8	5	0
9.-Hora de toma de signos vitales	Registra la hora exacta en que fueron tomados los signos vitales inmediatamente después del procedimiento	Registra con números arábigos la hora en que fueron tomados los signos vitales, horas después de concluido el procedimiento	Registra con números arábigos poco legibles la hora en que se tomaron los signos vitales, horas después de concluido el procedimiento	Sin registro
10.-Signos Vitales	Registra las cifras obtenidas las constantes vitales y notifica inmediatamente las alteraciones detectadas	Registra las cifras obtenidas las constantes vitales y notifica horas después de las alteraciones detectadas	Registra las cifras obtenidas de las constantes vitales y no notifica de las alteraciones detectadas	Sin registro
11.- Medicamentos	Registra en forma clara y legible el nombre genérico, presentación vía de administración y dosis aplicada de (los) medicamento(s) suministrados	Registra en forma incompleta y poco legible el nombre genérico, presentación, vía de administración y dosis aplicada de (los) medicamento (s) suministrados	Registra de forma incompleta e ilegible los medicamentos pero no los suministra	Sin registro
12.-Control de líquidos	Registra en forma y clara y legible los ingresos y egresos, especificando el tipo y cantidad de cada uno de ellos	Registra en forma poco legible los ingresos y egresos, especificando solamente la cantidad de cada uno de ellos	Registra de forma ilegible los ingresos y egresos, sin especificar el tipo de cada uno de ellos, con errores en la suma	Sin registro
13.- Venoclisis	Registra el tipo y la cantidad administrada, la hora de inicio y término de las soluciones	Registra en forma poco legible el tipo y la cantidad administrada, la hora de término	Registra en forma ilegible el tipo y la cantidad administrada, la hora del término de las soluciones	Sin registro



	<p>parentales.</p> <p>En los elementos sanguíneos, corrobora el tipo de rh correctos con los del paciente, registrándolos en la hora correspondiente a las trasfusiones, anota la cantidad suministrada en el turno y la cantidad pendiente de suministrar</p>	<p>de las soluciones parentales. en los elementos sanguíneos, corrobora el tipo de rh correctos con los del paciente, realizando el registro en forma poco legible en la hora correspondiente a las transfusiones, anota la cantidad suministrada en el turno y la cantidad pendiente de suministrar</p>	<p>parentales. en los elementos sanguíneos corrobora el tipo de rh correctos con los del paciente, el registro es de forma ilegible en la hora correspondiente a las transfusiones</p>	
14.-Conceptos	<p>Señala con una "x" la situación actual del paciente correspondiente a los conceptos sobre : el estado de conciencia, estado general, ayuno, tipo de sondas instaladas, oxigenoterapia, prácticas</p>	<p>Señala con una "x" la situación actual del paciente de algunos de los conceptos sobre el estado de conciencia, estado general, ayuno, tipo de sondas instaladas, oxigenoterapia, prácticas</p>	<p>Señala con una x la situación actual del paciente correspondiente a los conceptos sobre: el estado de conciencia, estado general, ayuno, tipo de zonda instalada, oxigenoterapia, practicas higiénicas y cuidados especiales</p>	Sin registro



	<p>higiénicas y cuidados especiales realizados al paciente. registra, además, la posición indicada, el tipo de especialidad de interconsulta, el diagnóstico y días de postoperatorio, características y número de micciones y número de evacuaciones, según corresponde en cada uno de ellos</p>	<p>higiénicas y cuidados especiales realizados al paciente. registra, de forma incompleta y poco legible la posición indicada, el tipo de especialidad de interconsulta, el diagnóstico y días de postoperatorio, características y número de micciones y número de evacuaciones, según corresponde en cada uno de ellos</p>	<p>realizados al paciente. Registra en forma incompleta e ilegible la posición indicada, el tipo de especialidad interconsulta, el diagnóstico y días de postoperatorio. Características y número de micciones y número de evacuaciones, según corresponde en cada uno de ellos</p>	
15.-Turno	<p>Consigna con una "x" y la tinta de color correspondiente, el turno en que se le hacen las observaciones</p>			Sin registro
16.- Alimentación	<p>Registra en forma clara y legible la hora, tipo de alimento y cantidad en mililitros o gramos de lo que ingirió el paciente</p>	<p>Registra en forma no muy clara el tipo de alimento y la cantidad en mililitros o gramos de lo que ingirió el paciente</p>	<p>Registra de forma ilegible, el tipo de alimento sin la cantidad que ingirió el paciente</p>	Sin registro
17.-Hora	<p>Consigna la</p>			Sin registro



	hora en que se realizaron las observaciones sobre los cambios o alteraciones en el paciente			
18.- Observaciones	Registra en forma clara y legible las modificaciones o eventualidades trascendentes realizadas con el diagnóstico y el estado de salud del paciente	Registra en forma las modificaciones o eventualidades relacionadas con el diagnóstico y estado de salud del paciente	Registra en forma ilegible situaciones intrascendentes y no relacionadas con el diagnóstico y estado de salud del paciente	Sin registro
19.-Nombre de la enfermera	Registra con letra clara y legible la inicial del nombre seguido de los apellidos paterno y materno	Consigna con letra no muy legible el nombre seguido con el apellido paterno solamente	Consigna con letra ilegible el nombre completo o diminutivo sin apellidos paternos y materno	Sin registro
20.- Color de tinta adecuado al turno	Realiza los registros con el color de tinta correspondiente a su turno			Registra con tinta no correspondiente a su turno
21.-Legibilidad	Es entendible el 100% de lo registrado	Es entendible el 75% de lo registrado	Es entendible el 50% de lo registrado	Completamente ilegible
22.- Limpieza	Los registros se encuentran impecables sin manchas, tachaduras o correcciones	Los registros se encuentran con pequeñas marcas de borrones	Los registros presentan tachaduras y marcas de borrones	Registros manchados de tinta, con tachaduras y aplicación de corrector



5.3 ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

En el presente estudio, la muestra estuvo conformada por 5 expedientes clínicos de pacientes hospitalizados durante siete días o más de estancia de los servicios de hospitalización hombres- mujeres de la Clínica Regional ISSEMyM de Cuautitlán Izcalli, cada uno de estos expedientes lo conforman 19 hojas de enfermería las cuales se distribuyeron de la siguiente forma 5 del turno matutino (M), 5 del turno vespertino (V), 7 del turno nocturno(N) y 2 del turno especial (E), obteniendo un total de 95 notas de enfermería. Con el propósito de evaluar las notas de enfermería sobre la atención integral otorgada al paciente, así mismo analizar los turnos donde hay más inconsistencias utilizando el formato para la evaluación de los registros de enfermería DSM 1 004 025/002.

El cuadro N. 1 muestra los parámetros de identificación del paciente, los cuales solo fueron evaluados en los turnos matutino y especial.

El parámetro Fecha muestra que es registrada correctamente en ambos turnos con un 100%, en Unidad Medica se registra correcta y legiblemente en el turno Matutino (72%) Especial (90%) lo que el Matutino (28%) Especial (10%) registra abreviado o incompleto el nombre de la unidad, Nombre del paciente Matutino y Especial (90%) lo registra correctamente con apellido paterno-materno y nombre(s) del paciente a lo que solo un (10%) lo registra con un solo apellido y abreviado, Cama se registra correctamente con números arábigos y es actualizada diariamente Matutino y Especial (100%), Diagnostico es registrado en forma clara y precisa los diagnósticos actualizados del paciente Matutino (96%) Especial (100%) solo el (4%) en el turno matutino consigna el diagnostico en forma poco clara con abreviaturas o no es actualizado, Edad es anotada con números arábigos claros y legibles Matutino (96%) Especial (90%) a lo que el Matutino (4%) Especial (10%) es poco legible o no lo registra, el Peso Matutino (88%) Especial (90%) es registrado legible y claramente en kilos y gramos además de actualizado, y el Matutino (12%) Especial (10%) lo registra solo al ingreso en forma poco clara, la Talla Matutino (92%) Especial (90%) se registra legible y claramente en metros y centímetros actualizándolo diariamente, y solo Matutino (8%) Especial (10%) es registrado en forma poco clara y/o solo al ingreso del paciente.

Lo que nos muestra que ambos turnos tienen inconsistencias en cuanto a los parámetros de identificación, dando pie a confusiones administrativas, mala praxis de la enfermera ya que sabemos que para algunos tratamientos los fármacos indicados suelen ser calculados en cuanto a edad, peso y talla. Pero en un rango mas elevado a omitir anotaciones básicas de enfermería lo da el turno matutino ya sea por sobrecarga de trabajo o negligencia.



El cuadro N. 2 muestra los parámetros de cuidados y observaciones de enfermería.

La hora de toma de Signos Vitales Matutino, Nocturno y Especial (80%) Vespertino (96%) lo registra con números arábigos la hora exacta en que fueron tomados, a lo que Matutino (16%) Vespertino (4%) Nocturno y Especial (20%) lo registra con números arábigos poco legibles, horas después y solo Matutino (4%) no los registra. Los Signos Vitales Matutino (88%) Vespertino (96%) Nocturno (54%) y Especial (80%) registra las cifras obtenidas de las constantes vitales y notifica inmediatamente las alteraciones detectadas, Matutino (12%) Vespertino (4%) Nocturno y Especial (20%) registra las cifras obtenidas de las constantes vitales y no notifica alteraciones o lo hace horas después y solo en Nocturno (9%) no registra las constantes vitales. Los Medicamentos Matutino (92%) Vespertino (100%) Nocturno (51%) y Especial (60%) registra en forma clara y legible el nombre genérico, presentación, vía de administración y dosis aplicada de los medicamentos suministrados y Matutino (4%) Nocturno (29 %) y Especial (40%) registra en forma incompleta y poco clara el nombre genérico, presentación, vía y dosis de los medicamentos suministrados, Nocturno (11%) registra en forma incompleta los medicamentos pero no los suministra y solo el Matutino (4%) no registra los medicamentos. En Control de Líquidos Matutino (16%) Vespertino (12%) Nocturno (20%) y Especial (30%) registra en forma clara y legible los ingresos y egresos, especificando el tipo y la cantidad de cada uno de ellos, mientras Matutino (28%) Vespertino (12%) Nocturno (14%) y Especial (10%) registra en forma poco legible los ingresos y egresos especificando solo la cantidad de cada uno de ellos, Matutino (24%) Vespertino (12%) Nocturno (14%) y Especial (30%) registra en forma ilegible los ingresos y egresos sin especificar el tipo de cada uno de ellos, con errores en la suma y Matutino (32%) Vespertino (64%) Nocturno (51%) y Especial (30%) no registra el control de líquidos. En Venoclisis Matutino (92%) Vespertino (88%) Nocturno (89%) y Especial (100%) consigna clara y completamente la cantidad y nombre de la solución, el nombre y dosis de los medicamentos agregados, hora de inicio y termino, el número de horas por pasar, cantidad con que fue recibida y la cantidad que se suministra



durante el turno y con la que fue entregada al siguiente, Matutino (8%) Vespertino (4%) y Nocturno (6%) Consigna en forma poco legible o con abreviaturas la cantidad y nombre de la solución, el nombre y la dosis de los medicamentos agregados, hora de inicio y termino, el numero de horas por pasar, cantidad con que fue recibida, suministrada y entregada al siguiente turno y solo en Nocturno (6%) no registra.

Los Conceptos Matutino y Vespertino (96%) Nocturno (91%) y Especial (100%) señala con una "x" la situación actual del paciente correspondiente a los conceptos sobre: el estado de consciencia, estado general, tipo de sonda, oxigenoterapia, prácticas higiénicas y cuidados especiales realizados al paciente, y Matutino y Vespertino (4%) y Nocturno (6%) solo señala con una "x" la situación actual del paciente de alguno de los conceptos sobre: el estado de consciencia, estado general, tipo de sonda, oxigenoterapia, practicas higiénicas y cuidados especiales realizados al paciente y solo en Nocturno (3%) no registra. El Turno Matutino y Vespertino (96%) Nocturno (94%) y Especial (100%) consigna con una "x" y la tinta del color correspondiente el turno en que se hacen las observaciones, Matutino y Vespertino (4%), Nocturno (9%) no registra. La Alimentación Matutino (80%) Nocturno (97%) Vespertino y Especial (100%) registra en forma clara y legible la hora, tipo de alimento y cantidad en mililitros o gramos de lo que ingirió el paciente, Matutino (8%) y Nocturno (3%) registra en forma no muy clara el tipo de alimento y la cantidad en gramos o mililitros de lo que ingirió el paciente, Matutino (4%) registra el alimento que ingirió el paciente pero no la cantidad y solo Matutino (8%) no registra. La Hora Matutino (88%) Vespertino (100%) Nocturno (87%) y Especial (100%) consigna la hora en que se realizaron las observaciones sobre los cambios o alteraciones en el paciente, Matutino (12%) y Nocturno (11%) no registran. En las Observaciones Matutino (84%) Vespertino (96%) Nocturno (89%) y Especial (90%) registra en forma clara y legible las modificaciones o eventualidades trascendentes relacionadas con el diagnostico y estado de salud del paciente, Matutino y Vespertino (4%) Nocturno (9%) y Especial (10%) registra en forma las modificaciones o eventualidades relacionadas con el diagnostico y estado de salud del paciente, solo en el Nocturno (3%) registra en forma ilegible y en



el Matutino (12%) no registra. El Nombre de la Enfermera Matutino (52%) Vespertino (36%) Nocturno (29%) y Especial (60%) consigna con letra clara y legible la inicial del nombre seguido del apellido paterno-materno completo, Matutino (36%) Vespertino (48%) Nocturno (51%) y Especial (30%) consigna con letra no muy clara el nombre seguido del apellido paterno solamente y Matutino (4%) Vespertino (12%) y Nocturno (9%) consigna con letra ilegible el nombre completo pero sin apellidos y no registran Matutino (8%) y Especial (10%). Color de tinta adecuado al turno Matutino (64%) Vespertino (80%) Nocturno (66%) y Especial (80%) y realizan los registros con un color de tinta no correspondiente al turno Matutino (36%) Vespertino (20%) Nocturno (34.3%) y Especial (20%). Legibilidad, es entendible el 100% de lo registrado Matutino (68%) Vespertino (52%) Nocturno (57%) y Especial (90%), es entendible 75% de lo registrado Matutino (28%) Vespertino (48%) Nocturno (43%) y Especial (10%) y solo es entendible el 50% de lo registrado Matutino (4%). La limpieza, los registros se encuentran impecables sin manchas, tachaduras o correcciones Matutino (76%) Vespertino (56%) Nocturno (54%) y Especial (100%), los registros se encuentra con pequeñas marcas de borradores Matutino (24%) Vespertino (44%) Nocturno (43%) y los registros presentan tachaduras y marcas de borradores Nocturno (3%).

En cuanto a los parámetros de cuidados y observaciones de enfermería podemos analizar que el turno matutino y nocturno registran una mayor serie de inconsistencias en el no registro.

En el turno nocturno y especial existe un gran porcentaje de notas en las que observamos que no son registrados los signos vitales los cuales ayudan a la colaboración del diagnóstico Médico.

En los cuatro turnos con respecto al parámetro control de líquidos encontramos que no se registran los ingresos y egresos no se obtiene el balance ni las pérdidas insensibles, lo cual es importante llevar a cabo por que en base al registro de estos se puede valorar la necesidad de aumentar o reducir la administración de líquidos a si mismo contar con indicios tempranos de estados físicos potencialmente peligrosos.



Otros parámetros como es el Nombre de la Enfermera, color de tinta, legibilidad y limpieza observamos que existen muchas inconsistencias en el turno nocturno, no se registra completo el nombre de la enfermera con sus dos apellidos o en algunos casos solo aparece la firma además utilizan corrector lo cual es alarmante ya que las notas de enfermería son un documento legal, corregido se convierte en un factor en contra.

Cabe hacer mención que en la jornada Especial existe menor número de inconsistencias en el no registro.



CONCLUSIONES

En el estudio realizado que lleva como título Evaluación de las notas de enfermería sobre la Atención Otorgada al Paciente se llegó a la siguiente conclusión, en los cuatro turnos encontramos inconsistencias pero específicamente en un mayor rango en el turno matutino y nocturno. En cuanto al apartado de identificación del paciente el personal de enfermería omite, no actualiza o registra mal las variables de diagnóstico, edad, peso y talla, las cuales son la prioridad para el médico tratante y la enfermera en turno por que como sabemos las dosis de medicamentos se hacen con base a la edad, peso y talla de cada paciente y de acuerdo a su diagnóstico. En cuanto al apartado de cuidados y observaciones encontramos que el personal no registran los signos vitales en forma adecuada lo cual conlleva a un riesgo debido a que estos son la base para un diagnóstico efectivo, en cuanto a la variable de medicamentos encontramos que no son suministrados y pocas veces registrados así como la variable venoclisis se registra en forma poco clara e incompleta. En cuanto al control de líquidos encontramos que es la variable con mayor rango de error y la cual el personal tiende a no cuantificar ingresos ni egresos, a hacer mal el balance o a él no registro de estos. Las observaciones son deficientes y poco claras, se encontró que el color de tinta es inadecuado en muchos casos así como el nombre de la enfermera es mal registrado o solo abreviado, carente de firma o del mismo nombre.

Aun a pesar de que las notas de enfermería son una prioridad en el ejercicio del actuar y deber de la enfermera se toman como un papeleo más. Creemos que la institución no ha tomado la precaución para capacitar al personal ya que hay demasiadas inconsistencias en el llenado de las notas de enfermería, lo cual podría ser a la sobrecarga de trabajo, negligencia o irresponsabilidad de la enfermera en turno.



SUGERENCIAS

Con base a lo concluido en la presente investigación, sugerimos:

- ❖ Que se actualice y se unifique la hoja de enfermería en todos los Hospitales.
- ❖ Capacitar al personal de cada turno en cuanto a la normatividad de la institución, la NOM 168-ssa1-1998 del Expediente Clínico y la CONAMED en cuanto al llenado de la hoja de enfermería.
- ❖ Realizar un curso- taller donde el personal tenga una retroalimentación en cuanto a un registro efectivo de las notas de enfermería.
- ❖ Realizar supervisiones frecuentemente y al azar en los servicios para evaluar las notas de enfermería y así identificar las respuestas humanas del individuo y así poder brindar cuidados de calidad.



ANEXOS



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACION DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA

FORMATO DSM 1 004 025/002

FECHA DE EVALUACION	CALIFICACION			
PARAMETROS	10	8	5	0
IDENTIFICACION				
1. FECHA				
2. UNIDAD MEDICA				
3. NOMBRE DEL PACIENTE				
4. CAMA				
5. DIAGNOSTICO				
6. EDAD				
7. PESO				
8. TALLA				
CUIDADOS Y OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA				
9. HORA DE TOMA DE SIGNOS V.				
10. SIGNOS VITALES				
11. MEDICAMENTOS				
12. CONTROL DE LIQUIDOS				
13. VENOCLISIS				
14. CONCEPTOS				
15. TURNO				
16. ALIMENTACION				
17. HORA				
18. OBSERVACIONES				
19. NOMBRE DE LA ENFERMERA				
COLOR DE TINTA ADECUADO AL TURNO				
LEGIBILIDAD				
LIMPIEZA				
TOTAL DE PUNTOS Y PORCENTAJE				
NOMBRE DEL PACIENTE	SERVICIO QUE SE EVALUA			
CLAVE	TURNO			
FECHA DE LA HOJA	CALIFICACION			



CUADRO 1: EVALUACION DEL APARTADO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

INDICADORES DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE	TURNO MATUTINO								JORNADA ESPECIAL							
	10		8		5		0		10		8		5		0	
	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%
Fecha	25	100	0	0	0	0	0	0	10	100	0	0	0	0	0	0
Unidad Medica	18	72	7	28	0	0	0	0	9	90	1	10	0	0	0	0
Nombre del Paciente	25	100	0	0	0	0	0	0	9	90	1	10	0	0	0	0
No. De Cama	25	100	0	0	0	0	0	0	10	100	0	0	0	0	0	0
Diagnostico	24	96	0	0	1	4	0	0	10	100	0	0	0	0	0	0
Edad	24	96	1	4	0	0	0	0	9	90	0	0	0	0	1	10
Peso	22	88	3	12	0	0	0	0	9	90	1	10	0	0	0	0
Talla	23	92	2	8	0	0	0	0	9	90	1	10	0	0	0	0



CUADRO 2: EVALUACION DEL APARTADO DE CUIDADOS Y OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

INDICADORES DE CUIDADOS Y OBSERVACIONES DE ENFERMERIA	TURNO MATUTINO								TURNO VESPERTINO								TURNO NOCTURNO								JORNADA ESPECIAL							
	10		8		5		0		10		8		5		0		10		8		5		0		10		8		5		0	
	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%		
Hora de SVT	20	80	4	16	0	0	1	4	24	96	1	4	0	0	0	0	28	80	7	20	0	0	0	0	8	80	2	20	0	0	0	0
Signos Vitales	22	88	3	12	0	0	0	0	24	96	1	4	0	0	0	0	19	54	7	20	3	9	6	17	8	80	2	20	0	0	0	0
Medicamentos	23	92	1	4	0	0	1	4	25	100	0	0	0	0	0	18	54	10	29	4	11	3	9	6	60	4	40	0	0	0	0	
Control de Líquidos	4	16	7	28	6	24	8	32	3	12	3	12	3	12	16	64	7	20	5	14	5	14	18	51	3	30	1	10	3	30	0	0
Venoclisis	23	92	2	8	0	0	0	0	22	88	1	4	0	0	2	8	31	20	2	6	0	0	2	6	10	100	0	0	0	0	0	0
Conceptos	24	96	1	4	0	0	0	0	24	96	1	4	0	0	0	0	32	20	2	6	0	0	1	3	10	100	0	0	0	0	0	0
Turno	24	96	0	0	0	0	1	4	24	96	0	0	0	0	1	4	33	20	1	3	1	3	0	0	10	100	0	0	0	0	0	0
Alimentación	20	80	2	8	1	4	2	8	25	100	0	0	0	0	0	0	34	20	1	3	0	0	0	0	10	100	0	0	0	0	0	0
Hora	22	88	1	4	1	4	1	4	25	100	0	0	0	0	0	0	31	20	0	0	0	0	4	11	10	100	0	0	0	0	0	0
Observaciones	21	84	1	4	0	0	3	12	24	96	1	4	0	0	0	0	31	21	3	9	1	3	0	0	9	90	1	10	0	0	0	0
Nombre Enfermera	13	52	9	36	1	4	2	8	9	36	12	48	3	12	1	4	10	21	18	51	3	9	4	11	6	60	3	30	0	0	1	10
Color de Tinta	16	64	7	28	2	8	0	0	20	80	1	4	1	4	3	12	23	21	7	20	1	3	4	11	8	80	0	0	0	0	2	20
Legibilidad	17	68	7	28	1	4	0	0	13	52	12	48	0	0	0	0	20	21	15	43	0	0	0	0	9	90	1	10	0	0	0	0
Limpieza	19	76	6	24	0	0	0	0	14	56	11	44	0	0	0	0	19	21	15	43	1	3	0	0	10	100	0	0	0	0	0	0



GLOSARIO

CUIDADO: Es la aplicación metodológica y científica de los conocimientos, habilidades y actitudes para conseguir el máximo potencial del ser humano en sus experiencias de salud.

ENFERMERÍA: Es una ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar humano, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud, por lo tanto Enfermería es la “Ciencia del Cuidado” basado en el “diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a la salud y a la enfermedad” considerando el contexto cultural en el que se desarrolla.

INDICADOR: Es un dato que pretende reflejar el estado de una situación, o de algún aspecto particular, en un momento y un espacio determinados. Habitualmente se trata de un dato estadístico (porcentajes, tasas, razones) que pretende sintetizar la información que proporcionan los diversos parámetros o variables que afectan a la situación que se quiere analizar.

MÉTODO: Es una serie de pasos sucesivos, conducen a una meta. El método es un orden que debe imponer a los diferentes procesos necesarios para lograr un fin dado o resultados.

METODOLOGÍA: Es el estudio del método. Se refiere a los métodos de investigación que se siguen para alcanzar una gama de objetivos en una ciencia. En resumen son el conjunto de métodos que se rigen en una investigación científica o en una exposición doctrinal

PERSONA: Individuo, Familia, Grupo, Comunidad, entendido desde un marco holístico-humanista. El individuo como ser biopsicosocial, espiritual y cultural, no es la suma de las partes sino una "interacción del todo".

PLAN DE CUIDADOS: Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

PRAXIS: Es un tipo específico de actividad propia y exclusiva del hombre social, actividad práctica, objetiva y subjetiva a la vez con la cual el hombre produce objetos, transforma la naturaleza y la humaniza, crea sociedad e historia y se transforma a sí mismo.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE): Es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de



forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad.

REGISTROS DE ENFERMERÍA: Parte esencial que se integran en los expedientes clínicos de cualquier institución hospitalaria, considerados como documento médico legal.

RESPUESTA HUMANA: Es un patrón de acción o reacción a factores biológicos, familiares, sociales e incluso culturales; todos estos comunes a la especie humana, es decir, son las respuestas de los individuos, familias o comunidades a la interacción con su entorno.

SALUD: Proceso de interacción dinámica y multicausal, entendiéndola como una experiencia individual en la que intervienen aspectos físicos, psíquicos y de relación con el medio social.

TAXONOMÍA: Del griego taxis, "ordenamiento", y nomos, "norma" o "regla", en su sentido más general, la ciencia de la clasificación



BIBLIOGRAFIA

- ❖ Bruner, Enfermería Medico Quirúrgica, Ed. Mc Graw Hill
- ❖ Bruner Manual De Enfermería, Ed. Mc Graw Hill
- ❖ Luverne Biblioteca Básica De Enfermería, Manual De Enfermería, Ed. Océano Centrum.
- ❖ Evolución Y Desarrollo De La Enfermería, Programa Editorial Compromiso.
- ❖ Bergson, Jd 1988. Los Aspectos Legales De Los Registros De Enfermería. Nursing (España) Sin Volumen: 21-26
- ❖ Du Gas K. 1974 Tratado De Enfermería Practica 2, Ed Marco Interamericano SA P. 344
- ❖ Iyer Wp; 1997 Proceso De Enfermería Y Diagnostico De Enfermería. Trad. De C. Vallador Martínez. 3ra Ed. Pág. 444
- ❖ Iyer, Pw. 1992b Seis Nuevas Reglas Para Realizar Unos Registros Que Nos Protejan Legalmente. Nursing (España) 10. (4): 32-37.
- ❖ Murph. 1991. Anotar Las Excepciones; Una Forma Mas Eficaz De Hacer Los Registros.
- ❖ Ruiz Hontangas A. Calidad De Los Registros De Enfermería En Enfermería Cardiovascular 13-02-06. Registro Del Proceso Enfermero En El Área De Urgencias Y Emergencias: Una Aplicación Practica a través De Una Herramienta Viva. En <http://www.saludycuidados/No.7/registros2.htm>.
- ❖ Benavent, M.A., Leal Cercos M.I., Los Registros de Enfermería consideraciones Ético legales. En <http://www.bioeticaweb.com/content/view/222/43/>
- ❖ **Chaparro L, García D.** Registros del Profesional de Enfermería, como evidencia de la continuidad del cuidado. En: [http://www. Colombia. com/medicina/enfermeria/enfermeria6403 _registros. htm](http://www.colombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403_registros.htm) actualizaciones en enfermería.



- ❖ **González I, Ibarra B.** Sabemos los enfermeros(as) como escribir un parte. Hospital de Navarra. En: [http://www.enfermeria21.com./listametas/partes de enfermería.doc](http://www.enfermeria21.com./listametas/partes%20de%20enfermeria.doc).

- ❖ **Corcoles P.** El dossier de enfermería En el Complejo Hospitalario De Albacete: Composición y control de calidad. Registros de enfermería: Perspectivas del futuro y posibles soluciones. España. 2002.

- ❖ **Méndez G.** La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. *Revista Mexicana de Enfermedad Cardiol* 2001(9):14.

- ❖ **Donabedian A.** La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana: 1984.