

2020

“cumplimiento de los pasantes de enfermería en la  
elaboración de registros clínicos posterior a una  
intervención educativa”

Lic. Enf. María del Carmen  
Jimenez Díaz



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Enfermería

“Cumplimiento de los pasantes de enfermería en la  
elaboración de registros clínicos posterior a una  
intervención educativa”

Que como parte de los requisitos para  
obtener el grado de  
Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. Enf. María del Carmen Jiménez Díaz

Dirigido por:

MCE. Angélica Cervantes Hernández

Querétaro, Qro., a 29 mayo del 2020



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Enfermería  
Maestra en Ciencias de Enfermería

“Cumplimiento de los pasantes de enfermería en la elaboración de registros  
clínicos posterior a una intervención educativa”

Que como parte de los requisitos para  
obtener el grado de  
Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. Enf. María del Carmen Jiménez Díaz

Dirigido por:


MCE. Angélica Cervantes Hernández

SINODALES


M.C.E. Angélica Cervantes Hernández  
Presidente

  
Firma

M.C.E. Gabriela Peza Cruz  
Secretario

  
Firma

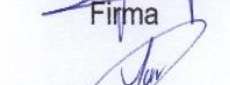
M.G.D.S. Ma. Judit Ibarra Gutiérrez  
Vocal

  
Firma

M.C.I Ángel Salvador Xequé Morales  
Suplente

  
Firma

M.E. Yair Getsemaní García Tapia  
Suplente

  
Firma

## **DEDICATORIAS**

### **A MI ESPOSO:**

***Quien en todo momento me ha apoyado y siempre me da ánimos para seguir adelante con amor y paciencia.***

### **A MIS HIJOS:**

***Por el inmenso amor que me entregan diariamente y la comprensión para permitir seguir superándome.***

### **A MI MADRE:**

***Por sembrar en mí el amor para perseverar en mis sueños y hacerlos realidad.***

## **AGRADECIMIENTOS**

A dios por la oportunidad de vivir para realizarme y aprender a ser humana

A mis hermanos tan queridos y mis sobrinos por hacerme sentir parte de su vida

*A los maestros y directora de tesis por compartir y hacer crecer en mí sus conocimientos.*

*A los directivos y compañeras del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer SESEQ por su apoyo incondicional en la elaboración de este trabajo.*

*A los pasantes de enfermería que formaron parte de este proyecto.*

## INDICE

Resumen.....	i
Summary.....	ii
Dedicatorias.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Índice.....	v
Índice de figuras.....	vi

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## INDICE

I.- INTRODUCCIÓN.....	3
1.2.- Planteamiento del problema .....	6
1.3.- Justificación.....	9
II. –ANTECEDENTES.....	11
2.1-Estudios relacionados .....	11
2.2.- Evolución histórica del cuidado. ....	15
2.3.-El cuidado, eje central de la enfermería .....	17
2.4.-Dimensión teórico conceptual de la enfermería disciplinar. ....	18
2.5.-Metodología proceso de enfermería.....	20
2.6.- Aspectos normativos y legales .....	25
2.7.-Proyecto del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC).....	29
2.8.-Proyectos de enfermería CIE .....	30
2.9.- Intervención educativa.....	33
2.11.-Proyecto TUNING .....	34
2.12.- Pasante de enfermería en servicio social .....	38
III. HIPOTÉSIS .....	40
IV- OBJETIVOS.....	41
V. METODOLOGIA.....	42
5.1 Tipo de estudio .....	42
5.2 Diseño .....	42
5.3 Límites de tiempo y espacio .....	42
5.4 Población de estudio .....	42

5.5.- Variables .....	43
5.6 Instrumentos.....	43
5.7.- Procedimiento .....	45
5.8.- Análisis estadístico.....	46
5.9 Recursos .....	47
5.10 Consideraciones éticas y legales.....	47
VI.- RESULTADOS.....	52
7.1. DISCUSIÓN.....	72
VII.- CONCLUSIÓN .....	75
8.1. Recomendaciones.....	76
VIII. BIBLIOGRAFÍA .....	77
<b>IX.- ANEXOS</b> .....	81
Anexo 1.- Consentimiento informado.....	81
Anexo 2 Carta descriptiva de la estrategia didáctica.....	82
Anexo 3.- Instrumento de evaluación pre y pos intervención .....	86
Anexo 4.- Lista de cotejo del llenado de la hoja de registros clínicos de enfermería .....	92
Anexo 5.- Registro clínico de valoración, diagnósticos e intervención de enfermería (U500/DSMH-E/F01) .....	103
Anexo 6.- Recursos materiales y financieros .....	107
Anexo 7.- Operacionalización de las variables.....	108

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1 Edad de los pasantes de enfermería .....	53
Figura No. 2 Sexo de los pasantes de enfermería .....	54
Figura No. 3 Escolaridad de los pasantes de enfermería.....	55
Figura No. 4 Turno asignado servicio social .....	56
Figura No. 5 Institución educativa de procedencia de los pasantes de enfermería .....	57
Figura No. 6 Experiencia laboral de los pasantes de enfermería .....	58
Figura No. 7 Evaluación pre y pos intervención educativa de los conocimientos marco contextual del PAE.....	59
Figura No. 8 Evaluación pre y pos intervención educativa de los conocimientos sobre la estructura de las etapas del PAE, los requisitos CONAMED, indicador de registros clínicos de enfermería .....	61
Figura No. 9 Identificación del paciente en el llenado de los registros clínicos	62
Figura No. 10 bis Identificación del paciente en el llenado de los registros clínicos .....	63
Figura No. 11 Evaluación del llenado de registros clínicos de enfermería de la etapa de valoración del paciente pre y pos intervención educativa.....	64
Figura No. 12 Evaluación del llenado de registros de enfermería de la etapa de valoración del paciente pre y pos intervención educativa .....	66
Figura No. 13 Evaluación del registro de diagnósticos de enfermería del paciente pre y pos intervención educativa.....	68
Figura No. 14 Evaluación de los registro de la planeación de las intervenciones de enfermería del paciente Pre y Pos intervención educativa.....	69
Figura No. 15 Evaluación del registro de los datos del paciente en la fase de ejecución en los registros clínicos Pre y Pos intervención educativa .....	70
Figura No. 16 Evaluación de los registros clínicos del paciente en la 5° etapa de PAE pre y pos intervención educativa.....	71



## RESUMEN

El registro de los cuidados de enfermería es un requisito legal que se convierte en un reporte permanente del paciente donde quedan plasmadas las evidencias de los diagnósticos, evaluación, tratamiento y cambios, centrados en los problemas reales, de riesgo, posibles e interdependientes de acuerdo con los estándares o normas de cada institución de salud. **Objetivo:** Evaluar el cumplimiento de los pasantes de enfermería en la elaboración de los registros clínicos en un segundo nivel de atención posterior a una intervención educativa. **Metodología:** longitudinal, prospectivo y cuantitativo. Una muestra de 13 pasantes de enfermería que iniciaron servicio social en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, quienes participaron en una estrategia educativa. **Resultados:** Se observaron diferencias en la media del conocimiento antes y después de la intervención, con el estadístico de prueba T-Student se demostró que estas diferencias son estadísticamente significativas ( $t=-6.786$ ,  $gl=12$ ,  $p=0.00$ ). De manera categórica después de la intervención se observan valores en los grados de satisfactorio y destacados (46.2 % sumando ambos), siendo cero antes de la intervención. En cuanto a la documentación de los registros en las hojas de enfermería se observó que las medias no son estadísticamente significativas ( $z=-3.620$ ,  $p=0.717$ ), Se presentó como una limitante el entorno laboral y las situaciones de dinámica interpersonal lo cual propicio y delimito el desempeño del pasante de enfermería, aun cuando el conocimiento adquirido posterior a la intervención educativa haya sido satisfactorio. **Conclusión.** Con lo referente al registro de los ítems que integran la hoja de enfermería es necesario seguir trabajando en consolidar el conocimiento con la parte clínica en la elaboración de los registros clínicos de acuerdo a lo establecido en la NOM-004-SSAA3-2012 del expediente clínico en forma colaborativa con el personal de enfermería y pasantes para que estos registros tengan el rigor de un nivel de excelencia en el cumplimiento correcto del llenado. **Palabras claves:** intervention educativa, registros clínicos, pasantes de enfermería.

## ABSTRACT

The record of nursing care is a legal requirement that becomes a permanent report of the patient where the evidence from the diagnosis, evaluation, treatment and changes, centered on the real risk problems which are possible and interdependent reflected in accordance with the systems or standards of each health institution. **Objective:** To assess the compliance of nursing interns in the preparation of clinical records in a second level of care after an educational intervention. **Methodology:** Longitudinal, prospective and quantitative study. A sample of 13 nursing interns who started social service at the *Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer*, who participated in an educational strategy. **Results:** Differences in the media of knowledge were observed before and after the intervention, with the T-Student test statistic it was shown that these differences are statistically significant ( $t = -6,786$ ,  $gl = 12$ ,  $p = 0.00$ ). In a categorical way after the intervention, values are observed in the degrees of satisfaction and outstanding (46.2% adding both), being zero before the intervention. Regarding the documentation of the records in the nursing sheets, the means were not statistically significant ( $z = -3.620$ ,  $p = 0.717$ ), the work environment and the interpersonal dynamics are presented as a limitation, which is conducive and delimited the nursing intern's performance, even when the knowledge acquired after the educational intervention has been satisfactory. **Conclusion.** With regard to the registration of the items that make up the nursing sheet, it is necessary to continue working on consolidating knowledge with the clinical part in the preparation of clinical records in accordance with what is established in the NOM-04-SSAA3-2012 of the clinical file in a collaborative way with the nursing staff and nursing interns so that these records have the rigor of a level of excellence in the correct fulfillment of the content. **Key words:** Educative intervention, clinical reports, nursing interns.

## I.- INTRODUCCIÓN

El Consejo Europeo de Enfermeras describe que la enfermera desempeña cuatro tareas principales: la primera es garantizar los cuidados generales a individuos, familias y comunidades, en el plano de fomento de la salud, de la prevención, la cura, la rehabilitación, los cuidados paliativos o de ayuda y gestión de los cuidados de enfermería. La segunda, implica actuar con calidad de experto en cuidados de enfermería en el marco de un equipo de asistencia multidisciplinar y en la sociedad. La tercera, es educar al personal sanitario, a los pacientes, a los clientes y a sus familias y finalmente, la práctica de los cuidados de enfermería mediante la reflexión crítica apoyándose en la investigación, para lo cual, requiere habilidades técnicas, interpersonales y aptitudes para aplicar el Proceso de Enfermería.<sup>1</sup>

El término de Proceso de Enfermería aparece por primera vez a mediados de la década de los 50 del siglo pasado con "Lidia Hall y Johnson quienes consideraron un proceso en tres etapas, pero su aceptación en el cuidado integral de enfermería tardó en aparecer. En 1967, Yura y Walsh describieron un proceso con cuatro etapas: valoración, planeación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach, Roy y otros teóricos añadieron la fase del diagnóstico, dando lugar al proceso de cinco etapas".<sup>2</sup>

La fase Diagnóstico es la que más se ha desarrollado después de que Yura y Walsh describieran el proceso enfermero, posteriormente se organizó la primera conferencia para identificar las interpretaciones de los datos que representan los fenómenos de interés para las enfermeras Mary Ann Lavín y Kriatine Gebbie, invitaron a 100 colegas de Estados Unidos y Canadá a participar en ese evento y fue la primera conferencia sobre diagnósticos enfermeros en la que se identificaron y definieron en los años 80.<sup>3</sup>

En la octava conferencia 1988 se aprueba la Taxonomía I, la A.N.A (American Nursing Association) reconoce a la NANDA (North American Nursing Diagnósticos Association) como la organización responsable del desarrollo, aprobación y revisión de los diagnósticos de enfermería.<sup>4</sup>

Para la A.N.A., el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión y su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.<sup>2</sup>

Con los cambios contextuales y el interés de mejorar la metodología del trabajo de la enfermera profesional, se conformó un equipo de investigación liderado por Joanne McCloskey y por Gloria Burlechek de la Universidad de Iowa, creando así la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), estandarizada y exhaustiva, la cual fue publicada por primera vez en 1992 y se centra en la conducta de la enfermera, es decir, las acciones de los profesionales que ayudan al paciente a progresar hacia la consecución de un resultado deseado.<sup>5</sup>

Así también se consolida la primera publicación de la Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC) 1997, gracias al trabajo de equipo y de investigación de la Universidad de Iowa, dirigido por Marión Johnson y Meridean Maas, esta clasificación se utiliza para evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería, esto sirve como criterio para valorar el éxito de una intervención.<sup>5</sup>

El progreso en la unificación del lenguaje estandarizado de enfermería ha sido continuo y la evolución del proceso se logra con la implementación de la interacción de las Taxonomías NANDA, NIC y NOC<sup>6</sup>

Sin embargo, en México a pesar de las iniciativas para la profesionalización de Enfermería, este proceso ha sido lento, pero ha tenido sus frutos al pasar de ser un oficio (supeditado al trabajo del médico) a una profesión. Este logro se obtuvo por la Comisión Interinstitucional de Enfermería en México en el año 2007 y publicada en el Diario Oficial de la Federación.<sup>7</sup>

En este sentido, la profesión de enfermería, consciente de su compromiso ético, trabaja para conseguir que sus competencias profesionales sean de la más alta calidad y su colaboración segura y efectiva. Esto se circunscribe en la propuesta del Sistema de Salud, en el Programa SICALIDAD en su Estrategia

Nº 3 denominada Situar la Calidad en la Agenda de Salud como eje prioritario en la cual, uno de los proyectos de trabajo es la vertiente de la Calidad Técnica y Seguridad del Paciente a través de los Planes de Cuidados de Enfermería.<sup>8</sup>

La evidencia tangible de este compromiso se plasma en los registros clínicos de enfermería, los cuales permiten detallar la implementación del proceso de enfermería como metodología de trabajo, que además se sustenta en la actual Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.<sup>8</sup>

Por otra parte uno de los grandes retos de la profesionalización de enfermería es lograr vincular las necesidades, sociales, políticas y económicas del país con la formación educativa de los futuros enfermeros egresados de las escuelas y facultades de enfermería, dando la pauta al cumplimiento de las competencias que se requieren para insertarse al campo laboral, así que esta fase de transición, se presenta en el momento en que el estudiante pasa a ser pasante de enfermería y que durante este año de servicio social debe desarrollar al máximo sus competencias, en cuanto a las habilidades, destrezas y aptitudes en el cuidado del paciente, aplicando sus conocimientos teóricos sobre la metodología de trabajo de enfermería y sus registros clínicos.

## I.2.- Planteamiento del problema

La Globalización en el Mundo actual en el campo de salud presenta nuevos desafíos para el profesional de enfermería en el logro de la seguridad y calidad del cuidado, lo cual implica entre otras cosas el desarrollo de Instrumentos que evalúen de forma sistemática, porque a un existen diferentes trabajos de investigación que sustentan que se continúa presentando heterogeneidad de los registros clínicos y esto dificulta la continuidad, la seguridad y calidad del cuidado, por tales circunstancias se requiere de la implementación de estrategias de gestión para que el proceso asistencial se unifique y permita mejorar la práctica clínica y optimizar los recursos.

Las metas para la Seguridad del Paciente establecidas por la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004, se retomaron por la Secretaría de Salud en México dentro del Programa Nacional de Salud 2007- 2012, teniendo como una de las líneas estratégicas, el proyecto del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) en el que se documentan las diversas acciones realizadas en el paciente, por lo que la calidad del registro en el expediente se considera como indicador de calidad de la atención proporcionada por el personal de enfermería.<sup>9</sup>

En apego a este compromiso Internacional, se han realizado innovaciones en la reestructuración de las hojas de registros clínicos y la forma de evaluar el cumplimiento de los requisitos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012, así como estudios relacionados: "Notas de enfermería: una morada a su calidad" (2016) en este escrito se hace una reflexión sobre los conceptos e importancia de las notas de enfermería; que favorece la comunicación entre el equipo multidisciplinario, suministra claridad y precisión del acto del cuidado, para articular, el proceso de atención de enfermería. Se expone una realidad en cuanto a la asignación de funciones propias de la profesión.<sup>10</sup>

“Calidad de los registros clínicos de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía General del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno” (2016) cuyos resultados describen que los registros de enfermería en general, son de regular calidad en un 95% y el 5% de mala calidad. Respecto al registro de la hoja gráfica, el 65% de buena calidad, 31% de regular calidad y el 4% de mala calidad. Mientras el registro de notas de enfermería el 80% de mala calidad y el 20% de regular calidad.<sup>11</sup>

Otro estudio realizado publicado por la revista de enfermería IMSS (2018) sobre el “Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención”, demostró que en general el cumplimiento de los registros clínicos fue del 61%. La omisión en el registro se presentó en la valoración continua del dolor. El registro de intervenciones fue del 70% y de estudios 48%. Solo el 41% registro acciones para reducir el riesgo de úlceras por presión. La mayoría 75% no firma sus notas o lo hace incompleta.<sup>12</sup>

En México el Programa Nacional de Salud (2007-2012) indicaba que las estandarizaciones de los planes de cuidados de enfermería responderán a una atención de calidad, para avanzar en la prestación de servicios efectivos, seguros y eficientes, que incorporen a la medicina basada en la evidencia, el modelo de calidad total, la difusión de buenas prácticas y la orientación de los servicios.<sup>13</sup>

La necesidad de trascender como profesionales de enfermería también se vive en el Estado de Querétaro y con miras a la unificación de los formatos de registros clínicos en el Estado, un equipo de enfermeras de la Secretaría de Salud en el 2012 construyó un instrumento para la atención del paciente hospitalizado que se aplicó en cinco hospitales, el cual permite documentar de manera explícita las necesidades de los pacientes mediante una valoración integral de los diferentes requerimientos terapéuticos, así como documentar las intervenciones y evaluar la aplicación del proceso de enfermería.

El estandarizar del cuidado del profesional de enfermería no solo es responsabilidad de las enfermeras que han terminado una formación

académica y que laboran en instituciones de salud, es importante también hacer partícipes a las instituciones educativas y el recurso con el cual se puede participar son los pasantes de servicio social que en algún momento de su formación acuden a estas instituciones y a través de un Programa Operativo de Servicio Social se establece el vínculo de institución educativa con institución de salud, en este programa se marca la importancia de la competencia del pasante mediante una serie de actividades que el mismo debe desarrollar durante el año de estancia en las instituciones de salud.

La diversidad en los programas académicos representa una dificultad para las instituciones de salud. Cada institución se rige bajo un currículum distinto en cuanto a la elaboración de planes de cuidados enfermeros. Una vez que los pasantes ingresan al campo clínico requieren unificar una metodología de trabajo, de tal forma que los registros clínicos cumplan con los lineamientos de propuestos por las normas oficiales.

Sin embargo, las escuelas y facultades tienen diferencias en la forma de enseñanza del proceso y los criterios para el registro de las actividades de cuidado de enfermería, de ahí que sea necesario la implementación de actividades de intervención que educativa para subsanar la problemática que se enfrentan los pasantes en servicio social derivada de la diferencia en los currículos, de los teóricos de enfermería y de la diferencia de formatos para evaluar el registro clínico

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es el cumplimiento de los pasantes de enfermería en la elaboración de los registros clínicos en un hospital de segundo nivel de atención posterior a una intervención educativa?**



### **1.3.- Justificación**

La enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y en su forma organizada constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma, su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos (familia/ comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren, así lo afirmó en 1979 la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.<sup>9</sup>

México se encuentra inmerso en las transformaciones del entorno global, así como en los grandes cambios producto de los avances tecnológicos que traen como resultado amenazas y oportunidades en materia de salud, la transformación de los patrones de daños a la salud impone retos en la manera de organizar y gestionar los servicios.<sup>13</sup>

Al ser reconocida la enfermería como una profesión, esta requiere de la implementación de un método de trabajo y su reto actual es sistematizar el Proceso de Enfermería en una herramienta que permita observar, identificar las respuestas humanas de los pacientes como seres holísticos, así como la implementación de planes de cuidados individualizados y estandarizados con la finalidad de prevenir, tratar y favorecer la recuperación de los pacientes, en un entorno de seguridad.

El Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer considerándose como una institución que apoya en la formación de los alumnos de pregrado, tiene el compromiso de brindar capacitación para el desempeño y así garantizar una atención de calidad y seguridad para los pacientes. Es por eso que se decide realizar este proyecto mediante la aplicación de una intervención educativa en el pasante de enfermería, basada en el modelo de competencias que permitirá el reforzamiento del conocimiento adquirido y facilitara la aplicabilidad del Proceso de Enfermería en el campo clínico, consolidando así la vinculación docencia servicio como una de las estrategias de la educación continua del pasante de enfermería, que es parte del programa operativo del servicio social durante su año de asignación en las unidades de salud, esta estrategia tiene

como finalidad en enseñar el correcto llenado la hoja de Registro clínico de Valoración, Diagnóstico e Intervención de Enfermería (U\_500/DSMH-E/F01).

Al formar parte del equipo multidisciplinario tienen la oportunidad de brindar el cuidado al paciente en forma holística y es necesario que él registre sus intervenciones de una forma tangible en este documento oficial y así cumpliendo oportunamente con los retos que marca la profesionalización a futuro demuestre su competencia garantizando una atención de calidad, brindando seguridad a los pacientes mediante el cumplimiento de la normatividad que requiere la metodología de trabajo de enfermería y sus registros clínico, técnicos y científicos, que constituyen también un medio de comunicación efectivo.<sup>14</sup>

El estudio es viable, puesto que implica mínimo riesgo para la población a estudiar, pertinente porque es la primera investigación realizada en esta unidad hospitalaria con un fin educativo aplicado a la parte práctica clínica y es factible porque se cuenta con recursos materiales como son las hojas de enfermería en las cuales se puede registrar las cinco etapas de la metodología del proceso atención enfermería y permite la obtención los datos de las variables de esta investigación.

## II. –ANTECEDENTES

Debido a la relevancia que tiene el llenado de los registros clínicos de enfermería y a través de una exhaustiva revisión bibliográfica, de textos, publicaciones y trabajos científicos, se diseñó el siguiente trabajo, tomando en consideración la evolución histórica del cuidado, aspectos normativos y legales de los registros clínicos y la metodología estandarizada del proceso de enfermería, considerando así lo importante en nuestra actualidad de los pilares de la educación que promueve la UNESCO y el permear el compromiso establecido en el proyecto TUNING propuesto por la unión europea para establecer las competencias a desarrollar por los futuros profesionistas durante su formación académica.

### 2.1-Estudios relacionados

Este apartado refiere estudios relacionados sobre las variables en estudio: Registros clínicos, intervención educativa, enfermería.

La investigación por López 2015 “Intervención educativa en el personal de enfermería para mejorar la calidad del registro clínico de una institución privada” fue un estudio de enfoque mixto, cuasi-experimental con grupo control, tomo como sujetos de estudio al personal de enfermería y como unidad de análisis a la hoja de enfermería, consiste en 6 etapas incluida una intervención educativa de 6 sesiones. Como instrumentos para la evaluación se utilizó la Ficha de Registro de Datos, una Guía de Tópicos y la Cédula de Evaluación del Registro Clínico de Enfermería (CERCE) con una confiabilidad de 0.75 por Alpha de Cronbach.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Resultados: Las estrategias de mejora estuvieron enfocadas en el diseño de un nuevo formato de registro para favorecer la atención proporcionada. La calidad del registro se encontró en un nivel de No cumplimiento (65.84%), posterior a la intervención y con el apoyo del nuevo formato, pasó al nivel de Excelencia

(95.59%). La información con menos porcentaje de registro se encontró en los indicadores Valoración, Evaluación y Elaboración.<sup>17</sup>

Bautista y Vejar 2015 en su estudio denominado “Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de Enfermería” Fue un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte trasversal. La muestra estuvo conformada por 105 auxiliares de enfermería y 15 profesionales de enfermería se utilizaron una lista de chequeo y un test de conocimiento basado en el protocolo de registros de la institución. El nivel de conocimientos del personal profesional y auxiliar de enfermería sobre el protocolo es bueno con un 61%, le sigue un nivel de conocimientos regular con un 29%. La aplicabilidad es buena en un 14% y un 54% del personal profesional y auxiliar de enfermería tiene mala aplicabilidad el protocolo, encontrándose que no se diligencian completamente los formatos que incluyen en la historia clínica. El nivel de adherencia es bueno para el 30% del personal profesional y auxiliar de enfermería.<sup>18</sup>

En el trabajo de investigación “Factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en servicios de hospitalización”. En su metodología describieron que fue un estudio observacional, descriptivo y trasversal, con una muestra de 44 enfermeros generales de las áreas de hospitalización. Se emplearon dos instrumentos que analizaron el nivel de aplicación del PCE en los registros de enfermería y los factores que influyen en su aplicación. Los resultados describen que un 86% fueron mujeres, edad de 31-40 años (54%), el 72% con licenciatura y con antigüedad laboral de 6-10 años (39%). El nivel de aplicación general empató entre regular y deficiente (43.2%); por etapas para valoración fue de 38.6%, diagnóstico 30.6%, planificación 25.7%, ejecución 45.9% y evaluación 37.5%. Los factores que refirió el personal fue la falta de tiempo (40.9%), falta de conocimiento sobre PCE (25%) y falta de supervisión, retroalimentación y evaluación (15.9%).<sup>19</sup>

En el 2015 Barreto realizó un trabajo de investigación “Factores Asociados al registro del Proceso Atención Enfermería en el Servicio de Emergencias del Hospital Alberto Sabogal Soluguren. En la metodología describe que utilizó es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo trasversal prospectivo y

la población estuvo conformada por 60 enfermeras y su muestra representativa estuvo conformada por 46 profesionales obtenida por muestreo aleatorio simple. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento un cuestionario. Los resultados fueron: el 89.1% considero que existen factores que dificultaron el adecuado registro del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), mientras que el 10.9% menciona la ausencia de factores. Los factores institucionales y profesionales están asociados al registró PAE en el Servicio de emergencia asociados negativamente al cumplimiento por la ausencia de documentos estandarizados., la cantidad y calidad insuficiente de estos, la estructura inadecuada en el servicio, la ausencia de capacitación por parte de la institución, el tiempo insuficiente para realizarlo dentro de la jornada laboral por recarga laboral, ausencia de recursos disponibles, ambiente laboral deficiente y la ausencia de practica para realizar el PAE. Entre los factores profesionales ausencia de capacitación por recurso propio, las horas de trabajo superiores al promedio mensual que repercute en la recarga laboral, el nivel de estudio solo de licenciatura, la motivación personal y el laborar en otra institución.<sup>20</sup>

Carchipulla de la Universidad de la Cuenca Ecuador 2015. Realizo la investigación "Aplicación del Proceso Atención Enfermería en el Preoperatorio de Pacientes Quirúrgicos del Hospital Monte Sinaí. Su metodología fue de un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, el universo fue de 31 profesionales de enfermería. La técnica que se utilizó fue observacional directa; el instrumento un cuestionario de conocimientos y un formulario de observación directa. Los resultados de los 28 profesionistas y 3 egresados de enfermería, el 48.4% tienen conocimiento medio y el 3,2 obtuvo un conocimiento alto. En cuanto al cumplimiento de las Etapas del PAE en la valoración el 100% revisa datos de identificación. En la etapa de diagnóstico el 100% identifica y prioriza problemas, En la planificación el 93% planifica cuidados específicos. En la etapa de ejecución el 100% brinda cuidados individualizados. En la etapa de evaluación realiza el reporte escrito y oral.<sup>21</sup>

Bravo Apaza de Arequia Perú en 2017, realizo el estudio "del Nivel de conocimiento sobre el Modelo SOAPIE(acrónimo de PAE)que es un indicador a

través de la cual se evalúa la calidad de las anotaciones de enfermería .C.S.J.D. el estudio realizado fue de tipo descriptivo, corte trasversal y diseño correlacional, su población de estudio estuvo conformada por 58 enfermeras(os).El método utilizado fue la encuesta y la observación, como técnica la entrevista y el levantamiento documental y como instrumentos una ficha individual para la clasificación de la población, el cuestionario sobre Nivel de conocimientos del modelo SOAPIE para el profesional de enfermería y una lista de cotejo para verificación de la Calidad de las notas de enfermería, la cual tuvo como propósito identificar la calidad de las anotaciones de enfermería. Los resultados la población de estudio estuvo conformada mayoritariamente por enfermeras de sexo femenino 93.1%, cuyas edades oscilan entre los 30 a 39 años 55.2% y la mitad de estas se encuentra casadas 50%.

Se evidencia que los conocimientos de las enfermeras acerca del modelo SOAPIE en el aspecto general es regular con un 72.4% y en el ámbito específico también lo es en un 51.7% y que en la aplicación del SOAPIE en un caso clínico si muestra buen nivel con un 46.6% obteniendo una calificación global, (específicamente aspectos del SOAPIE), regular en un 67% y una calificación total 70.7% de manera regular.

La calidad de las anotaciones de enfermería es óptima con un 63%.2% seguido de una calidad regular en un 33.3%.

Queda establecido que no existe relación entre las variables nivel de conocimiento sobre Modelo SOAPIE y Calidad de las anotaciones de enfermería sin embargo en la calidad global que no admite conocimientos generales sino íntegramente aspectos relacionados al SOAPIE, si se encuentra una baja correlación. <sup>15</sup>

Ruiz G. Y Domínguez 2017. Realizaron la investigación. “La eficacia de la nota de Enfermería en el expediente clínico”, fue un estudio retrospectivo, trasversal, con una muestra de 73 notas de enfermería. Por medio de la cédula de valoración de los “40 estándares básicos para la práctica de enfermería” que desarrollo la CONAMED, Se extrajeron 10 ítems pertinentes a la nota de

enfermería. Y los resultados fueron: de las 73 notas de enfermería 38 (52%) tuvieron la identificación correcta del paciente, 51 (70%) el diagnóstico médico correcto, los de menor porcentaje fueron realización de tratamientos con (36%), así como eficacia respuesta y evolución con un 21 (29%). En el apego a la normatividad, 47 (64%) no fue registrada por lo que se omitieron, mientras que 26 (36%) están con abreviaturas y eran ilegibles. <sup>16</sup>

## **2.2.- Evolución histórica del cuidado.**

El origen del cuidado es inherente a la aparición del hombre, este constituye una garantía insustituible en el desarrollo y evolución de la especie humana y de las sociedades en su conjunto.

El cuidado en la época primitiva y prehispánica, tuvo como principal meta o fin la seguridad y mantenimiento de la vida. El hombre primitivo se cuidaba para protegerse de los fenómenos naturales, aprendió que el cuidarse de manera conjunta y cooperativa era indispensable para su subsistencia. El cuidado se orientó básicamente a la alimentación, vestido, protección e higiene. Un evento clave que consolida y mejora la práctica del cuidado de estas épocas es el descubrimiento y el dominio del fuego, configura una estructura social más segura, pues mejora la práctica de alimentación, apoya en la elaboración de herramientas para caza y agricultura, genera ideas mágico-religiosas, brinda protección y es motivo de reunión, lo cual fortalecía al grupo.

La enfermería ha contado y cuenta con una historia reconocida y fundamentada, lo cual constituye un elemento clave e indispensable para comprender su naturaleza como profesión, condición elemental para la generación y desarrollo de su campo de conocimiento, una disciplina debe de ser construida entre otros elementos desde su historia y práctica.

Etimológicamente el término enfermería se genera a partir del término anglosajón nurse, el cual deriva de la palabra latina nutriré (alimentar) y nutrix (mujer que cría); sin embargo, el término fue evolucionando conforme al cambio de la dinámica social, hasta la aparición de la palabra enfermería, la cual es coetánea del término enfermedad, lo que de alguna manera determina

que la actividad cuidar se vea restringida casi exclusivamente a la enfermedad.<sup>22</sup>

La enfermería surge como profesión a partir de la reforma de Nightingale, de la que han emergido cuatro valores colectivos: *la verdad* el cual se desprende de la propia naturaleza del hombre, *la dignidad* es una preeminencia, excelencia (de excellere, destacar) entre otros seres, *la vida* que es la capacidad de acción inmanente, así como el movimiento interno que el ser genera por sí mismo y su característica de organización a nivel celular y la salud el nivel de eficiencia funcional y/o metabólico de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social), estos se consideraron para el modelo de interacción terapéutica (MIT).<sup>23</sup>

Existen otros supuestos en enfermería que la describen como un subsistema del sistema de salud, tiene una contribución específica en el logro de la salud, y específica en el cuidado de la respuesta humana a los problemas de salud reales o potenciales. Se han identificado cuatro conceptos esenciales para la construcción de la ciencia de enfermería y estos son enfermería, *persona humana* está conformada integralmente por elementos inseparables psicosociales, culturales y espirituales, la salud la definen las enfermeras Archer y Fleshman como un nivel funcional óptimo (NFO) de los patrones de respuesta humana (PRH) el cual se considera el resultado del cuidado de enfermería, dentro de un sistema de salud inmerso en un medio cultural determinado y un sistema socioeconómico que lo condiciona y *el entorno* son los factores internos y externos próximos al paciente, que influyen positivamente o negativamente en el NFO de los PRH en situación de salud/enfermedad.<sup>24</sup>



### **2.3.-El cuidado, eje central de la enfermería**

El ser y hacer de la enfermera ha sido abordado por diversos teóricos, los cuales han coincidido en identificar el cuidado como esencia de la profesión.

El cuidado se define como “una transacción terapéutica, interpersonal, única y recíproca de orientación presente y futura, que es multidimensional, contextual y refuerza patrones continuos de experiencia, cuyos resultados se pueden resumir en: crecimiento del sujeto del cuidado y del cuidador y aumento del potencial para el autocuidado.”<sup>25</sup>

Se han señalado las siguientes cuatro dimensiones como fundamentales en el acto de cuidar.

Interacción. - Es un intercambio de ideas, acciones, experiencias y sentimientos entre el paciente y el personal de enfermería, en el cual se despliega una influencia recíproca, con el propósito de conseguir una intervención terapéutica de calidad.

Participación- La participación del paciente en su cuidado hace mucho más humana la práctica de enfermería, porque da oportunidad de reconocer al otro como persona, con el derecho y la obligación de ser protagonista de su salud y no simplemente un receptor de acciones planeadas por el profesional que lo atiende

Afecto. -Se ubica como una vivencia humana referida al tono emocional y el estado de ánimo, traducida en los sentimientos y emociones de cada persona, que matizan sutilmente la interacción, haciendo evidentes en la relación interpersonal que se establece, otorgando un carácter humano y terapéutico a la vez.

Ética. - El sistema de valores del cuidado humano integra aquellos que están asociados a un profundo respeto por las maravillas y misterios de la vida, el reconocimiento de una dimensión espiritual de ésta; que incluye altruismo humanístico, sensibilidad a si mismo y a los demás y amor a la vida y a otros humanos.

La conservación del avance del cuidado humano es un problema crítico para la enfermería de hoy, en una sociedad cada vez más despersonalizada, el imperativo para la enfermera dentro de las ciencias, al igual que dentro de la sociedad, es un llamado para ver la totalidad de la personalidad humana.<sup>26</sup>

#### **2.4.-Dimensión teórico conceptual de la enfermería disciplinar.**

La enfermería ha pasado por varias transiciones en cuanto a su estatus académico profesional; si bien es cierto que ésta no nace como profesión sino como oficio, en la actualidad se puede afirmar que es una profesión disciplinar con un objeto de estudio que le es propio a diferencia de otras profesiones, además de poseer un marco filosófico, teórico y metodológico sólido que la sustenta y la valida.

En el contexto actual el proceso de enfermería es considerado como el Método del Cuidado de los Profesionales de Enfermería, el cual tiene fines particulares y una forma de proceder que le es propio; la mayoría de las autoras de enfermería, por mencionar algunas: Potter y Perry, han publicado acerca de él, coinciden desde sus antecedentes históricos, su definición, finalidad, características, así como sus etapas y fases que le dan su carácter operativo en un sentido global. Al mismo tiempo, consideran que el proceso de enfermería se individualiza para el cuidado a la persona, familia o comunidad con base en sus necesidades y su entorno a fin de favorecer una calidad de vida.<sup>29</sup>

*Desde el punto de vista etimológico, la palabra método deriva de las raíces griegas Meta y Odon. Meta es una proporción que da idea de movimiento, y odien significa camino. En ese sentido la palabra método quiere decir “camino hacia algo”, es decir, “esfuerzo para alcanzar un fin o realizar una búsqueda”. De ahí que método puede definirse como el “camino hacia un fin determinado, mediante una serie de pasos fijados de antemano, de forma flexiva y consciente”, actualmente el proceso de enfermería es conceptualizado por Alfaro como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermos, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces.*

También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y plantearse como pueden mejorarlos”.

Por lo anterior, el proceso de enfermería en la actualidad hace que se adapte a cada circunstancia específica del individuo, familia y comunidad, y se sustenta en un marco teórico que le da una amplia base de conocimientos tanto de la disciplina como aquellas que le son afines; también favorece el pensamiento crítico, sólidas habilidades interpersonales y técnicas, y sobre todo la capacidad para cuidar y el deseo de hacerlo.<sup>26</sup>

Las ventajas son las oportunidades generadas por la aplicación del Proceso de Enfermería en el campo profesional de la enfermera o enfermero como a continuación se especifican:

La satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional.

La satisfacción profesional; planes perfectamente escrito ahorran tiempo y energía, evitando la frustración generada por los ensayos y errores y de las practica de la enfermería.

Favorece la continuidad de los cuidados, lo que da lugar a un ambiente seguro y terapéutico.

Proporciona cuidados individualizados por que la persona participa de forma activa, proporciona datos para la valoración, valida el diagnostico de enfermería confirma los resultados y las actuaciones, ayuda en su ejecución y proporcionan antecedentes para la evaluación.

El proceso de enfermería demuestra el alcance de la práctica de enfermería, basándose en su formación y marco de actuación y rol profesional.

En la actualidad, dada la evolución y desarrollo de la disciplina, el cuidado se caracteriza como científico y autónomo, debido a un planteamiento teórico-científico de la profesión, producto del desarrollo de la investigación, la cual pretende orientar de manera más enfática sus objetivos a dar respuestas a su esencia y naturaleza teórico-filosófica que fundamenten la práctica del cuidado

de enfermería, con la finalidad de consolidar la profesión como una disciplina que otorgue con la demanda social de salud y bienestar del hombre desde su contextualidad holística.<sup>30</sup>

## **2.5.-Metodología proceso de enfermería**

Antes de llevar a cabo el proceso de atención de enfermería (PAE), los profesionales de enfermería fueron formados con el método de resolución de problemas; se trataba de un proceso general que guió y fue de utilidad por muchos años.

El Proceso de atención de enfermería es un método sistémico de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

El proceso de enfermería tiene cualidades esenciales que lo caracterizan y es fundamental que se consideren durante la enseñanza y la aplicación de éste, lo cual le da un carácter propio a éste método de cuidado.

Sistemático: cada una de las etapas con fines didácticos se separan para su comprensión, pero en la implementación de cada una de ellas se interrelacionan para el logro del objetivo del proceso de enfermería.

Dinámico: el ser humano por naturaleza puede cambiar, en un instante, en lo emocional, físico y social, por tal motivo cada etapa se adecuará a las necesidades de la persona, familia o comunidad.

Interactivo: es fundamental durante la implementación de la metodología del cuidado donde el profesional de enfermería se relaciona con la persona, la familia y la comunidad, lo cual es esencial para la individualización de los cuidados.

Flexible: los escenarios de práctica del profesional de enfermería en la actualidad se centran en cuatro ámbitos: el asistencial, el educativo, el administrativo y el de investigación, y el proceso de enfermería se puede adaptar a cada uno de ellos, siempre y cuando se den cuidados al individuo, familia y/o comunidad. Asimismo, es fundamental también considerar otro aspecto que le da flexibilidad a la metodología, que sus etapas se pueden dar

de manera consecutiva y concurrente, es decir, que puede la enfermera (o) utilizar más de una etapa a la vez.

Sustentarse teóricamente: por las características propias del Proceso de Enfermería y sus etapas, tiene la cualidad de adaptarse con base en un modelo teórico de la enfermería.<sup>4</sup>

Esta metodología de trabajo en las instituciones de salud de México no era considerada como parte de la atención de enfermería que se brindaba, fue hasta el año 2000 en que el instituto mexicano del seguro social (IMSS) se volvió pionero en la capacitación y la aplicación de esta metodología. Ahora se hace visible la utilización de esta metodología, con el uso de los planes de cuidado de enfermería (PLACE), como parte de las estrategias de la secretaria de salud, a través de la comisión permanente de enfermería, en que el sistema integral de calidad en salud (SICALIDAD) apoya la implantación del PAE en las unidades médicas, a fin de favorecer la calidad y la seguridad de usuarios y profesionales.<sup>14</sup>

Desde esta perspectiva, Alfaro define al PAE como “el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería”, es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto por cinco pasos sucesivos.

a) La *valoración* consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de un cliente. Esos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para las actuaciones y decisiones que se toman en fases posteriores.

En esta etapa no se sacan conclusiones a partir de los datos. Kozier y colaboradores mencionan que tal vez esta sea la parte más importante del PAE, porque ofrece una base sólida para una atención individualizada y de calidad.

b) El *diagnóstico* es un proceso cuyo resultado es formular o hacer un diagnóstico de enfermería. En esta fase, la enfermera ordena, reúne y analiza los datos, y pregunta: « ¿Cuáles son los problemas de salud reales o potenciales del cliente que exigen la ayuda de la enfermera?» y «¿Qué factores contribuyeron a este problema?» Al responder a estas preguntas se obtienen los diagnósticos enfermeros.

c) La *planificación* comprende una serie de pasos con los que la enfermera y el cliente sientan las prioridades y los objetivos o resultados previstos para resolver o minimizar los problemas detectados en el cliente. Colaborando con éste, la enfermera toma determinadas medidas según cada diagnóstico de enfermería. El resultado final de la fase de planificación es la redacción de un plan de cuidados que se emplea para coordinar la asistencia prestada por todos los miembros del equipo.

d) La *ejecución* consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería. Durante esa ejecución, la enfermera pone en marcha las medidas de enfermería prescritas o delega la atención en otra persona adecuada, y establece el valor del plan de enfermería. Esta fase termina cuando la enfermera registra los cuidados prestados y las respuestas del cliente (por ejemplo, las observaciones de enfermería sobre la evolución del paciente).

e) La *evaluación* es el paso final de la atención de enfermería (PAE) es la evaluación de las respuestas de la persona a los cuidados otorgados. Algunos autores definen esta etapa como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados

Las cinco fases del proceso de enfermería no son entidades separadas sino yuxtapuestas. Por ejemplo, la valoración, la primera fase del proceso de enfermería, suele realizarse durante la ejecución y la evaluación.<sup>31</sup>

Cada fase del proceso de enfermería afecta a las otras; todas están íntimamente relacionadas. Por ejemplo, si se obtienen datos insuficientes en la

valoración, los diagnósticos de enfermería no serán completos ni exactos; esto se reflejará en las fases de planificación, ejecución y evaluación.

Una valoración incompleta o incorrecta significa necesariamente una evaluación equívoca porque la enfermera tendrá criterios incompletos o incorrectos sobre los cambios que ha de evaluar en el cliente y sobre la eficacia de sus actuaciones.<sup>28</sup>

La enfermería pugna por conformar una base de conocimientos que sirva de apoyo a la práctica profesional y mejore la calidad de los cuidados que proporcionan las enfermeras en diversas situaciones en el marco del conjunto de la asistencia sanitaria, para consolidación de esta base de conocimientos es esencial la adecuada comprensión de los diagnósticos de enfermería, los resultados del paciente y las intervenciones enfermería.

La necesidad de utilizar lenguajes de enfermería estandarizados (LEE) se ha debatido en las publicaciones profesionales durante los últimos 35 años. Un lenguaje de enfermería uniforme atiende varios propósitos, entre los que cabe citar los siguientes:

- Proporciona un lenguaje estándar que facilite la comunicación entre los profesionales enfermeros y otros profesionales sanitarios y también con el público.
- Permite recopilar y analizar información uniforme que permite documentar la contribución de las enfermeras a los cuidados del paciente.
- Facilita la evaluación y la mejora de los cuidados enfermeros a través de la evaluación de resultado.
- Favorece el desarrollo del conocimiento enfermero como soporte del proceso de enfermería.
- Sirve de apoyo para el desarrollo de sistemas de información clínica electrónicos, así como del dossier electrónico del paciente.

-Aporta los conceptos destinados a construir bases de datos electrónicas que permiten la mejora de la calidad y la investigación sobre la eficacia.

-Aporta información para la formulación de políticas públicas y organizaciones referidas a salud y cuidados enfermeros.

-Facilita la enseñanza de las habilidades de razonamiento clínico a los estudiantes y las enfermeras.

La contribución de los lenguajes estandarizados a la práctica y el desarrollo de la enfermería se describen en la taxonomía NANDA, que describe los diagnósticos de enfermería, reales, riesgo, promoción de la salud, bienestar, así como el la taxonomía NIC, que describe la clasificación de las intervenciones de enfermería y taxonomía del NOC que describe la clasificación de los resultados de enfermería, es de gran valor consolidar los vínculos entre estos tres lenguaje estandarizados y reconocidos por la American a Nurses Association (ANA), para construir un importante avance que facilite el empleo de estos lenguajes de enfermería estandarizados en la prácticas, la educación y la investigación.<sup>9</sup>

*Antecedentes de las notas y registros clínicos en enfermería.*

Desde hace mucho tiempo, las enfermeras consideran que la documentación de los cuidados es esencial para el ejercicio de su profesión, y la importancia que se le concede, desde 1970, refleja muy bien la evolución de los cuidados enfermeros.

Hay muchas razones que explican la utilidad de la documentación:

-Permite comunicar la información esencial al equipo de cuidados

-Se ha convertido en una obligación profesional y ofrece a las enfermeras la ocasión de demostrar sus responsabilidades.

-Permite evaluar el trabajo de la enfermera.



- Constituye un documento legal permanente: todo lo que ocurre en torno a la persona cuidada, se consigna en ella (tratamientos, medios de investigación, visitas de profesionales, etc.)
- Se muestra como una importante herramienta para la evaluación de los cuidados.
- Facilita la continuidad de los cuidados
- Proporciona información para seguir la evolución de la persona de un día a otro (quejas, manifestación de complicaciones, etc.)
- Asegura una protección legal tanto para el profesional de enfermería. En el caso de una queja, se puede demostrar, con la historia clínica en la mano, las medidas que se han tomado y las que se han descuidado. Por su parte, la enfermera puede defenderse con la ayuda de las notas que ha redactado.
- Facilita el diálogo entre profesionales.
- Puede convertirse en objeto de investigación.

Para Carpenito, el desarrollo de un sistema de registro de enfermería eficaz y profesional es posible dentro del ámbito de las normas de práctica existentes, la eliminación de los registros repetitivos y narrativos en las notas de evaluación puede reducir el tiempo total invertido en registrar y producir una representación más exacta y útil de la práctica profesional y respuesta del paciente y familia. Un sistema de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso hasta el alta, con los requerimientos de registro designados, da también a la enfermera una óptima defensa en caso de pleitos y retos legales.<sup>32</sup>

## **2.6.- Aspectos normativos y legales**

En el caso de México la parte legal está sustentada actualmente en la norma oficial mexicana actualmente en la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, la revisión y actualización de esta norma fue con el propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y

administrativos, así como las obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

Se tomaron en cuenta los distintos ámbitos y fases del proceso continuado de la atención médica, en los que el uso del expediente clínico resulta imprescindible, destacando algunos aspectos del estado de salud del paciente, cuyo registro se considera de la mayor relevancia para su correcta integración, buscando que en el proceso de atención se generen los mayores beneficios.

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se han considerado aquellos datos que se refieren a su identidad personal y los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional.

De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad.

Con la expectativa de que su contenido se convierta en una firme aportación a los esfuerzos y procesos de integración funcional y desarrollo del sistema nacional de salud, esta norma impulsa el uso más avanzado y sistematizado del expediente clínico convencional en el ámbito de la atención médica y orienta el desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico principalmente.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de esta norma se tomarán en cuenta invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal médico a través de la cual, los profesionales y técnicos del área de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

De acuerdo a esta norma se da la siguiente conceptualización del expediente clínico, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica,

a nivel público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

En el criterio 9.1 denominado de los reportes del personal profesional y técnico se describe lo referente a la hoja de enfermería:

Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

- Habitus exterior.
- Gráfica de signos vitales.
- Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita.
- Procedimientos realizados.
- Observaciones.

Y en el proyecto del Expediente clínico Integrado y de calidad, referido en la instrucción 102/2008, como parte del programa Sectorial de salud 2007- 2012 se plasmaron 4 criterios o componentes más para garantizar la calidad de la documentación de los registros clínicos de enfermería y su implantación total o como guía para mejorar los existentes se establece la Instrucción 187/2009.

-Los rubros como son:

- Habitus exterior.
- Gráfica de signos vitales.
- Ministración de medicamentos
- (Fecha, hora, vía prescrita, dosis, nombre de quien aplica el medicamento)

-Procedimientos realizados.

*-Escala de valoración del dolor*

*-Escala de nivel de riesgo de caídas*

-Observaciones.

*-Nombre completo y firma de quien elabora*

El adecuado cumplimiento en el expediente clínico es un espejo fiel de la calidad de las propias organizaciones de salud, SICALIDAD.<sup>33</sup>

### **2.7.-Proyecto del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC)**

En programa de la estrategia de *SI CALIDAD* plantea como una de sus estrategias realizar una revisión de los lineamientos que lo componen y proponen así cambios por ejemplo en la norma oficial mexicana NOM 168 SSA1-1998. Considerando así que el expediente clínico es el instrumento que permite disponer de un registro organizado del proceso de salud-enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron; reúne un conjunto de datos que identifican al usuario de los servicios y hace un relato de la patología individual que registra las etapas del estado clínico y la evaluación cronológica del caso El expediente clínico permite medir el desempeño de los diferentes servicios que intervienen y es un instrumento para la enseñanza médica y la investigación clínica. Además, su carácter legal le convierte en el instrumento adecuado para la gestión de la queja médica.

La calidad de las organizaciones de salud es el reflejo de la calidad de su expediente clínico como una garantía documental de la secuencia con la que se realizan los procesos médicos y de enfermería, que favorecen la continuidad de cuidados y el seguimiento e investigación de la atención médica y de enfermería el objetivo general de este proyecto fue “Garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería en los establecimientos de salud involucrando la revisión periódica por las unidades médicas” y sus Objetivos Específicos fueron:

-Analizar la calidad de los registros de expediente clínico, en apego a la NOM 168 SSA1-1998 y difundir recomendaciones para su mejora.

-Unificar los criterios que permitan elaborar el Expediente Clínico Integrado y de Calidad con el que pueda contar todo el Sistema Nacional de Salud.

-Difundir prácticas y modelos destacados en materia de homologación de formatos y contenidos, integración, uso, archivo, y custodia del Expediente Clínico.

-Acciones principales

-Establecer un diagnóstico de los aspectos críticos que han afectado el cumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012.

-Homogeneización de prácticas exitosas y modelos dirigidos a favorecer la calidad en la documentación médica y de enfermería que se incluyen en el expediente clínico.

-Revisión de los registros y documentos del expediente clínico para la emisión y difusión de recomendaciones de mejora! Formular recomendaciones a los establecimientos del Sistema Nacional de Salud sobre el llenado y uso del expediente clínico unificado.

-Revisión, análisis y documentación de los aspectos críticos en el proceso de la documentación médica que realizan los comités de calidad y seguridad del paciente (COCASEP)

## **2.8.-Proyectos de enfermería CIE**

La comisión interinstitucional de enfermería (CIE), en su carácter propositivo, definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto para la evaluación sistematizada de dichos servicios en el año 2007, y desde este año las enfermeras pueden evaluar sus servicios a través de los indicadores básicos, para tomar decisiones al detectar oportunidades de mejora, o bien establecer procesos de mejora continua.

Dichos indicadores permiten comparar resultados con otras unidades de salud, y disponer de una guía para definir y/o proponer otros indicadores, integrándose de manera efectiva con las políticas institucionales de calidad al interior de su unidad médica y con aquellas que emanen de autoridades superiores.

Uno de los primeros indicadores están constituidos para evaluar la calidad interpersonal y se le denominó Indicador de trato digno por el personal de enfermería y este se define como el porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para trato digno.

Este indicador plasma los criterios que son las condiciones señaladas en el código de ética para enfermeras y enfermeros en México y en la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud, 2002.

Su definición operacional es la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria.

En el 2008 Para evaluar la calidad de los servicios de enfermería se inició con el indicador de registros clínicos que está constituido por 8 ítems, que permite evaluar el correcto llenado de los registros en las hojas de enfermería de 2° y 3er nivel de atención hospitalaria.

El trabajo colegiado del profesional de enfermería en México “La situación actual de los registros clínicos de enfermería que día a día se constituyen una evidencia del cuidado y de la atención otorgada, ha generado el interés de algunos investigadores de Canadá, Suecia, Estados Unidos, Chile y España, entre otros, todos coinciden, en que los registros de los cuidados de enfermería son lo que origina la principal fuente de información sobre la atención que brindan los profesionales, y conlleva a la necesidad de que se enfatice sobre los datos y que el contenido que refleje la responsabilidad profesional y legal en cada acción de la práctica. Dichas investigaciones pretenden definir cuál debe ser el contenido de la información a registrar en las hojas de enfermería,

teniendo en cuenta que los registros favorecen el desarrollo de la disciplina y el intercambio de información sobre los cuidados entre profesionales y con el equipo de salud.

Durante los años ochenta y principios de los noventa, algunas organizaciones como la organización mundial de la salud, el consejo internacional de enfermeras (CIE) y la american joint comisión on acreditación of Hospital service standard tuvieron la iniciativa de proponer y desarrollar reglamentos y normas en los que expresaban, que el proceso de atención de enfermería debería ser integrado a la práctica diaria, así como, a los documentos propios de la disciplina, por ejemplo la organización mundial de la salud.

En México, algunos estudios han evidenciado que los registros del cuidado de enfermería no se realizan correctamente, porque existe una gran diversidad en la manera de anotar o registrar diariamente las acciones del actuar profesional, es evidente que el personal de enfermería se basa más en los usos generales que en la aplicación del método científico propio del proceso de atención de enfermería (PAE).

En el 2012 se consolida este proyecto al publicar el lineamiento general para la documentación y evaluación de los registros y notas de enfermería.

El objetivo general de este lineamiento es establecer los requisitos o elementos esenciales que deberá contener la “Hoja de notas y registros clínicos de enfermería” con base en la normatividad mexicana e institucional establecida.

Los objetivos específicos:

-Disponer de una herramienta técnico-administrativa que permita documentar la condición y evolución del paciente:

-Documentar la aplicación del proceso de atención de enfermería incluida en los planes de cuidado, como evidencia de la práctica profesional de enfermería.

-Estandarizar los reportes y registros clínicos del profesional de enfermería.



-Proporcionar información verídica, útil y de calidad a los profesionales que comparten la responsabilidad de la atención de los pacientes.

-Propiciar una comunicación efectiva entre el equipo multidisciplinario de salud.

-Contar con un documento legal que refleje la relación paciente-personal de enfermería.

-Asegurar la evidencia de la continuidad de los cuidados de forma escrita o electrónica.

### **2.9.- Intervención educativa**

Piaget describió que “el verdadero aprendizaje humano es una construcción de cada estudiante que logra modificar su estructura mental y alcanzar mayor nivel de diversidad, de complejidad y de integración”, para lo cual requiere de una serie de pasos más complicados que engloban y enlazan cuatro elementos principales, maduración, experiencia, trasmisión y equilibrio esto permite abrir un sin fin de posibilidades a futuro y para lograr esta competencia actualmente se cuenta con modelos educativos.

### **2.10.- Los cuatro pilares para la educación de la UNESCO (XXI)**

Para el siglo XXI se requirió de transmitir la educación en forma masiva y eficazmente, cada vez con un volumen de conocimientos teóricos y técnicos evolutivos, así como adaptados a la civilización cognitiva, porque son las bases de las competencias del futuro y en base a esta necesidad se trabajó en implementar estos cuatro pilares que se describen a continuación.

- Aprender a conocer, combinando una cultura general suficientemente amplia con la posibilidad de profundizar los conocimientos en un pequeño número de materias. Lo que supone, además: aprender a aprender para poder aprovechar las posibilidades que ofrece la educación a lo largo de la vida.
- Aprender a hacer a fin de adquirir no sólo una calificación profesional, más generalmente una competencia que capacite al individuo para hacer frente

a gran número de situaciones y a trabajar en equipo. Pero, también, aprender a hacer en el marco de las distintas experiencias sociales o de trabajo que se ofrecen a los jóvenes y adolescentes bien espontáneamente a causa del contexto social o nacional, bien formalmente gracias al desarrollo de la enseñanza por alternancia.

- Aprender a vivir juntos desarrollando la comprensión del otro y la percepción de las formas de interdependencia realizar proyectos comunes y prepararse para tratar los conflictos respetando los valores de pluralismo, comprensión mutua y paz.
- Aprender hacer para que florezca mejor la propia personalidad y se esté en condiciones de obrar con creciente capacidad de autonomía, de juicio y de responsabilidad personal. Con tal fin, no menos preciar en la educación ninguna de las posibilidades de cada individuo: memoria, razonamiento, sentido estético, capacidades físicas, aptitudes para comunicar.

Mientras los sistemas educativos formales proponen a dar prioridad a la adquisición de conocimientos, en detrimento de otras formas de aprendizaje, importa concebir la educación como un todo. En esa concepción deben buscar inspiración y orientación las reformas educativas, en la elaboración de los programas y en la definición de nuevas políticas pedagógicas<sup>36</sup>

### **2.11.-Proyecto TUNING**

Esta propuesta parte de un terreno ya abonado fruto del desarrollo de la fase anterior de [Tuning América Latina \(2004 – 2007\)](#) y ante una demanda actual de las universidades latinoamericanas y los gobiernos de facilitar la culminación del proceso iniciado. Tuning puso en el centro de la escena la importancia de las competencias para los procesos de modernización y reforma curricular. Los acuerdos alcanzados a nivel de las áreas del conocimiento sobre el conjunto de competencias específicas han sido retomados por las universidades en los años posteriores más allá del ámbito del proyecto para iniciar procesos de reforma en las instituciones.

Actualmente, la mayor parte de las universidades participantes en la fase anterior se encuentran modificando sus planes de estudio y se enfrentan al desafío de tomar esas competencias acordadas como puntos de referencia para el diseño de los planes de estudio y la construcción de los perfiles de egreso. Este punto todavía pendiente requiere de un proceso de construcción conjunta que permita la implementación de una titulación completamente concebida en torno al eje de las competencias. Un proceso que será unido al aprendizaje en la identificación y formulación de los resultados de aprendizaje a nivel de unidades y programas.

La tarea de sensibilización sobre la importancia de un cambio de paradigma de una formación basada en los conocimientos a otra basada en competencias se ha logrado. Las instituciones han avanzado en ese sentido a partir de debates internos y propuestas de reforma. Ahora es necesario cerrar el proceso, luego de un importante período de maduración y asentamiento de estas cuestiones al interior de las universidades, llevando los acuerdos más lejos y elaborando perfiles completos de las diferentes titulaciones en torno a competencias y un ejemplo de estas en el caso de la profesión de enfermería se definen 27 competencias.

Al finalizar la titulación de Licenciado en Enfermería los egresados deben tener la capacidad de:

- Aplicar los conocimientos en el cuidado holístico de la persona, familia y comunidad considerando las diversas fases del ciclo de vida en los procesos de salud - enfermedad.
- Habilidad para aplicar la metodología del proceso de enfermería y teorías de la disciplina que organiza la intervención, garantizando la relación de ayuda.
- Capacidad para documentar y comunicar de forma amplia y completa la información a la persona, familia y comunidad para proveer continuidad y seguridad en el cuidado.

-Capacidad para utilizar las tecnologías de la información y la comunicación para la toma de decisiones asertivas y la gestión de los recursos para el cuidado de la salud.

-Demuestra respeto por la cultura y los derechos humanos en las intervenciones de enfermería en el campo de la salud.

-Habilidad para interactuar en equipos interdisciplinarios y multisectoriales, con capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud prioritaria, emergente y especial.

- Capacidad para diseñar y gestionar proyectos de investigación relacionados con el cuidado de enfermería y la salud.

- Habilidad para resolver los problemas de salud utilizando la investigación en la práctica de enfermería.

-Capacidad de participar activamente en el desarrollo de las políticas de salud, respetando la diversidad cultural.

-Capacidad para planificar, organizar, ejecutar y evaluar actividades de promoción, prevención y recuperación de la enfermedad, con criterios de calidad.

-Capacidad de trabajar dentro del contexto de los códigos éticos, normativos y legales de la profesión.

-Capacidad para diseñar, ejecutar, y evaluar programas de educación en salud formales y no formales que responden a las necesidades del contexto.

- Capacidad para participar en equipos multidisciplinarios y transdisciplinarios en la formulación de proyectos educativos.

-Habilidad y capacidad para promover el proceso de aprendizaje permanente con personas, grupos y comunidad en la promoción del autocuidado y estilos de vida saludable en relación con su medio ambiente.

- Conocimiento y capacidad para aplicar la tecnología y la informática en investigaciones de enfermería y salud.
- Conocimiento de las distintas funciones, responsabilidades y papeles que debe desempeñar el profesional de enfermería.
- Capacidad para aplicar en la práctica los principios de seguridad e higiene en el cuidado de enfermería.
- Conocimiento y habilidad para utilizar los instrumentos inherentes a los procedimientos del cuidado humano.
- Capacidad para participar activamente en los comités de ética de la práctica de la enfermería y bioética.
- Capacidad para defender la dignidad de la persona y el derecho a la vida en el cuidado interdisciplinario de la salud.
- Capacidad para administrar en forma segura fármacos y otras terapias con el fin de proporcionar cuidado de enfermería de calidad.
- Capacidad para reconocer, respetar y apoyar las necesidades espirituales de las personas.
- Capacidad para participar y concertar en organismos colegiados de nivel local, regional, nacional e internacionales que promueven el desarrollo de la profesión.
- Capacidad para establecer y mantener la relación de ayuda con las personas familia, comunidad, frente a diferentes cuidados requeridos con mayor énfasis en situaciones críticas y en la fase terminal de la vida.
- Capacidad de promover y realizar acciones tendientes a estimular la participación social y desarrollo comunitario en el área de su competencia en salud.
- Demuestra solidaridad ante las situaciones de desastres, catástrofes, y epidemias.

-Capaz de gestionar de forma autónoma nuevos servicios de enfermería.<sup>37</sup>

## **2.12.- Pasante de enfermería en servicio social**

El servicio social es considerado como los servicios que en forma temporal y obligatoria prestan los estudiantes que cursaron los planes y o programas de estudio para la formación de recursos humanos para la salud en el área de enfermería, en interés de la sociedad y del Estado, como requisito previo para la obtención del título o grado correspondiente.

Se inició de manera formal en 1946 en respuesta al decreto en que se incluye a esta carrera en la Ley de Profesiones. El servicio social es una estrategia para vincular al pasante con el sector de servicios de salud y grupos sociales de mayor prioridad y, por ende, fomentar valores como la solidaridad y reciprocidad, lo cual es un mecanismo invaluable para disminuir las inequidades en la distribución de los recursos humanos profesionales en el país.

El pasante de enfermería es el estudiante de enfermería de una institución educativa que cumplió los créditos académicos exigidos en el plan de estudios y cuenta con la constancia de adscripción y aceptación expedida por la Secretaria Salud para realizar el servicio social

Disposiciones para el pasante en servicio social

El pasante en servicio social de enfermería y atención a la salud establecidas en el Programa Nacional de Salud:

-Cumplir con las actividades contenidas en el programa operativo de servicio social derivado del programa académico correspondiente.

-Otorgar atención de enfermería a los pacientes y a sus familiares con trato digno y respetuoso.

-Realizar actividades de educación para la salud y asistenciales en los diferentes niveles de atención a la salud.

-Colaborar en la elaboración o actualización del diagnóstico de salud de la comunidad o del diagnóstico situacional de la unidad de adscripción, según corresponda.

-Elaborar la Hoja de Enfermería conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

-Entregar un informe de las actividades realizadas al finalizar el servicio social.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

### III. HIPOTÉISIS

Ha. Más del 85 % de los pasantes mejoran el cumplimiento del llenado de los registros clínicos posterior a una intervención educativa.

Ho. El cumplimiento en los registros clínicos realizados por los pasantes de enfermería es menor o igual al 85 % posterior a una intervención educativa.

Dirección General de Bibliotecas UAG



## IV- OBJETIVOS

### Objetivo general

Evaluar el cumplimiento de los pasantes de enfermería en la elaboración de los registros clínicos en un segundo nivel de atención posterior a una intervención educativa.

### Objetivos específicos

Identificar el nivel de conocimiento de los pasantes de enfermería en el cumplimiento del llenado correcto de los registros clínicos de enfermería, previa a la intervención educativa.

Identificar el nivel de conocimiento de los pasantes de enfermería en el cumplimiento del llenado correcto de los registros clínicos de enfermería, posterior a la intervención educativa.

Determinar el cumplimiento del llenado en los registros clínicos de enfermería posterior a la intervención educativa en sus servicios hospitalarios de asignación del pasante de enfermería.

## V. METODOLOGIA

**5.1 Tipo de estudio:** cuantitativo este diseño de investigación tiene como objetivo asegurar la certeza del análisis de las hipótesis formuladas. (Hernández et al., 2006)

**5.2 Diseño:** longitudinal consiste en coleccionar los datos en más de una ocasión, para deducir sobre el cambio, causa y efectos de algún momento específico. (Hernández et al., 2006; Polit & HUNGLER, 2000)

Prospectivo estudian el fenómeno desde un punto en el tiempo, donde se registran los presuntos factores causales y se proyectan hacia el futuro para establecer el efecto. (García et al., 2014; Poli & Hungler, 2000)

**5.3 Límites de tiempo y espacio:** el estudio se realizó en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer del Estado de Querétaro. Durante el periodo comprendido de abril a junio 2014

**5.4 Población de estudio:** estuvo constituida por 13 pasantes de enfermería que iniciaron servicio social en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

### 5.5 Criterios de estudio

#### Criterios de inclusión

- Pasantes de enfermería de nivel licenciatura y nivel técnico que ingresaron al Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en el periodo 1 febrero a 30 julio 2014.
- Distribuidos en todos turnos del hospital

#### Criterios de exclusión

- Personal de enfermería que labora en la institución
- Estudiantes de enfermería.

#### Criterios de eliminación

- Pasantes de enfermería que se dieron de baja del servicio social
- Pasantes que no desearon participar
- Pasantes de enfermería que se ausenten durante este periodo por enfermedad.

### **5.5.- Variables**

**V. Descriptivas:** sexo, edad, nivel de escolaridad, experiencia laboral, turno.

**V. Estudio:** Nivel de conocimiento sobre el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería.

### **5.6 Instrumentos**

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario exprofeso que se validó y aplicó en prueba piloto, y una lista de cotejo del instructivo del llenado de la hoja de registros clínicos de enfermería que está en base a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

El cuestionario exprofeso constituido por 26 preguntas, los primeros 6 ítems corresponden a los aspectos sociodemográficos de los participantes.

Los siguientes 10 ítems permiten medir las dimensiones del contexto del proceso atención enfermería, su evolución histórica del cuidado enfermero, aspectos éticos y legales de los registros clínicos, los cuatro pilares de la educación publicados por la UNESCO y el proyecto TUNING.

Las últimas 10 ítems permitieron medir el conocimiento de las 5 etapas del PAE, los pilares de la educación y lo referente al correcto llenado de los registros clínicos de enfermería de acuerdo a los indicadores de calidad.

El Segundo instrumento está constituido por 44 ítems, dividido en 5 apartados, que permiten evaluar el llenado de los registros clínicos de enfermería

En el primer apartado de la hoja de registros clínicos corresponde a la identificación del paciente que contiene 14 ítems.

En el segundo apartado corresponde a la implementación de las etapas del PAE donde iniciamos por la etapa de valoración está constituida por 17 ítems que permiten recolectar datos intencionalmente de la respuesta humana ante los problemas de salud del paciente, los signos y síntomas que permitirá medir la dimensión técnica del llenado correcto de los registros clínicos y notas de enfermería. Iniciando con un recuadro denominado Habitus exterior en el cual se escriben las características del paciente con respecto al estado de conciencia, piel, comportamiento y movimientos anormales.

Se valora el riesgo de caídas en base a la escala de CRICHTON. La escala de riesgo de úlceras por presión BRADEN, el registro del control de catéter, de sondas, cánulas, los estudios de gabinete y laboratorio, las lesiones corporales y sus características como lo es con o sin datos de infección. Para la valoración de dolor está determinada por la escala visual analógica (EVA). El registró para labstix, una tabla para el registro de los signos vitales (Pulso, temperatura corporal), un recuadro para presión arterias (T/A), tensión arterial media (TAM), la frecuencia respiratoria, pulsometría, presión venosa central (PVC), presión Intra-Abdominal, Perímetro Cefálico. Perímetro abdominal, Puntaje de Glasgow., Glicemia Capilar.

El tercer apartado consta de 2 ítems corresponde la información de los diagnósticos y planeación de intervenciones

El cuarto apartado que corresponde a la etapa de ejecución del PAE está constituido con 5 ítems. En esta parte de la hoja de registros clínicos queda documentando la intervención de enfermería de acuerdo a lo planeado, se registra el tipo de dieta, las soluciones parenterales y hemoderivados, los medicamentos prescritos, si tiene indicado por ejemplo insulina, el control de líquidos y balance hídrico. En el reverso de la hoja de registros clínicos se encuentra el apartado de la oxigenoterapia y los parámetros de ventilación mecánica.

El apartado cinco corresponde a la etapa de evaluación está constituida por 6 ítems, se puede observar el logro y eficacia de los objetivos de los planes de

cuidados, en el apartado de observaciones se registra un resumen del estado del paciente considerando sus necesidades, capacidades, limitaciones y los cuidados de enfermería realizados más el plan de alta, los pendientes y finalmente se encuentra un espacio para el registro del nombre de la enfermera y su firma.

La forma de evaluar el cumplimiento se llevó a cabo con la lista de cotejo y siendo los ítems dicotómicos (si cumple / no cumple).

### **5.7.- Procedimiento**

Para continuar con el proceso del desarrollo del trabajo se realizó el registro del proyecto de investigación ante la dirección de investigación y posgrado de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Posteriormente se continuó con la solicitud de autorización y presentación del trabajo ante el comité de investigación del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer; este estudio se implementó en dicha institución una vez autorizado el proyecto en 3 etapas.

Primera etapa:

- Invitación a los pasantes de enfermería a participar en el proyecto.
- Entrega de carta de consentimiento informado y aceptación en el proyecto de Investigación. (Anexo 1)
- Sesión de encuadre de la estrategia educativa a través de carta descriptiva. (Anexo 2)
- Aplicación de examen diagnóstico conocimientos en proceso enfermería, aspectos éticos y legales de los registros clínicos, al pasante de enfermería. (Anexo 3). Y a través de un caso clínico se solicitó al pasante realice el llenado de la hoja de enfermería (U 500/DSMH-E/F01). (Anexo 5).

En la segunda Etapa:

El inicio de la segunda etapa se llevó cabo la implementación de los temas teóricos a revisar en orden cronológico y las actividades didácticas a realizar de acuerdo a la (carta descriptiva anexo 2) Donde se dio a conocer la conceptualización y antecedentes históricos del proceso de atención de enfermería, las etapas del proceso y el uso de las taxonomías y el programa educativo por competencias TUNING.

Posterior a la estrategia educativa el pasante de enfermería inicio con el llenado de los registros clínicos en área hospitalaria durante dos meses y al mismo tiempo el investigador realizo monitoreo de las notas de los registros clínicos de enfermería de los pasantes asignados a los diferentes turnos y servicios en los cuales se utilizó la lista de cotejo para evaluar el cumplimiento del correcto llenado de las hojas de enfermería que tienen integrada las cinco etapas del proceso de enfermería. (Anexo 4).

Se programó después de este periodo una sesión clínica de 6 horas, para revisar el llenado correcto de los registros clínicos y los problemas que se hubiesen identificado para llegar al cumplimiento.

En la etapa 3

Se integraron nuevamente los pasantes en la realización de los registros clínicos durante un mes más, aplicándose nuevamente a los alumnos examen pos-intervención educativa finalizándose así el programa de la intervención.

### **5.8.- Análisis estadístico**

Para procesar los datos recolectados de la investigación se construyó una base utilizando el paquete Statiscal Pakckage for the Social Science (SPSS) versión 22.0

La información obtenida a partir de la medición se presentó de la siguiente manera: Se utilizarán media  $\pm$  desviación estándar para las variables cuantitativas, porcentaje (frecuencias), para las variables cualitativas (para ambos tipos de variables el intervalo de confianza del 95%) correspondientes a las sociodemográficas describiendo las características de la muestra.

Para identificar si los cambios son estadísticamente significativos en las variables principales del estudio, se aplicó la prueba normalidad Shapiro-Wilk para determinar si se aplica T-studen o la prueba de signos de Wilcoxon para determinar el poder de discriminación entre las variables, ( $p < 0.05$ ) posteriormente se presentarán figuras de los resultados.

## **5.9 Recursos**

### **Humanos**

Responsable: Lic. Enf. María del Carmen Jiménez Díaz

Tutor: MCE Angélica Cervantes Hernández

Asesor Estadístico: M.C.I Ángel Salvador Xequé Moral

### **Materiales y financieros**

La investigación fue autofinanciable. (Anexo No.6)

## **5.10 Consideraciones éticas y legales**

Esta investigación se realizó con base en las normas éticas sobre experimentación en seres humanos detalladas en el código Núremberg publicado en 1947 (comisión nacional de bioética, 1997); en apego a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, establecidos en la declaración de Helsinki de la 59ª adaptación por la asamblea general en Seúl, Corea (asociación médica mundial, 2008).

Asimismo se realizará de acuerdo con la LGS, título V "Investigación para la salud", capítulo único: I (cámara de diputados del H. congreso de la Unión, 2017)

El Código de Núremberg de 1947 es considerado el primer antecedente de relevancia internacional sobre ética de la investigación, sus diez puntos básicos son:

1. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano. Esto significa que la persona implicada debe tener

capacidad legal para dar consentimiento; su situación debe ser tal que pueda ser capaz de ejercer una elección libre, sin intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción u otra forma de constreñimiento o coerción; debe tener suficiente conocimiento y comprensión de los elementos implicados que le capaciten para hacer una decisión razonable e ilustrada. Es un deber y responsabilidad personales que no pueden ser delegados impunemente.

2. El experimento debe ser tal que dé resultados provechosos para el beneficio de la sociedad, no sea obtenible por otros métodos o medios y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.
3. El experimento debe ser proyectado y basado sobre los resultados de experimentación animal y de un conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otro problema bajo estudio, de tal forma que los resultados previos justificarán la realización del experimento.
4. El experimento debe ser realizado de tal forma que se evite todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño.
5. No debe realizarse ningún experimento cuando exista una razón a priori ("a priori" conocimiento que es independiente de la experiencia) para suponer que pueda ocurrir la muerte o un daño que lleve a una incapacitación, excepto, quizás, en aquellos experimentos en que los médicos experimentales sirven también como sujetos.
6. El grado de riesgo que ha de ser tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de ser resuelto con el experimento.
7. Deben realizarse preparaciones propias y proveerse de facilidades adecuadas para proteger al sujeto de experimentación contra posibilidades, incluso remotas, de daño, incapacitación o muerte.
8. El experimento debe ser realizado únicamente por personas científicamente cualificadas. Debe exigirse a través de todas las etapas del experimento el mayor grado de experiencia (pericia) y



cuidado en aquellos que realizan o están implicados en dicho experimento.

9. Durante el curso del experimento el sujeto humano debe estar en libertad de interrumpirlo si ha alcanzado un estado físico o mental en que la continuación del experimento le parezca imposible.
10. Durante el curso del experimento el científico responsable tiene que estar preparado para terminarlo en cualquier fase, si tiene una razón para creer con toda probabilidad, en el ejercicio de la buena fe, que se requiere de él una destreza mayor y un juicio cuidadoso de modo que una continuación del experimento traerá probablemente como resultado daño, discapacidad o muerte del sujeto de experimentación.

Posteriormente la Asociación Médica Mundial, dio lugar a la Declaración de Helsinki, la cual fue originalmente aceptada el mes de junio de 1964 en Helsinki, Finlandia. Sus principios básicos son los siguientes:

El principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia (Artículo 8). Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor (Artículos 23 y 24) entonces el permiso

debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante (Artículo 25).

De manera más concreta la presente investigación se regirá por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud 2014, específicamente en los siguientes artículos:

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no

invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal

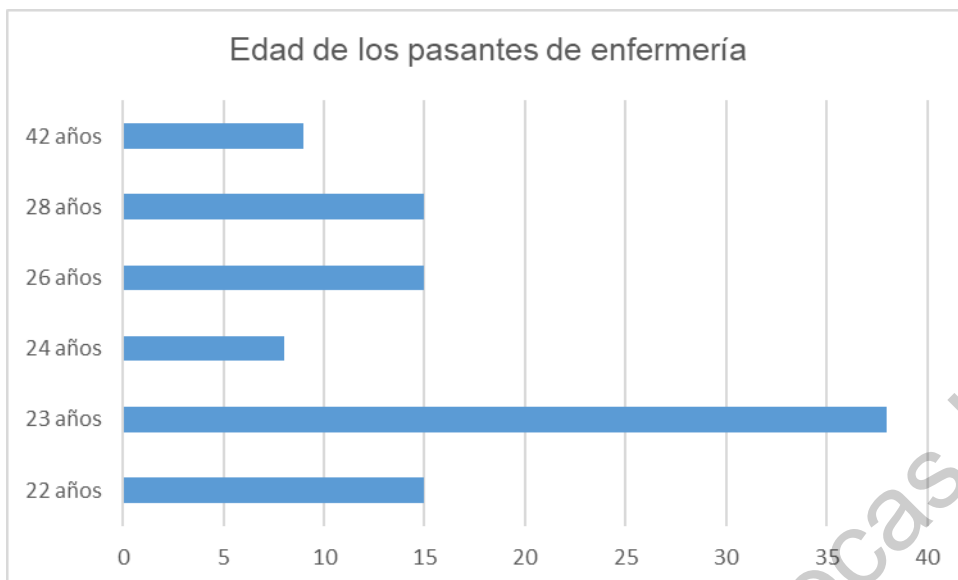
deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos.

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Por lo tanto, conforme al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, esta investigación es de nivel riesgo mínimo porque no supone la modificación de variables biológicas del sujeto.

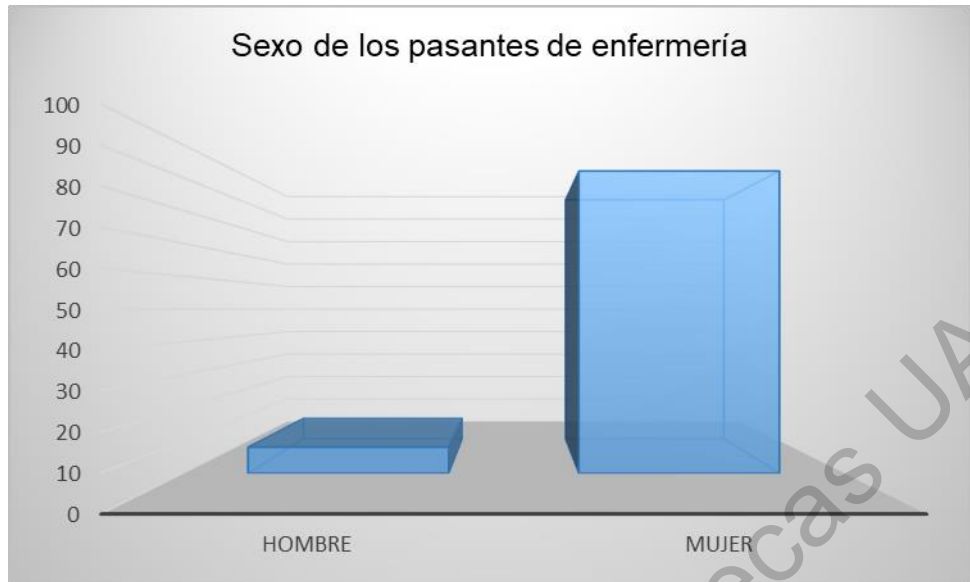
## **VI.- RESULTADOS**

En este apartado se presentan primeramente las variables descriptivas y posteriormente las variables de estudio. Esta investigación estuvo conformada por 13 pasantes del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de la Secretaría de Salud. (HENM).



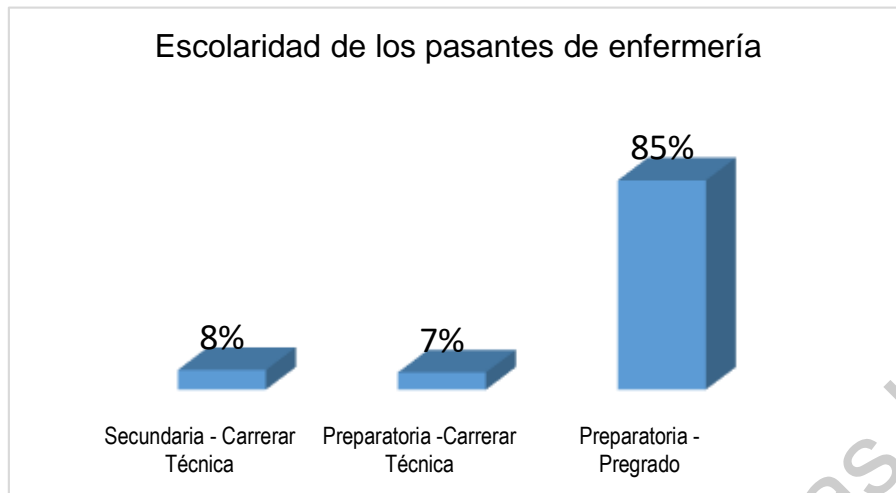
**Figura No. 1 Edad de los pasantes de enfermería**

En cuanto a la edad de los pasantes de enfermería como se puede observar en (Figura No. 1) el 38.4 % de los pasantes tienen 23 años de edad, un 15.3% 22 años y la mayoría de los pasantes presentan edades por debajo del promedio (IC 95%; 22.4-28.9) años.



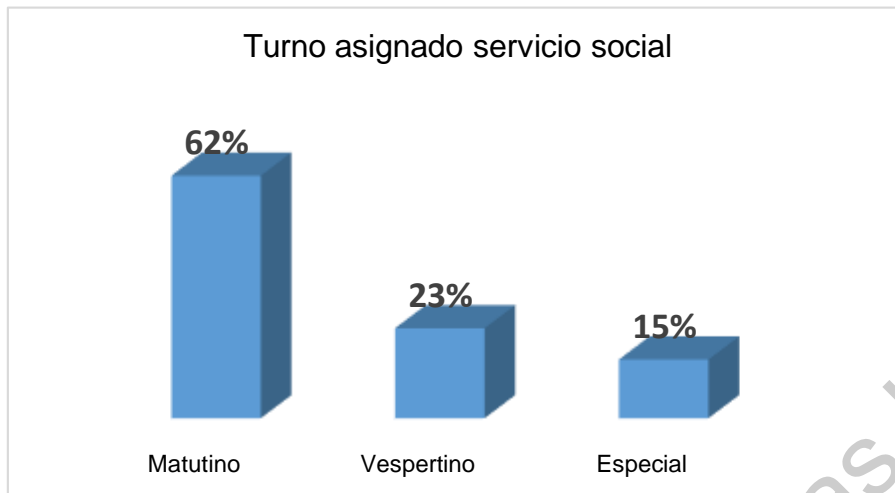
**Figura No. 2 Sexo de los pasantes de enfermería**

Con lo referente al sexo de los pasantes de enfermería (Figura No. 2) se puede ver que predomina el sexo femenino con 92.3% y solo 7.6 masculino.



**Figura No. 3 Escolaridad de los pasantes de enfermería**

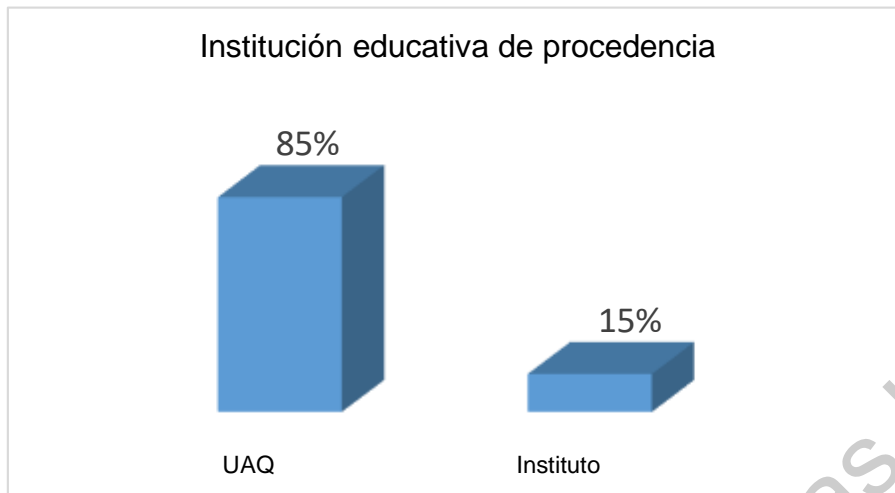
El ítem que se refiere a la escolaridad de los pasantes de enfermería (Figura No. 3) se observa que el personal entrevistado predominó la preparatoria con pregrado en 84.6%.



**Figura No. 4 Turno asignado servicio social**

Con lo referente al turno de adscripción de los pasantes de enfermería (Figura No. 4) el 61.5% de los pasantes se encuentran asignados al turno matutino, 23% turno vespertino y un 15.3% turno especial.





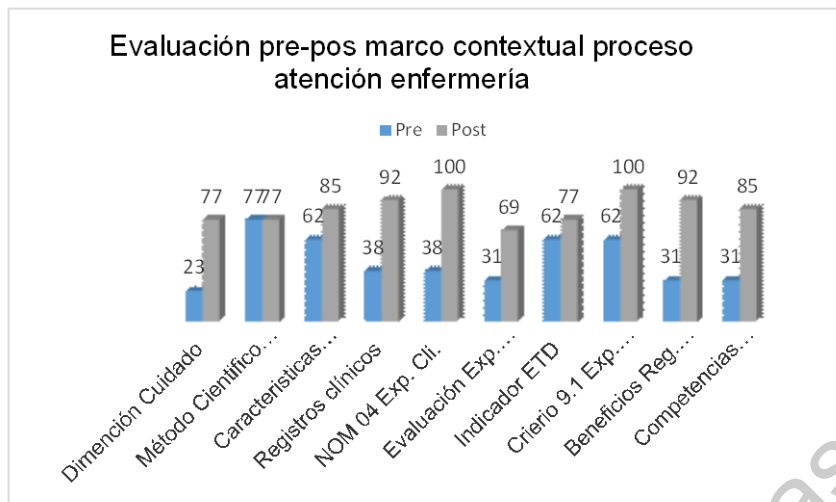
**Figura No. 5 Institución educativa de procedencia de los pasantes de enfermería**

De acuerdo a la institución educativa (Figura No.5) se puede observar que un 84.6% de los pasantes provienen de la Universidad Autónoma de Querétaro y 15.3% de institutos privados formadores de enfermeras.



**Figura No. 6 Experiencia laboral de los pasantes de enfermería**

En cuanto a la experiencia laboral de los pasantes de enfermería (Figura No. 6) el 100% fue de 0 a 4 años.



**Figura No. 7 Evaluación pre y pos intervención educativa de los conocimientos marco contextual del PAE**

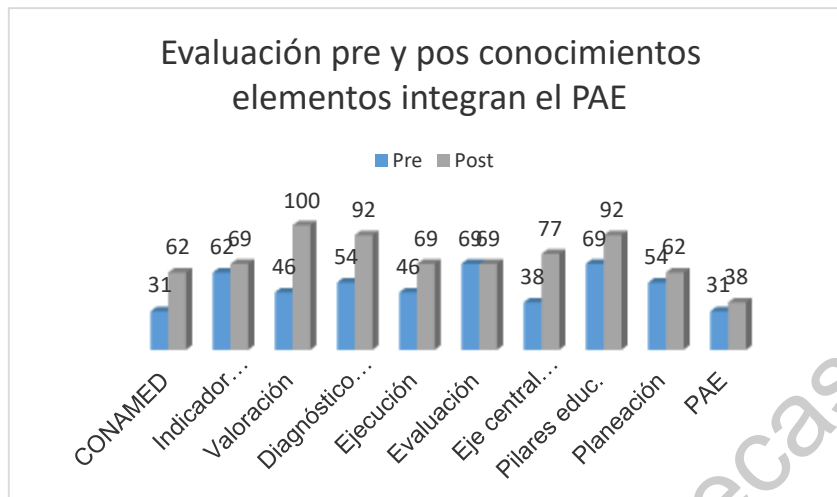
En cuanto al Marco Contextual del Proceso Atención Enfermería en el ítem la dimensión del cuidado que se refieren a la interacción, participación, afecto y la ética en la evaluación pre tuvo un 23% de conocimiento, posterior a la intervención se logró aumentar a 77%. Referente a la relación del método científico y lo paralelo del Método de Proceso Atención Enfermería (PAE) en la evaluación pre y pos evaluación los participantes se mantuvieron en un 77%.

En lo referente a las características del PAE en la pre evaluación los pasantes de enfermería lograron un 65% y en la pos-evaluación un 85%. En cuanto a los registros clínicos que permiten comunicar la información esencial de los cuidados en la pre evaluación se obtuvieron los pasantes de enfermería un 38% y en la pos evaluación 92%.

En lo referente al conocimiento de la actualización de la Norma NOM-004-SSA-2012 del expediente clínico, en la pre-evaluación fue de 38% y pos evaluación 100% En cuanto al conocimiento de la Evaluación del expediente clínico (MECIC) en las notas de enfermería como un instrumento de acreditación para garantizar la calidad en la pre evolución fue de 31 % y en la pos evaluación subió al 69%.

Dentro a la evaluación de la relación de los registros clínicos de enfermería con el Indicador de Trato digno validado por la Comisión Permanente de enfermería en México, en la pre evaluación fue de 62% y pos evaluación 77%. En lo referente al conocimiento de la norma NOM 004-SSA-2013 del expediente clínico que establece los criterios establecidos en el 9.1 denominado de los reportes del personal profesional y técnico en la pre evaluación fue en la pre evaluación 62% y pos evaluación 100%

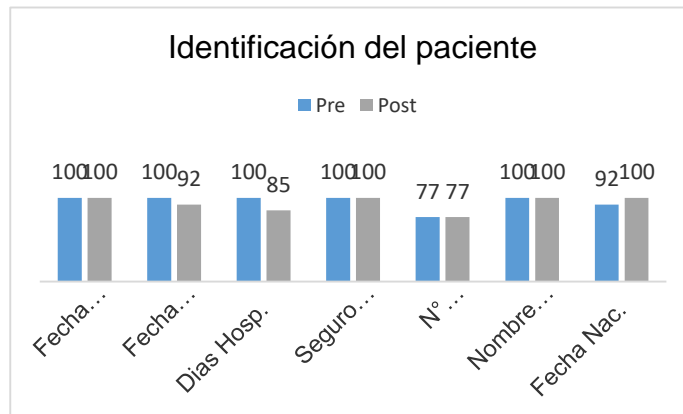
Sobre los beneficios del correcto llenado de los registros clínicos en la pre evaluación fue de 31% y pos evaluación 92%. Con respecto al conocimiento de las competencias establecidas como un compromiso en América Latina ante el proyecto internacional denominado TUNING que establece las competencias para los procesos de modernización y reforma curricular para el modelo de competencias fue en la pre evaluación 31 % y en la pos evaluación 85%.



**Figura No. 8 Evaluación pre y pos intervención educativa de los conocimientos sobre la estructura de las etapas del PAE, los requisitos CONAMED, indicador de registros clínicos de enfermería**

Con respecto al conocimiento de elementos que integran el Proceso Atención Enfermería (Ver Figura N° 8). En lo refiere a la existencia de organismos que promueven la elaboración de registros de los cuidados de enfermería de forma oportuna, legible, exacta y comprensible como lo es la CONAMED, en la pre evaluación se observa un 31% y en la pos evaluación 62%.

La figura muestra también que el conocimiento de los pasantes sobre las etapas que conforma el proceso de atención de enfermería, aumento posterior a la intervención educativa, considerando en un 54% más en la etapa de valoración.

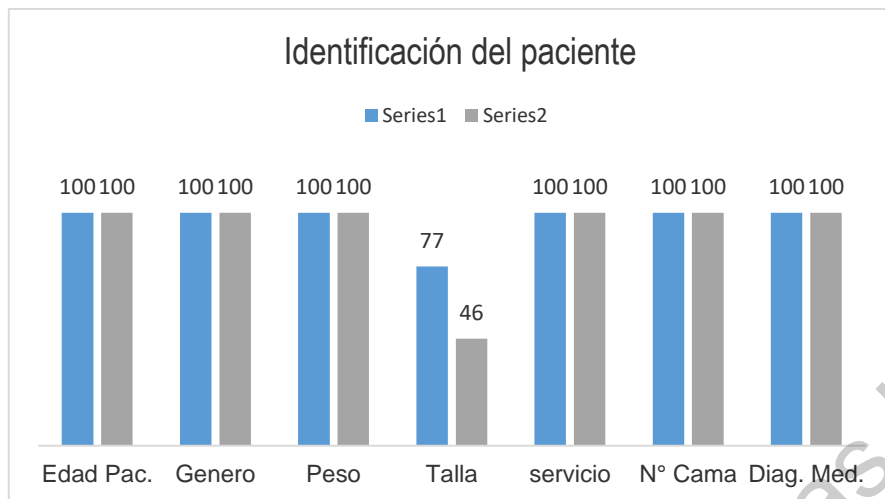


**Figura No. 9 Identificación del paciente en el llenado de los registros clínicos**

En cuanto a el registro de la identificación del paciente (Ver Figura N° 9) el ítem Fecha de apertura se mantuvo en ambos momentos 100%. En la documentación de la fecha de ingreso se observa que en la medición pre evolución es de un 100% y en la pos evolución de un 92%, en cuanto a esta situación es importante destacar que los registros se llevaron en el área de pediatría, en donde debido a los cambios de servicio de los recién nacidos de terapias intensivas a los diferentes cuneros se pierde la continuidad y omiten el registro.

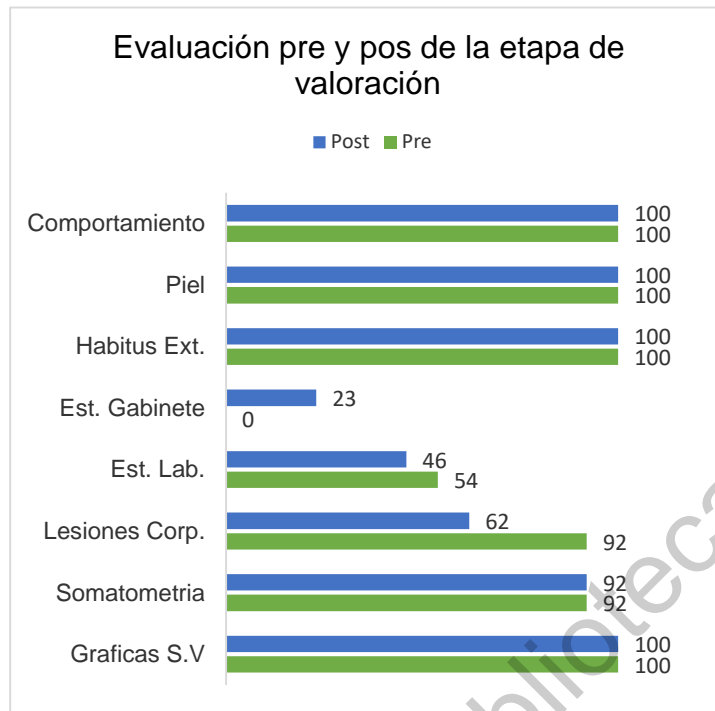
En lo referente al registro de días de estancia en la pre evolución era de un 100% y pos evolución 85 %, al igual que el ítem anterior disminuye el nivel de cumplimientos debido a la movilización de los servicios de hospitalización y esto genera que se pierde la continuidad del registro. En el ítem que se refiere al tipo de aseguramiento en salud en ambos momentos el registro se mantuvo en un 100%. En el registro del ítem de N° de expediente en ambas evoluciones se mantuvo en un 77% debido al proceso complejo de otorgar número de expediente en forma retrasada por el área de admisión hospitalaria.

En lo refiere al registro de la fecha de nacimiento en la pre evaluación fue 92% y en la pos evaluación 100%



**Figura No. 10 bis Identificación del paciente en el llenado de los registros clínicos**

En lo referente a la talla del paciente en la pre evolución se ubicó en un 77% y en la pos evaluación 46%, este dato se excluye porque al neonato no se le mide diariamente y consideraron que para efectos de los cuidados no era de trascendencia que tienen el registrarlos permanecen en ambas mediciones en con un 100% de cumplimiento. Los demás datos se mantuvieron con un porcentaje del 100.



**Figura No. 11 Evaluación del llenado de registros clínicos de enfermería de la etapa de valoración del paciente pre y pos intervención educativa.**

En relación con la documentación de los datos que se requieren en la etapa de valoración (Ver Figura N° 11). El ítem de registro de estudios de gabinete en la pre evolución fue de un 23% y el registro en la pos evolución no se observó registro alguno. El pasante de enfermería refirió que sus pacientes durante su jornada de trabajo no ameritaron estos estudios.

En cuanto al registro de estudios de laboratorio en la pre evolución se observa un cumplimiento 46% y pos evolución 54%, al igual que el ítem previo a los pacientes en cunero durante la jornada de trabajo de los pasantes no le solicitaron estudios de laboratorio.

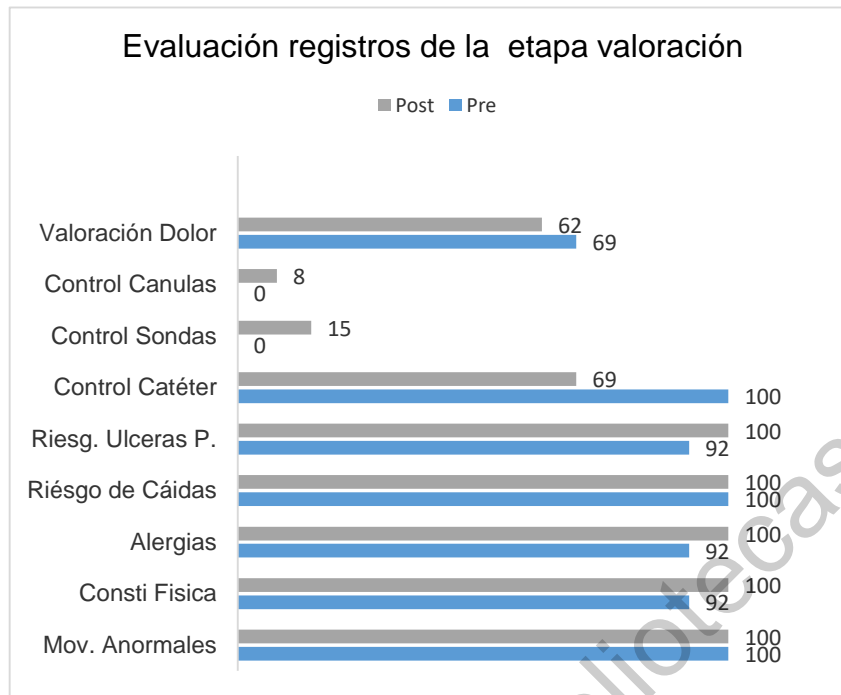
El ítem de registro de lesiones corporales en la pre evolución fue de 92% y en la pos evolución fue de un 62%., en esta situación los pacientes que se encuentran en el área de cunero son pacientes que ingresan por afecciones de



sepsis o problemas respiratorios y la prevalencia de ingresar pos-operados es menor.

En cuanto al registro de la somatometría en ambas situaciones pre evaluación y pos evaluación se mantuvo en un 92% Los ítems de registro de Comportamiento, Valoración Piel, Habitus Exterior, Grafica de signos vitales permanecieron en ambas mediciones en un 100% de cumplimiento

Dirección General de Bibliotecas UAG



**Figura No. 12 Evaluación del llenado de registros de enfermería de la etapa de valoración del paciente pre y pos intervención educativa**

En cuanto a los registros de la etapa de valoración (Ver figura 12) El ítem de Valoración del dolor en la pre evaluación era de un 69% y en la pos evaluación 62%, en las condiciones de salud de los pacientes en el área de pediatría y cuneros se disminuye el registro de acuerdo a lo observado por sus condiciones de salud.

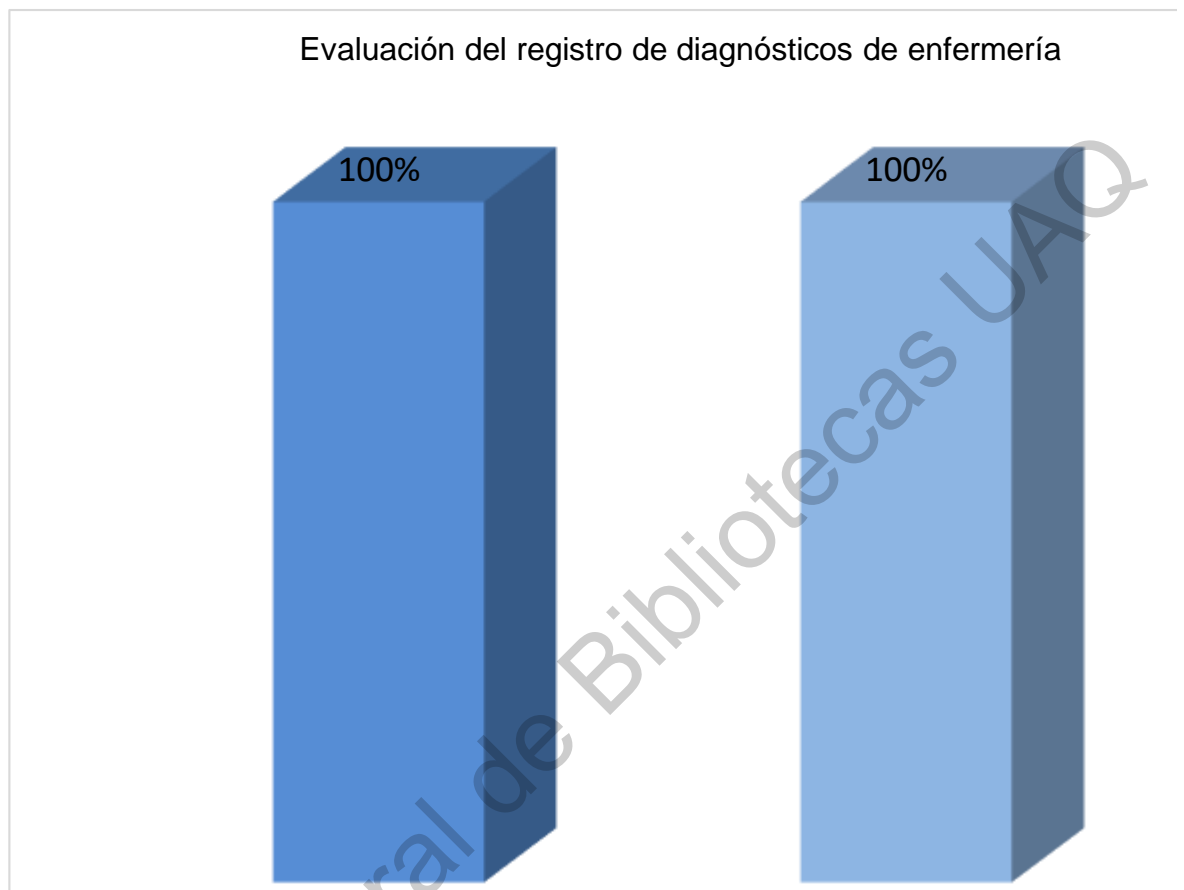
El registro de control de cánulas en la pre evaluación fue de un 0% y pos evaluación 8 % se observó que por las condiciones de salud de los pacientes su tratamiento se requiere el uso de cánulas.

Se observa que en el registro del tipo de sondas y su permanencia en la pre evaluación fue de 0% y en la pos evaluación se observó que existe registro 15% de la instalación de sondas, porque en algunos casos el neonato o paciente pediátrico requería de sonda para ser alimentado y su instalación es orogastría se instalan en el momento de alimentarlo y se retira de forma inmediata posterior a la alimentación.

El ítem de control de catéter en la pre evaluación era de 0 % y en la pos15%, existe resistencia en el registró del catéter corto, la idea es que solo el catéter central debe de tener un registro del calibre y días de instalación y los periféricos se cambian con mayor frecuencia.

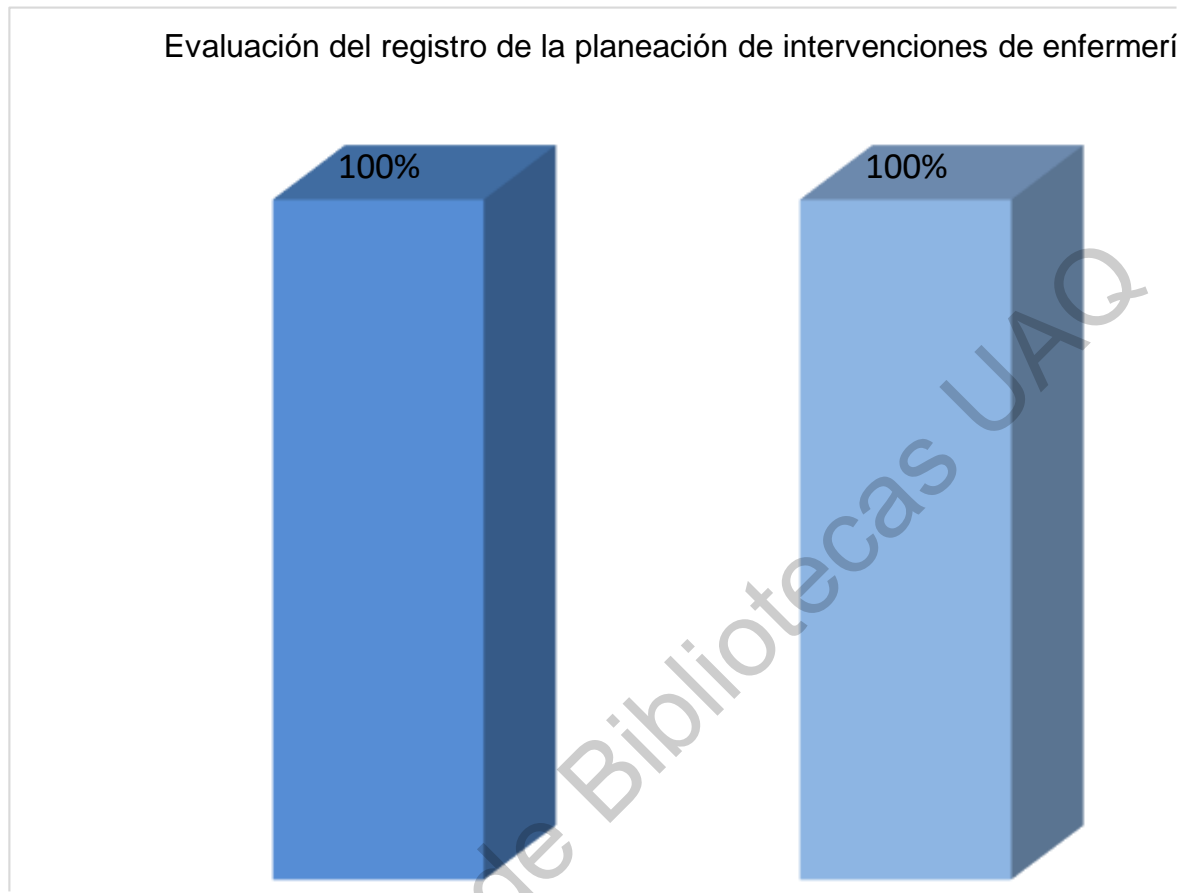
Los ítems de Registro de riesgo de caídas, Movimientos anormales permanecieron en ambos momentos pre y pos en un 100%

Dirección General de Bibliotecas UAO



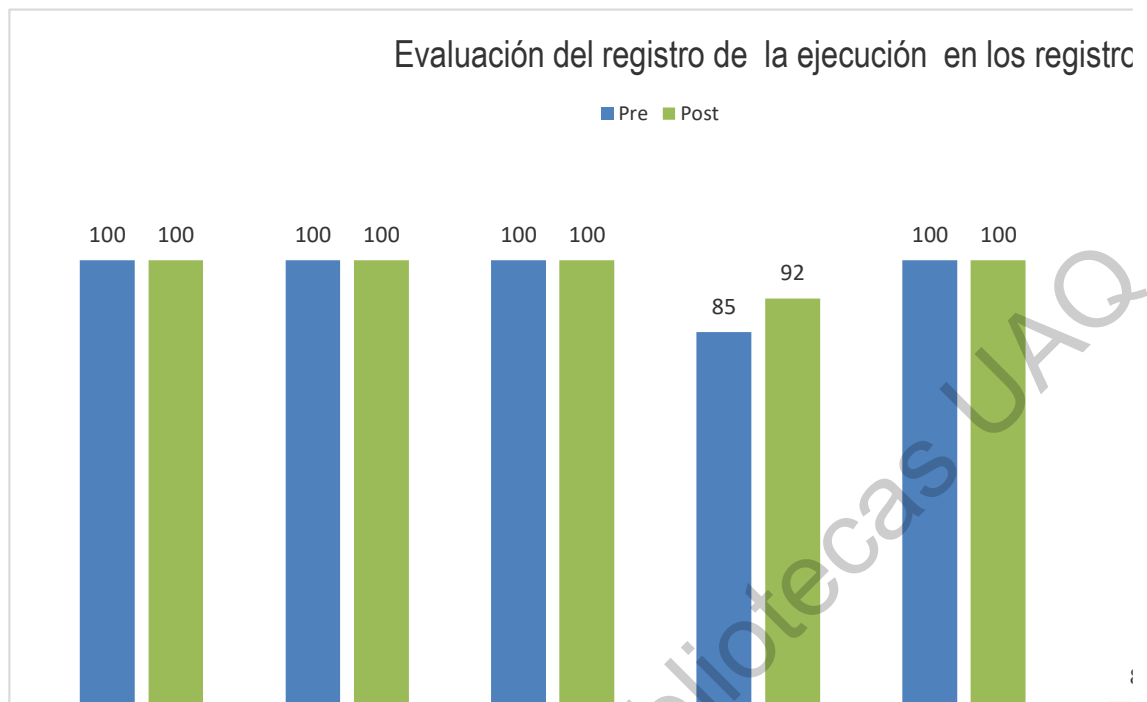
**Figura No. 13 Evaluación del registro de diagnósticos de enfermería del paciente pre y pos intervención educativa**

Figura No. 13 Documentación del diagnóstico de enfermería y planificación de intervención en el pre y pos intervención educativa, se muestra un cumplimiento del 100%



**Figura No. 14 Evaluación de los registro de la planeación de las intervenciones de enfermería del paciente Pre y Pos intervención educativa**

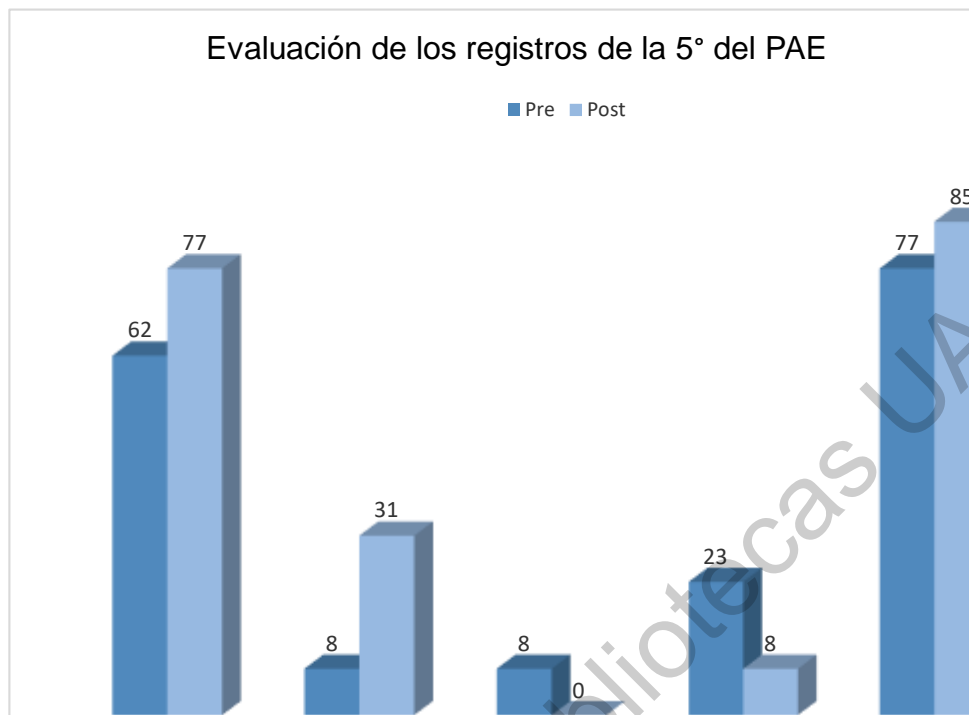
Figura No. 14 Registro de la planificación de intervención en el pre y pos intervención educativa. Se muestra un 100 % de cumplimiento



**Figura No. 15 Evaluación del registro de los datos del paciente en la fase de ejecución en los registros clínicos Pre y Pos intervención educativa**

Como se puede observar en esta figura en relación al registro de los datos del paciente en la fase de ejecución se observó que en la pre evaluación el cumplimiento es de un 85% y en el pos es de 92%. El balance hídrico en la pre evaluación fue de un 8% y pos evaluación de un 38%, debido a que no todos los pacientes tienen indicación médica de control de líquidos.

En los ítems de registro de la dieta, soluciones parenterales, registro de medicamentos, registro de egresos en ambos se mantiene un cumplimiento del 100%.



**Figura No. 16 Evaluación de los registros clínicos del paciente en la 5° etapa de PAE pre y pos intervención educativa**

Figura No. 16 Documentación de la información en el apartado de evaluación y observaciones en los registros clínicos enfermería Pre y Pos intervención Educativa, las observaciones en la pre evaluación fue de un 62% y en la pos evaluación de un 77%.

El registro que refleja la continuidad de los cuidados en los diversos turnos en la pre evaluación fue de un 8% y en la pos-evaluación un 31%, se observó existe resistencia para realizar un resumen del estado del paciente considerando sus necesidades, capacidades y limitaciones.

En cuanto al registro de la orientación para el plan de alta en la pre evaluación se observó un 23% de cumplimiento y en la pos evaluación disminuye en un 8%, esto debido a que el pasante de enfermería realizó escasa interacción con la mamá de su paciente pediátrico y quien proporciona las observaciones del alta es el personal de enfermería trabajador asignado a esta área.

## 7.1. DISCUSIÓN

El registro de los cuidados de enfermería es un requisito legal que se convierte en un reporte permanente del paciente donde quedan plasmadas las evidencias de los diagnósticos, evaluación, tratamiento y cambios, centrados en los problemas reales, de riesgo, posibles e interdependientes de acuerdo con los estándares o normas de cada institución de salud. Estos registros deben de ser claros, precisos, veraces, concisos, completos, para asegurar la continuidad y calidad de enfermería en los diferentes turnos para que otros integrantes del equipo de salud conozcan a detalle.

La documentación de los cuidados se realiza en cada una de las etapas del proceso atención enfermería y adquiere un valor fundamental en la ejecución, “lo no escrito no forma parte de la realidad”, por esta razón, las actividades de las enfermeras deben registrarse en los formatos definidos institucionalmente y de manera inmediata y así se aporta mayor exactitud en los registros.<sup>4</sup>

El objetivo general de esta investigación se basó en evaluar el cumplimiento de la elaboración de los registros clínicos a partir de una internación educativa en la cual se establece un en dos momentos diferentes en primer lugar conocer los aspectos sociodemográficos de los pasantes de enfermería, el nivel de conocimientos para lo cual se diseñó un programa educativo, el nivel de cumplimiento en la elaboración de estos registros clínicos de enfermería conforme a la normatividad vigente mediante la evolución del cumplimiento con una lista de cotejo previo a la intervención y posterior a esta.

En relación con los resultados en investigación por Bautista y Alvarado denominado “Factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en servicios de hospitalización” describen que un 86% fueron mujeres, edad de 31-40 años (54%), el 72% con licenciatura. La asociación con los resultados obtenidos en este trabajo de investigación intervención educativa en pasantes de enfermería son diferentes en cuanto a las características de los participantes en la investigación, el grupo de edad de los pasantes fue en un 91% el promedio de 25.6 años de edad. Y en cuanto al género también se



observa que predominan las mujeres con un 92% y el nivel de escolaridad 84% son pasantes de nivel licenciatura.

Bautista y Vejar 2015 en su estudio denominado "Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de Enfermería" El nivel de conocimientos del personal profesional y auxiliar de enfermería sobre el protocolo es bueno con un 61%, le sigue un nivel de conocimientos regular con un 29%. Existe una similitud en este estudio el grado de conocimiento previo de los pasantes fue insuficiente con un 62% y posterior a la intervención pasa a satisfactorio y destacado con un 46%, lo cual es una referencia en la cual se demuestra que es valioso establecer proyectos para mejorar y actualizar los conocimientos que el profesional de enfermería requiere para elaborar sus registros clínicos.

Los hallazgos en cuanto a la documentación de los registros clínicos de los pasantes de enfermería fue la siguiente en los ítems: fecha de ingreso, y registro de número de expediente a días hospitalización, que disminuyeron su nivel de cumplimiento siendo omitido el registro en las hojas de enfermería. Los factores que contribuyen en este caso son las características del tipo de pacientes que se ingresan de un servicio a otro y se excluye revisar detalladamente los datos que se encuentran en el expediente clínico y esto pasa de forma desapercibido y no se le da la importancia correspondiente para el completo registro de las notas de enfermería.

Es también observado en esta investigación en los registros de la etapa de valoración que independientemente de que los pasantes de enfermería conocen los requisitos de la hoja de enfermería los ítems de registro de estudios de gabinete, laboratorio, lesiones físicas presentan disminución en el cumplimiento, esto debido a que se omite el registro por las características del paciente y su problema de salud que no amerita esos estudios.

En la etapa de planeación se encontró un 100% de cumplimientos y la etapa de ejecución se observó por ejemplo que en el balance hídrico en la pre evaluación el registro era de un 8% y se elevó a un 38%. En la etapa de evaluación los hallazgos en lo referente a orientación en el plan de alta en pos intervención disminuyeron en un 8% debido a la mínima interacción de los pasantes de enfermería con los papás del paciente pediátrico y quien brindaba

orientación sobre este plan de alta era la enfermera responsable del servicio y a la vez se omitía el registro en la hoja de enfermería. Dentro de los resultados la evolución de los registros clínicos es prácticamente diferente a los resultados de la investigación realizada por Carchipulla (2015) “Aplicación del Proceso Atención Enfermería en el Preoperatorio de Pacientes Quirúrgicos del Hospital Monte Sinaí”. Obtuvieron los siguientes resultados: el cumplimiento de las Etapas del PAE en la valoración el 100% revisa datos de identificación. En la etapa de diagnóstico el 100% identifica y prioriza problemas, En la planificación el 93% planifica cuidados específicos. En la etapa de ejecución el 100% brinda cuidados individualizados. En la etapa de evaluación realiza el reporte escrito y oral.

Los resultados obtenidos por López (2015) en el estudio intervención educativa en el personal de enfermería para mejorar la calidad del registro clínico y se encontró con un nivel de cumplimiento 65.83% y posterior a la intervención y con apoyo del nuevo formato pasó al nivel de excelencia 95.59%. En lo referente a las diferencias de los resultados de la intervención educativa en pasantes de enfermería es valioso comentar que aún están en una fase de formación y que sus criterios de trabajo clínico son frágiles y quien es responsable de las intervenciones son las enfermeras que son trabajadoras de la institución en este caso del segundo nivel de atención. En cuanto a la hipótesis planteada en esta investigación Hi. No existe modificación en el cumplimiento del registro clínico realizado por el pasante de enfermería posterior a la intervención educativa, es aceptada de acuerdo a los hallazgos encontrados el análisis de resultados En la descripción detalla de este trabajo es importante rescatar que los desaciertos dan pauta analizar donde están las oportunidades de mejora para futuros trabajos de investigación.

## VII.- CONCLUSIÓN

Se realizó una búsqueda amplia para conocer las investigaciones realizadas en relación a intervención educativa en pasantes de enfermería sobre los registros clínicos y las fases del proceso atención enfermería y los resultados encontrados refieren solo intervenciones en personal trabajador de unidades hospitalarias.

Con respecto a este trabajo se puede concluir que en lo referente a la intervención del programa educativo los pasantes lograron mejorar sus conocimientos teniendo como resultado existen diferencias del conocimiento antes y después se observan valores en los grados satisfactorio y destacado (46%). Con el estadístico de prueba T Student indica que estas diferencias son estadísticamente significativas ( $t=-6.786$ ,  $gl=12$ ,  $p=0.00$ ).

En este estudio se aceptada la hipótesis investigación en donde se puedo determinar que no existe una modificación en el cumplimiento del registro clínico realizado por los pasantes de enfermería posteriores a la intervención.

Y con lo referente al registro de los ítems que integran la hoja de enfermería es necesario seguir trabajando en forma colaborativa con el personal de enfermería y pasantes para que estos registros tengan el rigor de un nivel de excelencia en el cumplimiento correcto del llenado.

La importancia del registro clínico desde el enfoque de un marco legal, permite que la enfermera evidencie los cuidados que brinda al paciente y en un médico de comunicación formal para compartir con los integrantes del equipo multidisciplinario la mejora.

Es importante esta investigación por la razón de estar frente a alumnos en fase teórica de la materia proceso atención enfermería y que al haber realizado el análisis de resultados permite reformar ante el grupo de estudiantes los aspectos oportunidad; como la implementación y registró de las notas de enfermería y debe de registrarse la información correspondiente y evitar dejar espacios sin registró, considerando que en estos registros esta la evidencia del cuidado que brindan como profesionales de la salud así que necesario seguir

trabajando en consolidar el conocimiento con la parte clínica en la elaboración de los registros clínicos de acuerdo a lo establecido en la NOM-04-SSAA3-2012 del expediente clínico en forma colaborativa con el personal de enfermería y pasantes para que estos registros tengan el rigor de un nivel de excelencia en el cumplimiento correcto del llenado.

### **8.1. Recomendaciones**

Se sugiere que los programas operativos se continúen revisando en conjunto considerando los objetivos específicos de la competencia educativa del pasante de enfermería en común acuerdo con las instituciones de salud y las educativas.

Se requiere continuar con una estrecha supervisión periódica del cumplimiento satisfactorio de los objetivos del servicio social de los pasantes por la institución educativa.

Continuar con la participación del personal de enfermería operativa con su expertis, es muy valiosa su colaboración porque permite que el pasante se sienta integrado al ámbito laboral y el dedicar tiempo para su enseñanza en servicio generara un voto de confianza y dará como resultado cumplir con el objetivo en el desarrollo de habilidades y destrezas reflejando en cuidados de enfermería con calidad y seguridad para los pacientes y en el registró completó y correcto de los requisitos de las hojas de enfermería que son evidencia de los cuidados que brinda el profesional de enfermería.

Es importante recordar que el pasante de enfermería aún está en una fase terminal como estudiante de enfermería y que requiere ser asesorado para que él pueda brindar los cuidados de enfermería con seguridad y calidad.

Un detalle también relevante es el respetar su rotación por los servicios asignados para lograr que su aprendizaje sea provechoso.

Para investigaciones subsecuentes como sugerencia el protocolo de investigación se requiere presentar como un proyecto no solo al comité de investigación, asimismo se requiere al personal de enfermería supervisor, jefes de servicio y personal operativo de enfermería y hacer saber en que consiste la investigación y de esta manera se lograrán seguramente mejores resultados

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Amaro.CM (2004) El método científico de Enfermería, el proceso de atención y sus implicaciones éticas y bioéticas Rev. Cubana Enfermería.
2. Rodríguez, B.A. (2015) Proceso Enfermero/. Aplicación Actual. Ed. Cuellar. México.
3. NANDA (2018-2020) Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones. Editado por T. Heather Herdman, PhD, RN. Editorial ELASEVER.
4. Andrade R Cepeda. López J. (2018) Proceso de Atención de Enfermería Editorial Trillas.
5. Johon M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E.(2012) Vínculos de NOC y NIC, a NANDA-I y Diagnósticos médicos, Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Editorial. Elsevier Mosby.
6. Rifá R. Olivé C y Lamoglia M, (2012) Lenguaje NIC, Para el aprendizaje Teórico-Práctico en Enfermería). Editorial ELSEVIER.
7. Padilla Salcedo. Enfermería en México, (2011) Boletín Epidemiológico, Secretaria de Salud N° 1, Vol. 28. Semana 1, 2 enero.
8. Secretaria de Salud. México (2013). Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-04-SSA3-2012.
9. Secretaria de salud. Comisión Permanente de Enfermería, (2012) Programa de Acción Especifico, a mitad del camino 2007, México.
10. Shirley Fernández Aragón, Keydis Ruydiaz Gómez, Moraima Del Toro Rubio “Notas de enfermería: una mirada a su calidad”. Salud Uninorte. Barranquilla Vol. 32, N° 2, 2016 Consultado <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n2/v32n2a15.pdf>.
11. Laura Vega, Yesenia Sumen. “Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno”, 2016(Universidad Nacional del Altiplano, 2017-01-30.) Consultado noviembre 2018 Disponible <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/3989>

12. Hernández-Cantú, E., Reyes-Silva, A., & García-Pineda, M. (2018). Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 65-72. Recuperado de [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/336/828](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/336/828)
13. Secretaría de Salud. México (2010) Ref. Boletín SICALIDAD N° 27.
14. Secretaría de Salud. Comisión Permanente de Enfermería, (2011) Lineamiento General Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería México.
15. Bravo Apaza Aramiz Milagros O. "Nivel de conocimiento sobre modelo SOAPIE y calidad de las anotaciones de enfermería- C.S.J.D De Arequipa, 2017" Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa Facultad de Enfermería. Escuela Profesional de Enfermería Arequipa – Perú 2018. Consultado noviembre 2018. Disponible <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5138/ENbrapamo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
16. Ruíz GE, Domínguez OV, Pérez CVJA, Acevedo PM "La eficacia de la nota de Enfermería en el expediente clínico". *Revista CONAMED* 2017; 22 (2) Consultado noviembre 2018 Disponible. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79300>
17. José Juan López Cocotle, Cristina Hortensia Saavedra Vélez, María Guadalupe Moreno Monsiváis, Serafín Flores de la Cruz "Intervención educativa en el personal de enfermería para mejorar la calidad del registro clínico de una institución privada" Facultad de Enfermería, campus Xalapa, Universidad Veracruzana(2015) <https://www.researchgate.net/publication/321242265>
18. Luz Marina Bautista Rodríguez. Leidy Yeraldin Vejar Ríos, Mary Rolecxy Pabón Parra, Jackson Jesús Moreno, Ludy Fuentes Rodríguez, Kenney Yelibeth León Solano, Jorge Andrés Bonill. Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería *Revista Cuidarte* 2016, 7(1) <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359543375007>

19. Mónica Ruth Batista-Sánchez, Elsa Alvarado-Gallegos “Factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en servicios de hospitalización” 1 Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria/Vacunación, Hospital General de Zona 50; 2 Coordinación de Cursos de Enfermería, Centro de Investigación Educativa y Formación Docente. Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí. San Luis Potosí, México (2015).  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim152e.pdf>
20. BARRETO Ayala, Elba Luz. Factores asociados al registro del proceso de atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal Sologuren - 2015. Trabajo de Investigación (Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado, 2016. 88 h. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5937?show=full>
21. Elva azucena Carchipulla Carchipulla, Nancy Guadalupe Chabla Chabla “Aplicación del Proceso Atención Enfermería en el Preoperatorio de Pacientes Quirúrgicos del Hospital Monte Sinaí” Universidad de la Cuenca Ecuador 2015  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23512/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
22. Sotomayor S. Fundamentos de enfermería ciencia (2009), METODOLOGIA Y TECNOLOGIA, Cap. 2 Dimensión teórico conceptual de la enfermera disciplinar. México Manual Moderno.
23. Moran V, Mendoza A. (2010) “Proceso de Enfermería uso de los lenguajes NANDA, NIC y NOC Modelos referenciales. México Editorial Trillas
24. Vázquez E., Experiencia de integrar el concepto de cuidado en el curriculum” El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Bogotá.
25. Watson, Jean, Cuidado humano en enfermería. Enfermería: ciencia humana y cuidado humano. Una teoría de enfermería, National League Nursing Publications, Nueva York, Pag. 9,30 1998 (adaptado y traducido por Beatriz

- Sánchez Herrera, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia).
26. Sandra Sotomayor Sánchez, Capítulo 2 Fundamentos de enfermería Ciencia, metodología y tecnología Editorial. Manual Moderno. 2009 Pag. 65.
  27. León Z. (2009) Fundamentos de enfermería Ciencia, metodología y tecnología Editorial. Manual Moderno
  28. Sotomayor S. (2009) Fundamentos de enfermería ciencia, METODOLOGIA Y TECNOLOGIA, Cap. 2 Dimensión teórico conceptual de la enfermera disciplinar. México Manual Moderno.
  29. Secretaria de SALUD. Dirección de Enfermería. (2011) Lineamientos generales para la elaboración de planes.
  30. Johnson C. Moorhead S. Bulechek G. Butcher H. Maas M. Sawanson E. (2012) Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y Diagnósticos médicos, soporte para el razonamiento crítico de los cuidados. Editorial ELSEVIER MOSBY.
  31. Rifá R. Olivé C y Lamoglia M, (2012) Lenguaje NIC, Para el aprendizaje Teórico-Práctico en Enfermería). Editorial ELSEVIER.
  32. Padilla Salcedo. Enfermería en México, (2011) Boletín Epidemiológico, Secretaria de Salud N° 1, Vol. 28. Semana 1, 2. Enero.
  33. Secretaria de salud. Comisión Permanente de Enfermería, (2012) Programa de Acción Especifico, a mitad del camino 2007, México.
  34. Secretaria de Salud. México (2010) Ref. Boletín SICALIDAD N° 2
  35. Delors, Jaques (1994): "Los cuatro pilares de la educación" en *La educación encierra un tesoro*. El Correo de la UNESCO, pp. 91-103.
  36. TUNIG América Latina 2011-2013 Innovación Educativa y Social <http://www.tuningal.org/> .



## IX.- ANEXOS

### Anexo 1.- Consentimiento informado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA



Fecha: \_\_\_\_\_

Por medio del presente documento doy mi consentimiento para participar en la investigación: *Cumplimiento de los pasantes de enfermería en elaboración registros clínicos posterior a una intervención educativa.*

*El objetivo de esta investigación es evaluar el nivel de cumplimiento de los pasantes de enfermería en la elaboración de los registros clínicos en un segundo nivel de atención posterior a una intervención educativa.*

Mi participación consiste participar en programa educativo sobre el tema de registros clínicos en enfermería, elaborar la presentación de un caso clínico y utilizar la hoja de enfermería asignada en los servicios hospitalarios asignados.

Me doy por enterado que el estudio no pone en riesgo mi salud, mi vida, ni para mi servicio social.

Mi participación es voluntaria, puedo retirarme cuando lo desee, sin que ello afecte servicio social.

Los datos que proporcione serán confidenciales.

Firma y nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Anexo 2 Carta descriptiva de la estrategia didáctica

<b>UNIDAD II Evolución histórica del cuidado</b>		
<b>Objetivo.- Realizar</b> un recorrido histórico de la profesionalización de la enfermería y retroalimentar los conocimientos previos de la metodología del proceso de atención de enfermería.		
Contenidos Conceptuales	Procedimentales	Actitudinales (valores, normas y actitudes)
2.1 Historia del cuidado	Elaborar línea del tiempo de la lectura entregad	Entregar en tiempo y en forma.
2.2 El cuidado Eje Central de la Enfermería	Realizar lectura en sesión y compartir una reflexión significativa sobre el tema	Participa con cordialidad y respeto a las observaciones de los asistentes.
2.3 Dimensión teórico conceptual de la enfermería disciplinar.	Realiza un mapa mental del contenido de la lectura y al azar uno de los integrantes presentara su trabajo en power point	Los trabajos se entregarán en tiempo y forma impresos.
2.4 Metodología del Proceso de Enfermería	En una hoja de papel Bon Cuadriculado representar en una Catarina los ejes centrales del Proceso de enfermería por equipo.	En orden y con respeto se colocaran los trabajos en el muro del aula.



UNIDAD III Notas y registros clínicos de Enfermería		
<p><b>Objetivo.-</b> El pasante de enfermería realiza el análisis de los componentes básicos para el correcto llenado de los registros clínicos, llevándolo a la práctica en las áreas de hospitalización con uno de pacientes que tienen asignados del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.</p>		
Contenidos Conceptuales	Procedimentales	Actitudinales (valores, normas y actitudes)
3.1 Antecedentes de las Notas y Registros Clínicos en Enfermería.	Realizar lectura en sesión y compartir una reflexión significativa sobre el tema y sus experiencias.	La participación debe ser integradora y con respeto para los demás integrantes del equipo.
3.2 Proyecto del Expediente Clínico Integrado y de calidad (MECIC)	Elaborar un control de lectura de 2 cuartillas Presentación en power point, para retroalimentación del tema.	Entregar trabajo en tiempo y forma Escuchar con atención y respetar opiniones de los compañeros.
3.3 Aspectos Legales de los Registros Clínicos	Revisión del tema en power point por uno de los equipos.	Muestra interés por el tema y la responsabilidad que implica el desconocimiento de los aspectos legales.
3.4 Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería	Elaborar un control de lectura y realizar comentarios reflexivos y significativos del tema. Elaborar mapa conceptual en equipo y presentan ante	Entrega trabajo impreso en tiempo y forma. Escucha con atención y

<p>3.5 Tipos de notas y registros clínicos de enfermería.</p> <p>3.6 Indicador de Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería (CIE).</p> <p>3.7 Lineamiento general para la documentación de los planes de cuidados en enfermería.</p> <p>3.8 Escalas de Valoración.</p>	<p>el grupo su trabajo.</p> <p>Ejemplifican en hoja de notas y registros clínicos del hospital los criterios que integran el indicador de calidad.</p> <p>Un equipo realiza presentación en power point sobre el lineamiento general de los planes de cuidados.</p> <p>En equipo se presentará la escala de valoración de Ulceras por decúbito propuestos por la comisión permanente de enfermería</p> <p>En equipo se presentará la escala de valoración de riesgo de caídas propuestos por la comisión permanente de enfermería.</p> <p>En equipo se presentara la escala de valoración de dolor.</p>	<p>respeto las opiniones de los demás.</p> <p>Genera una retroalimentación con respeto a sus compañeros de acuerdo a sus experiencias.</p> <p>Se integrarán para preparar su presentación de equipo y se guiarán por los requisitos previamente establecidos.</p> <p>Se integrarán para preparar su presentación de equipo y se guiarán por los requisitos previamente establecidos.</p> <p>Se integrarán para preparar su presentación de equipo y se guiarán por los requisitos previamente establecidos.</p>
--	---	---

<b>UNIDAD IV</b>		
<b>Modelo Educativo</b>		
Objetivo.- El pasante de enfermería describe los elementos que contienen el modelo educativo por competencias e clasifica las competencia que corresponde al rol asistencial que desempeñan		
Contenidos	Procedimentales	Actitudinal es
Conceptuales		(valores, normas y actitudes)
4.1 Antecedentes	Elabora control de lectura en 2 cuartillas	Compartir la información y respetar la opinión de los compañeros,
4.2. Modelo de competencias	Elaborar mapa conceptual en power point.	Entregar las actividades de acuerdo a los requisitos establecidos y el tiempo acordado.
4.3 Proyecto TUNING	Elaborar mapa mental en hojas papel bon.	

Anexo 3.- Instrumento de evaluación pre y pos intervención

Folio: \_\_\_\_\_

	<b>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO</b> <b>FACULTAD DE ENFERMERÍA</b> <b>DIVISIÓN DE POSGRADO</b> <b>MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA</b>	
---	---	---

Edad: \_\_\_\_\_ Género: Hombre  Mujer

Nivel Escolaridad: Secundaria-Carrera Técnica

Preparatoria-Carrera Técnica  Preparatoria-pregrado

Institución Educativa de Procedencia \_\_\_\_\_

Experiencia Laboral como enfermera (o) segundo nivel de atención.

0 a 4 años  5-10 años.

Turno asignado servicio social

Matutino _____	Vespertino _____	Nocturno A _____	Nocturno B _____	Especial _____
----------------	------------------	------------------	------------------	----------------

**INSTRUCCIONES:** Primero lee con atención el párrafo y después subraya la respuesta como verdadera (V) o falsa (F) según corresponda.

1.-Las Dimensiones del cuidado de Enfermería son Interacción, Participación, Afecto y la Ética Verdadero **(V)** Falso **(F)**

2.-Proceso de Atención de Enfermería es una adaptación del *método de resolución de problemas y de la teoría de sistemas*. Se le puede considerar como un proceso paralelo, aunque separado, del proceso médico. Ambos: a) comienzan con la recogida y el análisis de los datos; b) basan su actuación (intervención o tratamiento) en la formulación de un problema (diagnóstico de enfermería o diagnóstico médico). Verdadero **(V)** Falso **(F)**

3.-Sistemático, Dinámico, Interactivo, Flexible y controversial son las características del proceso de enfermería. **Verdadero (V) Falso (F)**

4.-Los registros Clínicos y la Notas de enfermería son un sistema de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso hasta el alta, con los requerimientos de registro designados, da también a la enfermera una óptima defensa en caso de pleitos y retos legales. **Verdadero (V) Falso (F)**

5.- La norma oficial mexicana del expediente clínico es la NOM-004-SSA3-2012. **Verdadero (V) Falso (F)**

6.- Proyecto MECIC del programa Sectorial de salud 2007- 2012 se plasmaron 4 criterios o componentes más para garantizar la calidad de la documentación de los registros clínicos de enfermería y su implantación total o como guía para mejorar los existentes se establece la Instrucción 187/2009. Los rubros como son: Habitus exterior. Gráfica de signos vitales. Ministración de medicamentos (Fecha, hora, vía prescrita, dosis, nombre de quien aplica el medicamento). Procedimientos realizados: Escala de valoración del dolor: Escala de nivel de riesgo de caídas. Observaciones. Nombre completo y firma de quien elabora.

**Verdadero (V) Falso (F)**

7.- Evalúa la calidad interpersonal por el personal de enfermería, el indicador de enfermería denominado Vigilancia y Control de Venoclisis instala.

**Verdadero (V) Falso (F)**

8.- Los elementos que debe de contener los registros clínicos de acuerdo a la Norma oficial mexicana del expediente clínico. En el criterio 8.1 denominado de los reportes del personal profesional y técnico: describe lo referente a la Hoja de enfermería: deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo: Habitus exterior. Gráfica de signos vitales. Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita. Procedimientos realizados.

**Verdadero (V)**

**Falso (F)**

9.- El llenado correcto de los registros clínicos facilitan el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo; manifestando así el rol autónomo de la enfermería. Dificultan la investigación clínica y docencia de enfermería, así como formular protocolos y procedimientos específicos y necesarios para cada área de trabajo.

**Verdadero (V)**

**Falso (F)**

10.-Proyecto TUNIG puso en el centro de la escena la importancia de las competencias para los procesos de modernización y reforma curricular. Los acuerdos alcanzados a nivel de las áreas del conocimiento sobre el conjunto de competencias específicas han sido retomados por las universidades en los años posteriores más allá del ámbito del proyecto para iniciar procesos de reforma en las instituciones, la profesión de enfermería se definen 27 competencias.

**Verdadero (V)**

**Falso (F)**



**INSTRUCCIONES:** Relaciona la columna de la derecha con la de la izquierda colocando en el paréntesis el número correspondiente a la frase que se relaciona complementemente el párrafo.

<p>1.-La etapa de diagnóstico de enfermería.</p>	<p>( ) Elaborar registrar los cuidados, observaciones, procedimientos en forma oportuna legible, exacta y comprensible, así como los datos de identificación, número de expediente, nombre completo del paciente, servicio y número de cama. Anotar los medicamentos en el espacio correspondiente, presentación, dosis, frecuencia, vía y hora. Registrar la fecha y firma siempre con letra clara, colocando su nombre completo, cada que se realice una anotación y seguida de la rúbrica.</p>
<p>2.- La tercera etapa del proceso de enfermería.</p>	<p>( ) Es un instrumento que permite evaluar si el profesional de enfermería documenta en la hoja de registros clínicos , los datos de identificación del paciente, la valoración de la persona, la detección de riesgos a través de escalas, los diagnósticos de enfermería, los objetivos de resultados, el plan de intervenciones y la evaluación de la persona.</p>
<p>3.-La valoración de enfermería</p>	<p>( ) Consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de un cliente. Esos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para las actuaciones y decisiones que se toman en fases posteriores.</p>
<p>4.-Objetivo de la norma oficial mexicana es</p>	<p>( ) En esta etapa la enfermera ordena, reúne y analiza los datos, y pregunta: ¿Cuáles son los problemas de salud reales o potenciales del cliente que exigen la ayuda de la enfermera?</p>
<p>5.- Cuarta etapa del Proceso Enfermería</p>	<p>( ) Consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería. Durante esa ejecución, la enfermera pone en</p>

6.-El eje central de la enfermería	<p>marcha las medidas de enfermería prescritas o delega la atención en otra persona adecuada, y establece el valor del plan de enfermería.</p> <p>( ) Es constituir un documento legal que permanente verificar: todo lo que ocurre en torno a la persona cuidada, se consigna en ella (tratamientos, medios de investigación, visitas de profesionales, etc.)</p> <p>( ) La enfermera señala en qué medida se han alcanzado los fines/resultados de los cuidados, el plan de cuidados se vuelve a valorar y ello puede producir cambios en cualquiera o en todas las fases anteriores del proceso de enfermería</p>
7.-Indicador de Calidad Registros Clínicos y Notas de Enfermería.	<p>( ) El ser y hacer de la enfermera ha sido abordado por diversos teóricos, los cuales han coincidido en identificar el cuidado como esencia de la profesión, el cuidado se define como “una transacción terapéutica, interpersonal, única y recíproca de orientación presente y futura, que es multidimensional, contextual y refuerza patrones continuos de experiencia, cuyos resultados se pueden resumir en: crecimiento del sujeto del cuidado y del cuidador y aumento del potencial para el autocuidado y se considera:</p> <p>( ) Aprender a conocer. Aprender a hacer. Aprender a vivir juntos.</p> <p>( ) Comprende una serie de pasos con los que la enfermera y el cliente sientan las prioridades y los objetivos o resultados previstos para resolver o minimizar los problemas detectados en el cliente. Colaborando con éste, la enfermera toma determinadas medidas según cada diagnóstico de enfermería.</p>
8.- Recomendaciones de la CONAMED	<p>( ) Aprender a conocer. Aprender a hacer. Aprender a vivir juntos.</p> <p>( ) Comprende una serie de pasos con los que la enfermera y el cliente sientan las prioridades y los objetivos o resultados previstos para resolver o minimizar los problemas detectados en el cliente. Colaborando con éste, la enfermera toma determinadas medidas según cada diagnóstico de enfermería.</p>
9.-Pilares de la Educación	<p>( ) Comprende una serie de pasos con los que la enfermera y el cliente sientan las prioridades y los objetivos o resultados previstos para resolver o minimizar los problemas detectados en el cliente. Colaborando con éste, la enfermera toma determinadas medidas según cada diagnóstico de enfermería.</p>
10.- Quinta etapa del	

Proceso de Enfermería	( ) Proporciona un lenguaje estándar que facilite la comunicación entre los profesionales enfermeros y otros profesionales sanitarios y también con el público. Permite recopilar y analizar información uniforme que permite documentar la contribución de las enfermeras a los cuidados del paciente. Facilita la evaluación y la mejora de los cuidados enfermeros a través de la evaluación de resultado. Favorece el desarrollo del conocimiento enfermero como soporte del proceso de enfermería.
-----------------------	---

Dirección General de Bibliotecas UMO

Anexo 4.- Lista de cotejo del llenado de la hoja de registros clínicos de enfermería

**Instrucciones: Cada ítem será evaluado como positivo si los registros clínicos y notas de enfermería cumplen todos los aspectos a evaluar.**

DATOS HOJA	REQUISITOS DEL LLENADO	CUMPLIMIENTO	
		SI	NO
1.- Fecha	Anotar el día, mes y año con número, utilizando tinta azul.		
2.-Fecha de ingreso	Anotar el día, mes y año con número		
3.-Días de Hospitalización	Pacientes que ingresen antes de las 24 hrs., anotar(o) y a partir del día siguiente el número consecutivo correspondiente		
4.- Seguro Popular	Marcar con una X en el espacio correspondiente (SI), si el paciente es derechohabiente a este servicio y (NO), si no se cuenta con este.		
5.-Número de Expediente	Registrar el número de expediente asignado por el departamento de archivo o servicio de admisión		
6.-Nombre	Anotar el nombre completo del paciente iniciando por el apellido paterno, materno y nombre(s)		
7.-Fecha de Nacimiento	Anotar día, mes y año de nacimiento		

8.-Edad	Anotar los años cumplidos en pacientes mayores de 3 años y en menores de 3 años anotar año y meses.		
9.- Sexo	Marcar con una X el recuadro correspondiente a la "f" femenino o "m" masculino.		
10.-Peso	Anotar el peso en Kilos		
11.- Talla	Marcar la estatura en centímetros utilizando la abreviatura cm.		
12.- Servicio	Anotar el lugar en donde se encuentra el paciente hospitalizado		
13.-Cama	Anotar el número de cama asignado, en caso de cambiar al paciente a otra cama, encerrar entre paréntesis el número anterior y registrar el número nuevo de la cama.		
14.- Diagnóstico o médico	Anotar el diagnóstico médico principal registrado por el médico en el expediente clínico.		

DATOS HOJA	REQUISITOS DEL LLENADO	CUMPLIMIENTO	
		SI	NO
15.- Habitus Exterior	En el recuadro correspondiente al turno anotar la letra marcada en negrita de cada palabra, indicando las características del paciente con respecto al estado de conciencia,		

	piel, comportamiento y movimientos anormales		
16.-Riesgo de caídas	Marque con una palomita en el espacio que indique el grado de riesgo de caídas, valorándolo mediante la escala de Crichton como lo marca el Protocolo para la Prevención de Caídas.		
17.-Riesgo de Ulceras por presión	Marcar con una en el espacio que indique el grado de riesgo de úlceras por presión. Empleando la escala de valoración de riesgo de úlceras por presión Braden.		
18.- Control de Catéter	<p>Para identificar el sitio donde se localiza instalado el catéter periférico marque el número que corresponda.</p> <p>(1) Miembro Superior Derecho  (2) Miembro Superior Izquierdo  (3) Miembro Inferior Derecho  (4) Miembro Inferior Izquierdo</p> <p>Y marque con una palomita los catéteres centrales CVC yugular, PICC Braquial, CVC subclavio se encuentran instalados del lado derecho o izquierdo. Como lo sugiere el protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central</p>		

	permanente.		
19.-Control de sondas	Documente la fecha de instalación de la sonda iniciando con el día, mes y año y coloque en el paréntesis el número consecutivo correspondiente a los días de instalación		
20.-Control de cánulas	Documente la fecha de instalación de la cánula iniciando con el día, mes y coloque en el paréntesis el número consecutivo correspondiente a los días de instalación.		

DATOS HOJA	REQUISITOS DEL LLENADO	CUMPLIMIENTO	
		SI	NO
21.- Estudios de gabinete	Escriba las abreviaturas de los estudios solicitados, coloque una paloma delante de estos cuando ya se tomaron y mencione el mismo estatus al concluir cada turno, colocando (P/E) si está pendiente tomar el estudio, (P/R) si está pendiente recabar el resultado.		
22.- Estudios de Laboratorio	Coloque una paloma delante de las abreviaturas de los estudios solicitados cuando estos ya se tomaron y mencione el mismo estatus al concluir cada turno, colocando (P/E) si está pendiente tomar el estudio, (P/R) si está		

	pendiente recabar el resultado.		
23.- Lesiones Corporales	<p>Marcar con un círculo en la figura el sitio de la lesión. Y anotar en el espacio correspondiente el tipo de lesión que corresponde, el tamaño en centímetros, en el apartado de estado marque con una cruz (1) si la lesión se encuentra sin datos de infección o un (2) si se encuentra con datos de infección, en caso de tener exudado la lesión anotar las características del mismo.</p>		
24.- Valoración del Dolor	<p>En el paciente pediátrico marcar con una (X) utilizando el color de la Tinta del turno la carita que expresa el dolor por el niño.</p> <p>En los adultos marcar (X) utilizando el color de la tinta del turno la frase correspondiente a la intensidad referida por el paciente., la cual se encuentra debajo de los números.</p> <p>Es válido marcar varias veces la misma cara y la misma frase.</p> <p>Se omitirá esta valoración en el paciente que se no se encuentre valorable por sus condiciones patológicas.</p> <p>Posteriormente anotar la hora en la que se realizó la valoración y la</p>		



	región anatómica donde se localiza este.		
--	--	--	--

DATOS HOJA	REQUISITOS DEL LLENADO	CUMPLIMIENTO	
		SI	NO
25.- Resultados de Labstix	Anotar los datos que marca la tira reactiva		
26.- Signos Vitales (pulso y temperatura corporal)	Marcar los puntos en el sitio en el que coinciden las cifras obtenidas en los cuadrantes correspondientes al pulso (con tinta azul), y la temperatura (con tinta roja) guardando la relación con la hora en la que se realiza la toma, uniéndose con las líneas correspondientes los puntos para conformar las gráficas.		
27.- Tensión Arterial	Anotar en el espacio correspondiente a la hora de la toma las cifras obtenidas de la medición al paciente.		
28.- Tensión Arterial Media	Anotar en el espacio y la hora de correspondiente la Tensión Arterial Media que se obtiene de la fórmula:		

(TAM)	2(TAD+TAS/3 o anotar la cifra que registra el monitor cardiaco.		
29.- Frecuencia Respiratoria	Anotar en cada espacio la cifra obtenida		
30.- Pulsioximetría	Registrar la saturación de O2 que marca el pulso-oxímetro, utilizando el color de la tinta correspondiente al turno.		
31.-Presión Venosa Central (PVC)	Anotar la cifra correspondiente en centímetros de agua en el horario de la toma.		
32.- Presión Intra- Abdominal	Anotar la cifra correspondiente en centímetros de agua en el horario de la toma.		
33.- Perímetro cefálico	Anotar la cifra correspondiente en la medición en cm. En el horario correspondiente en los pacientes que este indicado.		
34.- Perímetro abdominal	Anotar la cifra correspondiente en cm. En el horario correspondiente en los pacientes que este indicado.		
35.- Puntaje de Glasgow	Considerando la escala de valoración anotar en el espacio correspondiente el puntaje general obtenido de la sumatoria de la apertura ocular, respuesta motora y		

	respuesta verbal, esto aplica para adulto como para el pediátrico.		
--	--	--	--

DATOS HOJA	REQUISITOS DEL LLENADO	CUMPLIMIENTO	
		SI	NO
36.- Glicemia Capilar	Anotar la cifra obtenida en el glucómetro en mg/dl en el horario de la toma según indicación.		
37.- Diagnóstico s de enfermería (Plan de cuidados)	Anotar los diagnósticos de enfermería que se redactan utilizando la Taxonomía NANDA y se vincula con el NIC para establecer el plan de cuidados		
38.- Prescripción médica	Anotar el tipo de dieta de acuerdo a la prescripción medica		
39.- Soluciones Parenterale s y hemoderiva dos	Anotar el tipo de solución intravenosa indicada. Registrar frecuencia y horario de aplicación y registrar en el recuadro al cierre del turno lo que resta de la solución o hemoderivado.		
40.- Medicament os	Anotar los medicamentos indicados por el médico, iniciando con los antibióticos (Utilizar tinta de color rojo). Describir la dosis y el horario establecido para su administración de los demás medicamentos y al momento de aplicarlos encerrar con		

	un círculo el horario de aplicación con la tinta del turno correspondiente.		
41.- Insulina	Anotar el tipo de insulina y unidades indicadas por el médico.		
42.-Control de Líquidos.	Registrar la cantidad en mililitros (ml) de los ingresos del paciente en el horario y con la tinta que corresponde a cada turno.		
43.- Balance Hídrico	Cada turno realizará el registro de ingresos y egresos, el balance parcial y el turno nocturno realizara el balance de 24 hrs.		
44.- Observaciones de enfermería (evaluación)	En este espacio se debe realizar un resumen del estado del paciente considerando sus necesidades capacidades, limitaciones y los cuidados que el personal de enfermería realizó incluyendo su plan de alta. Por ello es importante que se redacte con letra legible, sin abreviaturas, sin faltas de ortografía, con la tinta correspondiente al turno y finalmente anotar el nombre completo de la enfermera y su firma. Si la paciente fue egresada el mismo turno por diferentes servicios, deben anotar el nombre y firma de cada servicio al realizar sus observaciones.		

DATOS HOJA	REQUISITOS DEL LLENADO	CUMPLIMIENTO	
		SI	NO
45.- Oxigeno- terapia/ Parámetros de ventilación	<p>En este rubro se anotará lo solicitado empleando cuando así corresponda la información de programación del ventilador o del dispositivo de aplicación de oxígeno.</p> <p>1) Dispositivo de aplicación Oxígeno: se refiere al equipo empleado para ministrar oxígeno que va desde la cánula nasal (puntas nasales), la mascarilla facial, la mascarilla con reservorio, tienda facial, casco cefálico, ventilador mecánico.</p> <p>2) Límite máximo de Presión/Flujo Máximo de inyección de oxígeno: se refiere a la velocidad de suministro del gas, persigue regular la relación inspiración expiración.</p> <p>3) <b>Modalidad:</b> Se refiere a la forma en la que el ventilador brinda soporte ventilatorio. -Ventilación mandatoria controlada(CMV)</p>		

	<p>-Ventilación mandatoria asisto-controlada (CAMV).</p> <p>-Ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV)</p> <p>-Ventilación controlada por presión ( PCV )</p> <p>-Ventilación por soporte de presión ( PSV )</p> <p><b>6) Volumen corriente/Presión</b></p> <p><b>Volumen:</b> se refiere a la cantidad de gas que inyecta el ventilador, se programa en un rango de 7 hasta 10 ml/kg de peso del paciente y se selecciona únicamente en ventiladores de volumen.</p> <p><b>Presión:</b> Se refiere a la fuerza con la que el ventilador inyecta el gas, se selecciona en los ventiladores de presión programando una presión suficiente para dar un volumen adecuado.</p>		
--	--	--	--

## Anexo 5.- Registro clínico de valoración, diagnósticos e intervención de enfermería (U500/DSMH-E/F01)

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO JEFATURA DE ENFERMERÍA 2º NIVEL DE ATENCIÓN REGISTRO CLÍNICO DE VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA																										
Fecha: / /	Fecha Ingreso: / /	Días de Hospitalización: / /	Seguro Popular: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nº Expediente: / /																						
Nombre: / /	F. de Nacimiento: / /	Edad: /	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Peso: /	Talla: /																					
Servicio: /	Cama: /	Diagnóstico Médico: /																								
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA																										
HABITUS EXTERIOR			CONTROL DE CATÉTERES			LESIONES CORPORALES:																				
Estado de conciencia	M	V	N	Catéter	Sitio	Intentos	Localización en Región Antero-Posterior																			
Consciente, Orientado				Catéter Venoso Central Yugular	Der Izq																					
Somnolencia, Estupor				Catéter Venoso Central Subclavio	Der Izq																					
Inconsciente, Coma				Catéter Central de Inserción Percutánea Braquial	Der Izq																					
Muerte cerebral				Catéter Tunelizado																						
Piel	M	V	N	Catéter de Implantación																						
Normal, Pálida				Catéter Periférico																						
Ictérica, Cianosis																										
Rubicunda, Petequias																										
Diaforética																										
Comportamiento	M	V	N	Control radiológico	Si	No																				
Tranquilo, Cooperador				Fecha de instalación	( )	( )																				
Retraído, Angustiado				Instala	( )	( )																				
Alterado, Agresivo																										
Indiferente, Depresivo																										
Posición			CONTROL DE SONDAS			VALORACIÓN DE DOLOR																				
Voluntaria, Involuntaria	M	V	N	Sondas	Calibre	Fecha Instalación																				
Movimientos Anormales	M	V	N	Sonda Oro gástrica	( )	( )																				
Convulsivos				Sonda Naso gástrica	( )	( )																				
Temblores, Tics				Sonda Vesical	( )	( )																				
Constitución Física	M	V	N	Sonda Pleural	( )	( )																				
Fuerte, Media, Débil				Otro:	( )	( )																				
Alergia a:				Otro:	( )	( )																				
RIESGO DE CAÍDA			CONTROL DE CÁNULAS			VALORACIÓN DE DOLOR																				
Escala:	M	V	N	Cánula	Calibre	Fecha Instalación																				
Alto Riesgo (4-10)				C. Endotraqueal	( )	( )																				
Mediano Riesgo (2-3)				C. de Traqueostomía	( )	( )																				
Bajo Riesgo (0-1)				Otro:	( )	( )																				
RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN			ESTUDIOS DE GABINETE			LABORATORIOS																				
Escala:	M	V	N																							
Riesgo Alto (< 12)																										
Riesgo Moderado (13-14)				BH	ES	EGO																				
Riesgo Bajo (> 15)				QS	TP, TPT	OTRO:																				
Resultado de Labstix:						Hora / Puntaje			Mat:	Vesp:	Noct:															
Resultados de Labstix:						Localización de Dolor																				
Signos Vitales																										
Pulso	Temperatura	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	
150	40																									
140	39.5																									
130	39																									
120	38.5																									
110	38																									
100	37.5																									
90	37																									
80	36.5																									
70	36																									
60	35.5																									
50	35																									
<50	<35																									
Tensión Arterial																										
Tensión Arterial Media																										
Frec. Respiratoria																										
Pulsoximetría																										
Presión Venosa Central																										
Presión Intra Abdominal																										
Perímetro Cefálico																										
Perímetro Abdominal																										
Puntaje Glasgow																										
Glicemia Capilar																										

CONTROL DE LÍQUIDOS																											
INGRESOS	8	9	10	11	12	13	14	Total	15	16	17	18	19	20	Total	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	Total
Dieta																											
Sol. Base																											
Cargas																											
Med. I.V.																											
Med. I.M.																											
Med Enterales																											
EGRESOS	8	9	10	11	12	13	14	Total	15	16	17	18	19	20	Total	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	Total
Orina																											
Evacuación																											
Res. Gástrico																											
Vómito																											
Secreciones																											
Estomas																											
Muestras lab																											
BALANCE HIDRICO																											
	Turno Matutino								Turno Vespertino								Turno Nocturno										
Ingresos:	Egresos:							Ingresos:	Egresos:							Ingresos:	Egresos:										
Balance	Balance							Balance	Balance							Balance	Balance										
Balance de 24hrs:																											
OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA (EVALUACIÓN)																											
	Turno Matutino								Turno Vespertino								Turno Nocturno										
Orientación al paciente y plan de alta sobre:	Orientación al paciente y plan de alta sobre:							Orientación al paciente y plan de alta sobre:							Orientación al paciente y plan de alta sobre:												
Pendientes	Pendientes							Pendientes							Pendientes												
Nombre:	Nombre:							Nombre:							Nombre:												
Firma:	Firma:							Firma:							Firma:												





OXIGENOTERAPIA / PARÁMETROS DE VENTILACIÓN MECÁNICA												
Hora	Disp. de aplic. de O2	Fecha de recambio	FiO2	LMP/ Flujo	Modalidad	Vol. corriente/ presión	Frecuencia	PEEP/ CPAP	Sensibilidad	Relación I:E	Nebulización con: (Medicamento)	Asp. de secreción
8												
10												
12												
14												
16												
18												
20												
22												
24												
2												
4												
6												

ESCALA DE CRICHTON (VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA)			ESCALA DE COMA DE GLASGOW Y ESCALA MODIFICADA		
PARÁMETRO A EVALUAR	CALIFICACIÓN	CRITERIOS	Adulto/ mayor 1 año		Menor 1 año
			PUNTAJE		
Limitación física	2	Presenta cualquier factor de riesgo señalado como limitante	Apertura Ocular		
			Espontánea	4	Espontánea
			Respuesta a la voz / a la orden verbal	3	Con grito
Estado mental alterado	3	Presenta factores de riesgo para estado mental alterado	Respuesta al dolor	2	Respuesta al dolor
			Sin respuesta	1	Sin respuesta
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2	Requiere o inicia tratamiento con uno o más medicamentos de riesgos señalados	Respuesta Verbal		
			Orientado / charla	5	Llanto / balbucea
			Desorientado / palabra confusa	4	Llanto consolable
			Palabras inusuales / inadecuada	3	Gritos y llantos persistente
Problemas de idioma o socioculturales	2	Habla otro idioma o dialecto o presenta problemas que dificultan la comunicación	Sonido incomprensible / quejido	2	Gruñido, agitación o inquietud
			Sin respuesta	1	Sin respuesta
			Respuesta Motora		
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1	No presenta ninguna de los factores de riesgo anteriores pero está hospitalizado	Obedece / espontánea	6	Movimientos espontáneos
			Localiza el tacto	5	Retira al tocar
			Localiza el dolor / defensa	4	Retira al dolor
<b>Escala</b>	<b>Puntos</b>	<b>Tarjeta</b>	Flexión anormal / rigidez / decorticación	3	Flexión anormal / rigidez / decorticación
Alto Riesgo	4 - 10	Roja	Extensión anormal / descerebración	2	Extensión anormal/ descerebración
Mediano Riesgo	2 - 3	Amarilla	Sin respuesta	1	Sin respuesta
Bajo Riesgo	0 - 1	Verde	Puntaje máximo a otorgar es de 15		

ESCALA BRADEN	ESCALA DE VALORACIÓN RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN				CRITERIOS
	1	2	3	4	
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos
Exposición a la humedad	Constantemente húmeda	Húmeda con frecuencia	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda	Grado de humedad de piel
Actividad	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente	Grado de actividad física
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	Control de posición corporal
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente	Patrón de ingesta alimentaria
Riesgo de lesión cutánea	Problema	Problema potencial	No existe problema aparente	/////	Roce de piel con sábanas

PUNTOS Y CÓDIGO PARA LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS		
Escala	Puntos	Tarjeta
Riesgo Alto	< 13	Roja
Riesgo Moderado	De 13-14	Amarilla
Riesgo Bajo	> 15	Verde

Anexo 6.- Recursos materiales y financieros

<b>Recurso Humano</b>	Cantidad	Costo Unitario	Costo total
Investigador	218 hrs.	\$ 60.00 (salario por Hrs.)	\$ 13,080.00
Director de tesis	96hrs.	\$150(salario por Hrs.)	\$ 14,400.00
Asesor Estadístico	30hrs.	\$150(salario por Hrs.)	\$ 4,500.00

<b>Recursos materiales</b>	Cantidad	Precio Unitario	Total
Computadora	Una	\$ 7.000.00	\$ 7000.00
Impresora Laser	Uno	\$ 2000.00	\$ 2000.00
Tóner	Dos	\$ 400.00	\$800.00
Hojas papel Bon blanco Tamaño Carta	1000 hojas	\$ 60.00	\$120.00
Hojas papel Bon blanco Tamaño Doble carta. 17 X 22" (43.2 X 55.8 CM)	1 - 500 hojas	\$ 130.00	\$390.00
Impresión de Formato de Registros Clínicos	1500 hojas	\$7,500.00	\$7,500.00
Laptop	Una	\$7,000.00	\$7,000.00
Cañón de Proyección	Uno	\$ 35,000.00	\$ 35,000.00
Material consumible	20 pza.	\$3.00	\$60.00
Lápiz.	20 pza.	\$5.00	\$100.00
Plumas			
Otros gastos Transporte (gasolina)	\$120.00 por sesión	13 sesiones de programa educativo.	\$1500.00
<b>Total : \$ 93,450.00</b>			

Anexo 7.- Operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	Escala
Sociodemográfica	Son las características o atributos de los sujetos que son seleccionados para describir la muestra.	Se hace referencia en el instrumento de investigación del examen previo a la intervención educativa de las características sociodemográfica del participante como género, edad en el momento de su partición, el nivel de escolaridad como pasante de enfermería, la experiencia previa	Sexo	Hombre Mujer	Nominal
			Edad	Años cumplidos	Intervalo
			Nivel escolaridad	- Secundaria-Carrera Técnica. - Preparatoria -carrera Técnica. - Preparatoria -pregrado.	Intervalo

		como enfermero en unidades de segundo nivel de atención es presada en años, y el turno al que ha sido asignado para desempeñarse como pasante de enfermería del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.	Experiencia Laboral	0-4 / 5-10	Intervalo
			Turno	Matutino Vespertino Nocturno Especial.	Ordinal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Escala
<b>Modelo educativo por competencias</b>	El modelo educativo se fundamenta en la teoría de la educación basada en competencias desde un enfoque holístico que enfatiza en el desarrollo constructivo de habilidades, conocimientos y actitudes que permitan a los estudiantes insertarse adecuadamente en la estructura laboral y adaptarse a los cambios y reclamos sociales.	Es la adopción de un sistema de trabajo que permite a un individuo ampliar sus capacidades para transformar su conocimiento previo en habilidades y actitudes para cumplir con los requisitos en su	<b>Conocimiento</b> <b>Saber:</b> Hechos o información adquiridos por un ser vivo a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto de referente a la realidad. <b>Habilidades</b>	Destacado 9-10 "A" Satisfactorio 8 "B" Suficiente 7-6 "C" Insuficiente < 5 "D"  91-100 % Nivel cumplimiento de	Ordinal

		entorno laboral.	<p><b>Saber Hacer:</b> Es la aptitud innata, talento, destreza o capacidad que ostenta una persona para llevar a cabo y por supuesto con éxito, determinada actividad, trabajo u oficio.</p> <p><b>Actitudes</b></p> <p><b>Saber Ser o saber estar:</b> Es la disposición voluntaria de una persona</p>	<p>Excelencia</p> <p>85-90%</p> <p>Nivel de cumplimiento</p> <p>o.</p> <p>75 -84%</p> <p>Nivel de cumplimiento Parcial</p> <p>70-74 %</p> <p>Nivel de cumplimiento mínimo.</p>
--	--	------------------	---	--

			frente a la existencia general o a un aspecto particular de esta.	< 70% Nivel de no cumplimiento.	
--	--	--	---	---------------------------------	--

Dirección General de Bibliotecas UAO



Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Escala
Nivel de cumplimiento en los registros clínicos	Los registros clínicos de enfermería son el testimonio documental sobre actos y conductas profesionales, donde queda registrada toda la información sobre la actividad de enfermería, la cual hace referencia al paciente, su diagnóstico, tratamiento y evolución Norma Oficial NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico.  Publicada en Octubre	Nivel de cumplimiento en el registro a partir de los ocho criterios del Proyecto MECIC.	1.- Habitus exterior 2.- Grafica de signos vitales 3.- ministración de medicamentos (fecha, hora, vía prescrita, dosis, nombre de quien aplica el medicamento) 4.- Procedimientos realizados 5.- Escala de valoración del dolor 6.- Escala de nivel de riesgos de caídas. 7.- Observaciones	91-100 % Nivel cumplimiento de Excelencia 85-90% Nivel de cumplimiento significativo. 75 -84% Nivel de cumplimiento Parcial 70-74 % Nivel de cumplimiento	Ordinal

	2012		8.- Nombre completo y firma de quien elabora el registro.	mínimo. < 70% Nivel de no cumplimiento	
--	------	--	---	---	--

Dirección General de Bibliotecas UNQ