



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ÁREAS DE OPORTUNIDAD EN REGISTROS DE LA HOJA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA

TESINA

Para obtener el diploma de

**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA OPCIÓN TERMINAL:
ATENCIÓN AL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO**

PRESENTA

L.E.O. ROSALBA RODRÍGUEZ MORALES

DIRECTORA DE TESINA

M.E. DULCE KRYSTAL DAMIÁN MENDOZA

Cuernavaca, Mor Enero del 2020



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

JEFATURA DE POSGRADO

Cuernavaca Mor., 24 de Enero del 2020
ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ
JEFE DEL PROGRAMA DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
PRESENTE

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesina titulada: **ÁREAS DE OPORTUNIDAD EN REGISTROS DE LA HOJA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA**, trabajo que presenta la **L.E.O. RODRÍGUEZ MORALES ROSALBA**, quien cursó el POSGRADO: **ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA OPCIÓN TERMINAL: ATENCIÓN AL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS			
	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME	<i>Edith Ruth Arizmendi Jaime</i>		
E.E. IVONNE PATRICIA TORRES PAZ	<i>Ivonne P. Torres Paz</i>		
M.E. DULCE KRYSTAL DAMIÁN MENDOZA	<i>[Firma]</i>		
M.S.C. MIRIAM TAPIA DOMÍNGUEZ	<i>[Firma]</i>		
DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ	<i>Abigail Fernández Sánchez</i>		

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

Calle Pico de Orizaba No. 2, Col. Los Volcanes, C.P. 62350, Cuernavaca, Morelos, México
Tel.: 3-22-96-32/3-29-70-00 ext.3335 y 7963 Correo: enfermeria@uaem.mx WEB: www.uaem.mx/enfermeria



C/c. Archivo
RLFB

Una universidad de excelencia

RECTORÍA
2017-2023

**ÁREAS DE OPORTUNIDAD EN REGISTROS DE LA
HOJA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por su infinito amor, bondad, por darme, salud, trabajo y estar conmigo en cada momento, cuando estuve a punto de caer, el con su mano me acobijo, me levanto y le dio fortaleza a mi corazón para seguir hasta el final, el haberme puesto a las personas correctas en mi camino que fueron mi soporte y compañía durante este periodo.

A MI MADRE

Gracias a mi madre por creer y confiar en mí, gracias a Dios por la vida de mi madre, y gracias a la vida por permitirme verla y disfrutar cada día a su lado y ver mis metas culminadas.

A MI FAMILIA:

Guillermo mi esposo, por limpiarme mis lágrimas cuando lo único que me quedaba era llorar, y ver como se alargaban las horas y no veía el final. A mis hijos Rocio y Guillermo, por todas mis ausencias, por no estar con ellos cuando más me necesitaron, llegar cansada, de no tener cabeza para sus necesidades, agradezco su paciencia y comprensión por estar siempre conmigo luchando pie a pie para seguir adelante.

Les agradezco por todo, en especial por ser los principales benefactores del desarrollo de mi tesis.

A MIS MAESTRAS:

Por su gran apoyo por sus enseñanzas adquiridas y profesionalismo, gracias por la ayuda para la culminación de esta especialidad

Agradezco a la Dra. Clara Irene Hernández Márquez por su apoyo, paciencia y asesorías para la realización de esta especialidad

Agradezco a mi directora de tesis la M.E. Dulce Krystal Damián Mendoza por su asesoría por brindarme tiempos, conocimientos y paciencia para la elaboración de esta tesis, gracias por sus horas extras, por dedicarme sus días de descanso, que gracias a su tenacidad se vio culminado este trabajo.

RESUMEN

Introducción: El formato de registros clínicos de enfermería es un documento ético-legal, en el cual se refleja la evidencia escrita de los cuidados otorgados por los profesionales de Enfermería. Representan un medio de comunicación y coordinación entre enfermeras, enfermeros y profesionales de la salud. La realización adecuada permite la continuidad de los cuidados y promueve la seguridad del paciente. **Objetivo:** Identificar las áreas de oportunidad en los registros de la hoja de enfermería, de una unidad hospitalaria, tomando en consideración el turno, servicio y categoría del personal de enfermería. **Metodología:** Es un estudio cuantitativo, descriptivo, ecológico. Se realizó la búsqueda de información con respecto a la temática en distintas bases de datos. Consultando la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente clínico; la NOM-019-SSA3, para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud; las consideraciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); así como la teoría de Florence Nightingale. Con ello se consideró la normativa para el llenado del formato de registros clínicos de enfermería, vigente para una Unidad Hospitalaria perteneciente a una unidad médica de segundo nivel de atención del sector público. Se diseñó una lista de cotejo con 180 ítems, que corresponden al formato de registros clínicos de enfermería, para la evaluación del llenado de la misma.

Palabras claves: Registros clínicos de Enfermería, Marco legal, áreas de oportunidad

SUMARY

Introduction: The format of clinical nursing records is an ethical-legal document, which reflects the written evidence of the care granted by nursing professionals. They represent means of communication and coordination between nurses, nurses man and health professionals. Proper performance allows continuity of care and promotes patient safety. **Objective:** To identify the areas of opportunity in the records of the nursing sheet, of a hospital unit, taking into consideration the shift, service and category of the nursing staff. **Methodology:** It is a quantitative, descriptive, ecological study. We searched for information regarding the subject in different databases. Consulting NOM-004-SSA3-2012, of the Clinical File; NOM-019-SSA3, for Nursing Practice in the National Health System; the considerations of the National Commission of Medical Arbitration (CONAMED); like this Florence Nightingale theory. With this, the regulations for the filling of the nursing clinical records format, in force for a Hospital Unit belonging to a second level medical unit of the public sector, were considered. A checklist was designed with 180 items, which correspond to the nursing clinical records format, for the evaluation of its filling.

Keywords: Nursing clinical records, Legal framework, opportunity areas.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I MARCO TEÓRICO.....	3
1.1 ANTECEDENTES	3
1.2 LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA	4
1.3 INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA	9
1.4 MARCO LEGAL.....	11
1.4.1 Norma Oficial Mexicana, NOM – 004-SSA3-2012, Del expediente clínico.....	11
1.4.2 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud	15
1.5 LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO (CONAMED)	18
1.6 FLORENCE NIGHTINGALE	20
CAPITULO 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
2.1 JUSTIFICACIÓN.....	27
CAPITULO III. OBJETIVOS.....	28
OBJETIVO GENERAL:.....	28
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	28
CAPITULO IV PROPUESTA A IMPLEMENTAR	29
DIFUSIÓN DE UN PLAN DE MEJORA EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA	29
Objetivo:	29
Material y métodos	29
CONCLUSIONES	35
ORGANIZACIÓN DE VARIABLES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo propone un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo, ecológico, utilizando como fuente de información los registros clínicos de enfermería de un Hospital General del sur de Morelos en el periodo de enero a abril del 2020. Que tiene como principal objetivo, Mejorar los registros de la hoja de enfermería, mediante la aplicación de un plan de mejora en una unidad hospitalaria, específicamente en los servicios de urgencias adulto, medicina interna, cirugía general y traumatología.

Se espera con este trabajo el personal de enfermería les dé la importancia a los registros clínicos de enfermería y lo que estos representan para la continua atención del cuidado del paciente.

En la primera parte se presenta el marco teórico, puntualizando la importancia de los registros clínicos de enfermería, a nivel internacional en el Perú, actualmente obedece a la exigencia de orden legal establecidas en la “Ley del Trabajo de la Enfermera Peruana”, Ley 27669 y reconocida por el Ministerio de Salud, al presentarlo como un indicador hospitalario de calidad de los registros de enfermería en Especialidades, basado en el método para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente, así como las intervenciones y observaciones, y evaluación que realiza la enfermera.

También se conoce como estructura o siglas del registro de enfermería (SOAPIE) considerado un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud y en México se describe los puntos en la Norma Oficial Mexicana NOM – 004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en lo conducente a los criterios establecidos que inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados; y la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud, que precisa los atributos y responsabilidades que deberán

cumplir los profesionales de enfermería y tomando en cuenta en consideración las acciones esenciales para la seguridad del paciente.

Se hará mención de las atribuciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos, donde también se ve involucrado el personal de enfermería en las omisiones en los registros de enfermería. Asimismo, se presentan una breve revisión de la importancia de la teoría en la práctica profesional de la enfermería de Florence Nightingale, la cual subraya en su libro, notas de enfermería la importancia de observar para dar mejor calidad de atención a los pacientes, así mismo plasmarlos en los registros de enfermería

En la segunda parte se presenta el planteamiento del problema, y los objetivos generales y específicos, así como la justificación; en los cuales se exponen los motivos que dan origen al desarrollo del presente documento.

En la tercera parte se presenta una propuesta a implementar con una cédula de evaluación de 180 ítems, para la evaluación de los registros clínicos de enfermería, que tiene por objetivo permitir la identificación de las áreas de oportunidad en los formatos de registros clínicos de enfermería de una unidad hospitalaria de segundo nivel, en el estado de Morelos.

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

En los años ochenta comienza a aparecer un creciente interés por la documentación y los registros de enfermería, de forma paralela a la creación del título de Diplomado Universitario en Enfermería.

Como repercusión de este hecho se produce un cambio en la concepción del profesional, de enfermería que con anterioridad y durante un largo período histórico fue definido como un profesional subordinado a otros, con actividades delegadas, y pasó a ser un profesional con un ámbito de autonomía propio. Surgiendo entonces la necesidad de contar con documentos escritos todas aquellas actividades de enfermería en los cuales se reflejará la autonomía y la aportación concreta de estos profesionales (Fernández Molina & et al, 2003).

En 1954 la Secretaría de Salubridad y Asistencia creó la Dirección de Enfermería, cambiando en 1972 a oficina de Asesoría de Enfermería; posteriormente desapareció, lo que motivó que durante más de una década no existiera representante de enfermería en el área normativa de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En 1992 inicia la conformación Interinstitucional de Enfermería integrada por una coordinadora y 12 organismos participantes. Durante este periodo que abarcó hasta 1996 destaca el hecho de haber llevado a cabo el "1er. Taller Nacional para la Reestructuración de Enfermería".

De 1996 a la fecha, la Comisión Interinstitucional de Enfermería ha venido trabajando en forma constante, organizada y consensuada.

En 2007, se publica en el diario oficial federal (DOF), el acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería, como un cuerpo colegiado asesor de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto conducir y analizar las acciones y actividades que se emprendan en materia de enfermería, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, desarrollo y superación del personal de enfermería.

En México en 2008, se creó la Red Mexicana de pacientes con el apoyo de la organización mundial de la salud (OMS) participaron pacientes que han sufrido un evento adverso, la comisión nacional de arbitraje médico (CONAMED), representantes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la universidad nacional autónoma de México (UNAM), la Comisión Permanente de Enfermería de la Secretaría de Salud y otras organizaciones.

1.2 LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

El registro clínico de enfermería es el reporte escrito en el que se plasma la atención que se brinda de una forma completa, y se basa en una valoración y planeación del cuidado de acuerdo con las necesidades de la persona con la finalidad de otorgar un cuidado de calidad, es un documento ético-legal que refleja la función de enfermería en el cuidado, pues recaba la información sobre el estado de salud del paciente durante su estancia hospitalaria. Al considerar lo anterior resulta prioritario que tanto las hojas de enfermería como los registros que el personal del área de la salud realiza en, ellas; sean adecuados y que revelen la efectividad del cuidado proporcionado (López Cocotle & et al, 2018).

Los registros de enfermería son el soporte documental de la atención de enfermería, en el cual queda plasmada la información; acerca de las diversas actividades realizadas en relación al paciente, estos facilitan el intercambio de información, sobre los cuidados, promueven la comunicación entre enfermería y otros miembros del equipo de salud, al mismo tiempo que aportan elementos para evaluar el proceso de atención (Mejía Delgado & et al, 2011).

Al realizar un registro del cuidado debe consignarse toda la información del turno relativa de un paciente y resumir todos los procesos a que ha sido sometido, tanto para constatar su actuación, como para facilitar el posible seguimiento por parte de otros colegas (Ortiz Carrillo & Chávez, 2006).

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

Los formatos para el registro de la atención de enfermería deben responder a las actualizaciones vigentes en materia normativa. Tienen la tarea de evidenciar la productividad del personal y reflejar de manera objetiva la aplicación del proceso de enfermería percibido como instrumento científico de trabajo (López Cocotle & et al, 2018).

Las notas son una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos, tanto personales como familiares que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad o estado de salud actual (Ortiz Carrillo & Chávez, 2006).

Benavent sustenta que los “registros de enfermería favorecen el desarrollo de la disciplina, pero además posibilita el intercambio de información sobre cuidados. Hacer el registro de los cuidados que la enfermería proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales, deben conocer no sólo el adecuado cumplimiento de los registros sino también la legislación vigente que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud (García Ramírez & et al, 2007).

La ausencia del registro de los cuidados que se brindan a un paciente, puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si el profesional de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones como también de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión (López Cocotle & et al, 2018).

Asimismo, los registros desde el punto de vista legal constituyen una prueba objetiva de los actos del personal de enfermería tal como se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM – 004-SSA3-2012, Del expediente 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. De acuerdo con el estudio de Mejía y colaboradores, se identificaron algunas deficiencias en los registros de enfermería como la omisión del nombre y firma del personal que realizó el registro, la hora en que fueron realizadas las intervenciones, así como tachaduras.

Uno de los factores que favorecen errores son la falta de inducción al puesto y capacitación continua o actualización de conocimientos, sobre todo al personal de nuevo ingreso o bien cambio de servicio donde se requiere de experiencia o de capacidades desarrolladas.

En la actualidad, el número de profesionales de enfermería que dan relevancia al contenido riguroso de las notas de enfermería no es evidente, tal como lo muestra una investigación realizada en la ciudad de Cartagena en una institución hospitalaria, en la cual se estimó que el 14 % de los enfermeros y el 63 % de los auxiliares de enfermería no registran en la nota de enfermería, la educación brindada al paciente durante su atención; además de ello, las notas eran realizadas por auxiliares de enfermería, quienes en un 30% no registraban el estado general del paciente; de igual forma, se encontró que entre el 27 y 70 % de enfermeros y auxiliares de enfermería, respectivamente, no registraban la evolución del paciente durante el turno; aunado a ello, el 3 y el 35 % de enfermeros y auxiliares de enfermería no registraban en la nota el estado y la condición en que se dejaba al paciente en cada turno, mientras que un 67 % de los enfermeros y un 66 % de los auxiliares en enfermería no describían el comportamiento y las reacciones del paciente ante los procedimientos realizados (Fernández S, Cartagena, 2012.).

Cabe anotar que la calidad de los registros de enfermería, en especial de la nota de enfermería, muestra la calidad del cuidado brindado. Para situarnos en este contexto debemos entender lo que es “calidad”. Algunos autores la definen como un proceso que debe responder a las necesidades y expectativas de las personas, debe ser consistente y profesional, eficiente y productivo, con trato personalizado no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente, que impacte en el cliente y en el mercado (Álvarez Cano, Barrera Arcila, & Madrigal Ramírez, 2007).

Otros la definen como un proceso que debe responder a las necesidades y expectativas de las personas, debe ser consistente y profesional, eficiente y productivo, con trato personalizado no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente, que impacte en el cliente y en el mercado (Álvarez Cano, Barrera Arcila, & Madrigal Ramírez, 2007).

El profesional de enfermería recibe durante su formación universitaria los componentes teóricos básicos sobre la importancia y uso de los registros de enfermería y de cómo estos demuestran la ejecución del cuidado administrado al cliente, así como demostrar el nivel de productividad en la prestación de servicios (Bautista Rodríguez & et al, 2016).

Los profesionales de enfermería, deben ser los más conscientes de su importancia, y relevancia, así como conocer la adecuada forma de cumplimiento, las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión, como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que se deben asumir en el trabajo diario, justificando la existencia de manuales y protocolos de enfermería en el proceso asistencial.

Por lo tanto, sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza, podrán transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinario y profesional (García Ramírez & et al, 2007).

Dentro de los registros clínicos de enfermería encontramos los indicadores de calidad, son instrumentos de medición, basados en hechos y datos, que permiten evaluar la calidad de los procesos, productos y servicios para asegurar la satisfacción de los clientes, es decir, miden el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso empresarial.

1.3 INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA

Actualmente los cuidados que brinda el personal de enfermería se mide a través de seis indicadores, de calidad (Tabla 1. INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA), que se encuentran implícitos en los formatos de los registros clínicos de enfermería, los cuales se emplean para dejar evidencia de los cuidados de la práctica profesional diaria.

INDICADORES DE CALIDAD	
1.- MEDICAMENTOS VIA ORAL El personal de enfermería debe cumplir con 7 criterios para la administración de medicamentos vía oral	<ul style="list-style-type: none"> • Prescripción correcta • Medicamento correcto • Paciente correcto • Dosis correcta • Vía correcta • Hora correcta • Frecuencia correcta • Velocidad correcta • Respuesta correcta • Registro correcto
2.- VIGILANCIA Y CONTROL DE VENOCLISIS INSTALADA	<ul style="list-style-type: none"> • Solución con menos de 24 hrs. • Solución con membrete conforme a la normatividad • Venoclisis y equipo con menos de 72 hrs instalada • Venoclisis libre de residuos • Sin signos de infección • Catéter instalado firmemente y limpio • Solución parenteral con circuito cerrado
3.- TRATO DIGNO	<ul style="list-style-type: none"> • ¿La enfermera lo saluda en forma amable? • ¿Se presenta la enfermera con usted? • Cuando la enfermera se dirige a usted ¿lo hace por su nombre? • ¿La enfermera le explica sobre los cuidados/actividades a realizar? • ¿La enfermera se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?
4.- PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Valora y registra los factores de riesgo de caída en el paciente • Establece intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo de caída
	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad del paciente • Informa sobre el riesgo de caída • Orienta sobre seguridad del paciente • Intervenciones de enfermería de acuerdo al plan de

	<p>cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registra incidentes y accidentes que presente el paciente
5.- PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN A PACIENTE HOSPITALIZADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo que predisponen al paciente en la aparición de UPP • Intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo • Elementos que previenen UPP • Orienta sobre prevención de UPP • Revalora intervenciones de enfermería de acuerdo al estado del paciente
6.- PREVENCIÓN DE INFECCIONES POR SONDA VESICAL INSTALADA.	<ul style="list-style-type: none"> • La bolsa se mantiene por debajo del nivel de la vejiga • La sonda vesical esta fija de acuerdo al sexo del paciente • La sonda se encuentra con el membrete de identificación • El sistema de drenaje se mantiene permanentemente conectado • Registra los datos referentes al funcionamiento de la sonda y tubo de drenaje • Registra los días de instalación de sonda y corrobora prescripción médica • Reporta signos y síntomas de evidencia de infecciones de vías urinarias • Medidas higiénicas del paciente. • Anota medidas de orientación al paciente y familiares.
<p>Fuente: Indicadores DE CALIDAD EN ENFERMERÍA, DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD, DISPONIBLE EN (http://www.ssm.gob.mx/portal/index.php/9-programas/49-, 2018. CONSULTADO 6 DE DICIEMBRE DE 2019.</p>	

1.4 MARCO LEGAL

1.4.1 Norma Oficial Mexicana, NOM – 004-SSA3-2012, Del expediente clínico

El sustento de la razón de los registros de enfermería en México, se encuentra en la Norma Oficial Mexicana NOM – 004-SSA3-2012, Del expediente clínico. La revisión y actualización de esta norma, tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos 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.

De acuerdo a esta norma 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, imagen lógicos, 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.

Debido a la importancia de esta norma, es de observancia obligatoria para todo el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado en México. En el mismo documento en el punto 9 se establecen los aspectos que conciernen a los registros clínicos de enfermería, los cuales se presentan a continuación:

9. De los reportes del personal profesional y técnico

9.1 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:

9.1.1 Habitus exterior: Es el conjunto de datos obtenidos de la inspección general es decir a simple vista sin realizar ninguna otra maniobra de exploración física y sin ningún interrogatorio, observando la posición, estar despierto, el color de la piel.

9.1.2 Gráfica de signos vitales: son parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan los datos (cifras) que nos darán las pautas para evaluar el estado homeostático del paciente, indicando su estado de salud presente, así como los cambios o su evolución, ya sea positiva o negativa

Los cuales son:

Frecuencia cardiaca: Es el número de contracciones del corazón o pulsaciones por unidad de tiempo. Se mide en condiciones bien determinadas (de reposo o de actividad) y se expresa en pulsaciones por minuto a nivel de las arterias periféricas y en latidos por minuto (lat. /Min) a nivel del corazón. La medición del pulso se puede efectuar en distintos puntos, pero lo más habitual es que se lo mida en la arteria radial, yugular o bien apical. En un adulto sano en reposo el pulso suele hallarse en el rango de los 60-100 lat. /min y su registro es con tinta azul

Temperatura corporal: medición de la temperatura corporal mediante un termómetro, clínico digital o de mercurio, puede hacerse axilar, bucal, ótico o rectal, según sea el criterio del profesional de la enfermería, para temperatura corporal valores desde 35 hasta 41 grados centígrados, su registro es con tinta de color rojo

Para estos dos parámetros se deberá elaborar una gráfica de polígono, donde el eje Y está predeterminado con valores, para frecuencia cardiaca que va desde 50 hasta 170 lat./min y para temperatura corporal valores desde 35 hasta 41 grados centígrados, y el eje de las X, predeterminado en la parte superior con valores que refieren horario de 24 horas desde las 07 del día 1 hasta las 06 del día 2, colocando el punto la intersección de los ejes y uniéndolos entre ellos para formar la gráfica, siempre partiendo de la intersección de los ejes (partiendo de 0,0).

Tensión arterial: es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Medido en mm/Hg., esta deberá anotarse en los horarios de medición tomando como referencia columnas superiores

Tensión arterial media: es aquella presión constante que, con la misma resistencia periférica produciría el mismo caudal (volumen minuto cardíaco) que genera la presión arterial variable (presión sistólica y diastólica).

Formula: 1 sistólica + 2 diastólica: entre 3

Frecuencia respiratoria: al número de respiraciones que tiene un individuo en un lapso de tiempo determinado y se cuantifica por minutos, Esta cifra se debe anotar en los horarios de medición tomando como referencia la columna superior (eje de las X en grafica superior) y se debe anotar con tinta de acuerdo al turno

9.1.3 Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita: Es uno de los principales factores de la atención al paciente en todos los niveles del sistema de salud, ya que los medicamentos ayudan de manera considerable a mejorar la calidad de vida de sus usuarios es importante manejar los 10 correctos los cuales son parámetros utilizados en la administración y dosificación de medicamentos.

1. Prescripción correcta

2. Medicamento correcto
3. Paciente correcto
4. Dosis correcta
5. Vía correcta
6. Hora correcta
7. Frecuencia correcta
8. Velocidad correcta
9. Respuesta correcta
10. Registro correcto

9.1.4 Procedimientos realizados: son las acciones o intervenciones que realiza el personal de enfermería con llevados a la mejora del paciente.

Prevención de Úlceras por presión a pacientes hospitalizados;

Prevención de caídas en pacientes hospitalizados;

Prevención de infecciones por sonda vesical.

9.1.5 Observaciones: La observación es la adquisición activa de información a partir del sentido de la vista. Se trata de una actividad realizada por un ser vivo.

9.2.8 Nombre completo y firma del personal que informa: es la firma que representa a la persona responsable del individuo.

1.4.2 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud

Según esta norma tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. Es obligatoria en los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud en donde se presten servicios de enfermería, así como para las personas físicas que prestan dichos servicios en forma independiente.

Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente. Ya que en la medida en que cada integrante cumpla su labor, acorde a su formación académica, la calidad en los servicios de salud se verá favorecida y el usuario obtendrán mayores beneficios

Para efectos de esta norma se entenderá por:

Cuidado: A la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

Cuidados de enfermería de alta complejidad: A los que se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la utilización

de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente.

Cuidados de enfermería de baja complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámica mente estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido. El cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana.

Cuidados de enfermería de mediana complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad.

Diagnóstico de enfermería: Al juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar.

Enfermera(o): A la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, en alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional y se le ha expedido cédula de ejercicio con efectos de patente por la autoridad educativa competente, para ejercer profesionalmente la enfermería.

Enfermería: A la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar

acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes:

Intervenciones de enfermería dependientes: A las actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes, de acuerdo al ámbito de competencia de cada integrante del personal de enfermería;

Intervenciones de enfermería independientes: A las actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud;

Intervenciones de enfermería interdependientes: A las actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; se llaman también multidisciplinarias, pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros.

La comisión permanente de enfermería observó que había omisiones por parte del personal de enfermería en el registro clínico de la hoja de enfermería, basado en estadísticas del indicador de calidad de la nota de enfermería, es por eso que en el año 2018 se puso a prueba el nuevo formato de registros y se estandarizó apegado a la normatividad en todos los hospitales del estado de Morelos pertenecientes a la secretaria de salud.

1.5 LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO (CONAMED)

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado por decreto presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de junio de 1996, para contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar, la calidad en la prestación de los servicios médicos. Es, por lo tanto, una institución que tiene por objeto contribuir a resolver en forma amigable y de buena fe los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos; que promueve y propicia la buena relación, el trato digno, los valores, el apego a la *lex artis* médica y la ética en la relación médico-paciente.

La CONAMED, es una instancia especializada que cuenta con autonomía técnica y tiene atribuciones para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, los cuales permiten solucionar los conflictos actuando con imparcialidad, confidencialidad y respeto, mediante procedimientos alternativos para la resolución de los conflictos tales como: orientación, gestión inmediata, conciliación y arbitraje (Modelo Mexicano de Arbitraje Médico). Actualmente la CONAMED atiende un promedio de 17,000 casos anuales y promueve la mejora de la práctica de la medicina a través de recomendaciones y cartas de derechos dirigidas a pacientes, médicos, odontólogos y enfermeras, así como acciones de investigación, difusión y vinculación que retroalimentan los esfuerzos institucionales e individuales, para otorgar los servicios de salud con calidad y respeto.

También es de suma importancia tomar en cuenta esta institución donde se hace una intervención para solucionar todas las quejas por parte de los pacientes, ante una mala práctica. La CONAMED interviene para solucionar una inconformidad de manera pacífica y en acuerdo con la ley; facilita las aclaraciones entre quien presenta una queja y el profesional del área de la salud a quien se le atribuye la falta.

Las situaciones que involucran la responsabilidad profesional de enfermería son diversas; las más importantes están relacionadas con la mala práctica, entendida como el daño ocasionado al paciente debido a la impericia o negligencia. La impericia se manifiesta durante la ejecución de las acciones y es concebida como la falta de práctica o experiencia a pesar de tener los conocimientos y la negligencia se entiende como el incumplimiento, falta de precaución u omisión en la atención y diligencia; se manifiesta por la omisión de una acción obligada (CONAMED, 2003).

Recomendaciones de la CONAMED para la elaboración de los registros clínicos de enfermería.

- Establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud.
- Realizar los registros en forma: clara, legible, veraz, oportuna y confiable.
- Utilizar terminología técnico-médica de usos y aceptación universal.
- Elaborar y considerar a los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado. (CONAMED, 2003)

1.6 FLORENCE NIGHTINGALE

El presente trabajo es basado en la teoría de la precursora de la enfermería moderna, la cual se destacó desde muy joven en matemáticas y aplico sus conocimientos de estadística a la epidemiología y a la estadística sanitaria. Utilizó su perseverancia y persistencia al vivir una vida moderna sirviendo a la humanidad. Su filosofía es aplicable en los tiempos actuales, desde sus estudios sobre el entorno y los efectos de estos en la recuperación de la salud de los pacientes, hasta sus escritos, que pueden ser el antecedente de los registros clínicos de enfermería en la actualidad.

Las palabras “qué es y qué no es” tomadas de su libro las notas de enfermería, son profundas y sustanciales, en donde se puede percibir qué es lo específico de la enfermera y cuáles son sus límites, además de la responsabilidad personal de esta en el bienestar del paciente (María Elena Rodríguez Raso, , 2013).

Para Florencia el arte de la enfermería se encuentra en la práctica, en el contacto con quien se cuida. En su relato se constata el ímpetu, el cuidado debía ser un acto reflexivo, y deja que la enfermería, existe porque posee conocimientos propios, otorgándole un dominio en el campo del saber, y que la razón de su existencia es la búsqueda de la salud de las personas en un proceso continuo de prevención, mantención y recuperación de la salud.

Es posible apreciar el llamado a las enfermeras; afirma, ellas poseen un saber propio, especifica su intencionalidad: no desea ser una profesora o guía, porque las enfermeras ya conocen estas notas y las saben. Afirma que el conocimiento de la enfermería y el saber aplicarlo en manos de las enfermeras se convierte en arte (CarraSco*, 2011).

Desde esos tiempos la autora anunciaba un saber y hacer propias de la disciplina; Florence Nightingale, menciona en su libro, “De ninguna manera estas notas tienen la

intención de ser una regla de pensamiento por la cual las enfermeras pueden enseñarse a sí mismas a cuidar, ni mucho menos un manual para enseñar a las enfermeras el arte de cuidar.

Están dirigidas sencillamente a dar algunas ideas a mujeres que tienen el cargo personal de la salud de otros. Desde esos tiempos, perfila a las enfermeras con criterios, conocimientos y decisiones propias; recordemos que el cuidar surge como un acto de vida propio de la existencia del hombre, por lo cual, el cuidar estaba confinado a las mujeres.

La autora menciona que la enfermería era mucho más de lo que ella vislumbraba en ese momento y lo plasmó así: *“Yo utilizo la palabra enfermería a falta de otra mejor, se ha limitado a significar poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasma”*. Pero debería significar el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza y su administración, y con menor gasto de energía por el paciente.

Florence entendía de higiene e hizo vínculo entre ésta y la curación; Fue pionera en proponer y demostrar los efectos del ambiente en el cuidado, en la promoción de la salud de las personas, estableciéndose como marco en el inicio de la enfermería moderna. Ahora se cuenta con teorías y modelos que permiten guiar el cuidado enfermero.

La protección de los pacientes fue una preocupación constante para Nightingale; se hace evidente cuando dice: “Si un paciente tiene frío o fiebre, o está mareado o tiene una escara, la culpa, generalmente, no es de la enfermedad, sino de la enfermería. La verdadera enfermería ignora la infección si no es para prevenirla. Toda enfermera debe lavarse las manos con frecuencia a lo largo del día.

Ahora bien, la vocación fue importante para Nightingale, nuestra vocación de enfermera, ella es esencial, porque con seguridad puede afirmarse no que el hábito de observar correcta y prontamente nos vaya a hacer por sí mismo enfermeras útiles, sino que sin él seríamos inútiles, a pesar de nuestra entrega, y que además de observar lo plasmáramos en los registros de enfermería, tendríamos un mejor control del estado de salud del paciente.

Nightingale concibió algunas bases en su libro de notas; sin embargo, en la segunda mitad del siglo pasado, aproximadamente, la profesión se ha revisado, con afán de reconocer las características del surgimiento y desarrollo de la enfermería, subrayó que la observación y la reflexión son herramientas medulares en la enfermería: Si no puedes conseguir el hábito de la observación de una forma u otra, mejor es que renuncies a ser enfermera, porque no es tu vocación, a pesar de lo amable que seas y lo ansiosa que puedas estar para conseguirlo.

La lección práctica más importante que puede darse a las enfermeras es enseñarles a observar, cómo observar, qué síntomas indican una mejoría del enfermo, cuáles lo contrario, cuáles tienen importancia y cuáles no, cuáles son señal evidente de negligencia y qué clase de negligencia.

La observación toma un significado y un valor como uno de los elementos que orientan la atención hacia el paciente; consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el paciente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre éstos.

Es una habilidad que exige disciplina y práctica; demanda una amplia base de conocimientos y el uso consciente de los sentidos. Esa capacidad de observación junto con la interpretación que hacemos de la situación sirven como elementos definitivos, no

sólo para brindar el cuidado, sino para evaluar el cómo y por qué se brindó esa atención de enfermería.

“Estar al frente, o ser la persona responsable, ciertamente no es sólo cumplir las propias tareas, sino procurar que todos los demás lo hagan también; tampoco se trata de hacerlo todo por sí mismo, ni de distribuir los deberes a cada una de las personas a su cargo, sino de asegurarse de que cada una de ellas cumpla el deber que se le asignó.

La visión administrativa en esa época era precaria; sin embargo, ya se observaban matices. Hoy, el profesional de enfermería debe ser un líder que posea sabiduría, poder y ganas de transformar el trabajo; así mismo, capaz de compartir responsabilidades en pro de la persona enferma.

Finalmente, se puede concluir que Florence Nightingale con su libro Notas de Enfermería sentó las bases de la enfermería profesional; es una obra adelantada a su época; algunos de sus conceptos, que se reinterpretaban, han crecido y se han transformado, pero continúan vigentes después de siglo y medio de haber sido escritos. (María Elena Rodríguez Raso, , 2013).

CAPITULO 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los registros de enfermería, representan la evidencia documental que refleja la actuación del personal en relación con el cuidado integral del paciente, así como su evolución conforme a la atención brindada; son esenciales para evaluar las intervenciones del personal, de manera particular en casos médico–legales, en los cuáles esta documentación tiene alto valor probatorio, pues en la mayoría de las ocasiones, determina las decisiones de quien tiene a su cargo la resolución del conflicto (Mejía Delgado & et al, 2011).

Las anotaciones incompletas o confusas dificultan la continuidad de los cuidados y la comunicación entre profesionales ya que es difícil averiguar los cambios significativos en el estado de salud del paciente y las causas a las que se han debido, sin una fuente documental precisa.

En otras ocasiones, las enfermeras no llevan a cabo las técnicas específicas para brindar la atención, se saltan pasos para evitar pérdidas de tiempo en acciones que realizan, pero muchas veces esta situación lleva a fallas en la aplicación de esta tarea y se provocan infecciones intrahospitalarias entre otros errores. (López Cocotle & et al, 2018)

Las omisiones en los registros originan una falta de continuidad en los cuidados de enfermería que se le proporcionan al paciente, lo que impide una adecuada valoración por parte del personal médico y de otras áreas, esto conlleva a tratamientos erróneos que pudieran afectar en la inadecuada planificación del cuidado de enfermería que debe estar basada en las necesidades de cada paciente, proceso de complicaciones, aumento en los días de estancia hospitalaria, inseguridad en el bienestar de paciente e incluso su insatisfacción y la de sus familiares.

Además, el mantenimiento deficiente de los registros no solo socava la atención al paciente, sino que los hace más vulnerables a reclamos legales que surgen de la interrupción de la comunicación que resulta de los registros incompletos o inadecuados (Mutshatshi & et al, 2018).

No obstante, hay factores institucionales como la carga excesiva de trabajo y la falta de capacitación, que más que beneficiar perjudican la calidad de las notas de enfermería (Hernández Cantú & et al, 2018).

Actualmente, las instituciones de salud adhieren cada vez más la práctica de la auditoría, debido a los reflejos que la calidad de los registros de enfermería, puede tener sobre la organización de la atención. En el escenario internacional, el avance en la documentación de las acciones de enfermería ofrece modelos e instrumentos tecnológicos ya validados. (Torres Santiago, 2011).

Este proceso surgió en la delimitación de las funciones de los profesionales de la salud en el meandro de los métodos y técnicas utilizadas para producir salud. En la particularidad del trabajo de enfermería, aspectos como el acceso y suministro de información con respecto a tecnologías en uso, del propio cuidado del cliente, la diversidad de problemas relacionados con la forma y el dominio de la lengua escrita para el registro clínico de enfermería, tomados del contexto internacional, se presentan en el nivel nacional como foco de mejora (Miorim, y otros, 2013 abril- junio).

Por lo anterior, surge la pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las áreas de oportunidad en registros de la hoja de enfermería en una unidad hospitalaria?

2.1 JUSTIFICACIÓN

Los resultados de la presente investigación serán de utilidad para los profesionales de enfermería que verán reflejada una mayor defensa de la enfermería dado que los registros de enfermería son un instrumento elemental para el personal de salud, ya que es importante realizar anotaciones de enfermería capaces de evidenciar la calidad del cuidado brindado al paciente y la continuidad de los mismos, porque así se evitaría una denuncia penal por parte de él, al personal de enfermería, a los médicos y a la misma institución.

Así mismo constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos.

Para los profesionales de enfermería, es importante evaluar la complejidad de los pacientes que se está atendiendo; analizar el número de procedimientos realizados y el tiempo que demora cada uno de ellos, con el fin de optimizar la distribución de los recursos humanos de acuerdo con las cargas asistenciales, en las diferentes unidades así se evitarían errores que pongan en riesgo la vida del paciente.

Según la CONAMED, fundamentando los cuidados de enfermería en conocimientos científicos, técnicos y éticos actualizados, proporcionando un entorno seguro a través de la aplicación de las medidas de seguridad establecidas en las normas institucionales, y nacionales, es posible evitar errores en la atención que brindan los profesionales de enfermería; además de mantener o fomentar un estado de salud física, mental y social, evitando factores de riesgo y permitiendo la identificación de áreas de oportunidad.

CAPITULO III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Implementar un plan de mejora que permitan mejorar los registros clínicos de enfermería, que se plasman en el formato de una unidad hospitalaria

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar las áreas de oportunidad en el registro de la hoja de enfermería, como tachaduras, enmendaduras, letra no legible y borramientos.

Describir las omisiones que tiene el personal, en el registro de la hoja de enfermería, mediante la aplicación de una cédula de evaluación.

Diferenciar las áreas de oportunidad en el registro de lo hoja de enfermería por turno, por categoría y por servicio

CAPITULO IV PROPUESTA A IMPLEMENTAR

DIFUSIÓN DE UN PLAN DE MEJORA EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

Objetivo: Implementar un plan de mejora de acuerdo a las áreas de oportunidad

Material y métodos

Se realizará un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo ecológico utilizando como fuentes de información los registros clínicos de enfermería de un Hospital General del sur de Morelos en el periodo de enero a abril del 2020.

El estudio se realizará en un periodo de 4 meses, para la realización del diagnóstico situacional se programarán 4 fases con diferentes actividades como se describe a continuación

Fase 1 elaboración del diagnóstico situacional.

El diagnóstico se llevará a cabo mediante la aplicación de una cedula diseñada para esta investigación, auto aplicable en los servicios de urgencias adulto, medicina interna, cirugía general, traumatología abarcando turno matutino, vespertino, nocturno A y B jornada diurna y nocturna el estudio se realizará a todo el personal de base, contrato y eventual que se encuentra laborando en los servicios antes mencionados identificando las áreas de oportunidad en los registros de enfermería

Fase 2 elaboración de las herramientas administrativas

Se solicitará el apoyo de la jefatura de enfermería y de las jefas de piso de los servicios de urgencias adulto, medicina interna, cirugía general y traumatología de los diferentes turnos para la elaboración e impresión de instrumento administrativo. (Organización, inducción y manual de procedimientos del correcto llenado del registro de enfermería)

Fase 3 difusión de los resultados

La información estará siendo recolectada en una cedula diseñada para esta investigación, en la cual se seleccionará datos sobre el llenado de los registros clínicos en el cual contienen todos los datos de la hoja de enfermería donde se detectó las áreas de oportunidad, donde hubo más falla, por turno, por categoría o por servicio

Fase 4 evaluación

Para la realización de la evaluación se tomará en cuenta los siguientes aspectos Que los registros se hayan hecho por el personal de enfermería de base y no por pasantes ni estudiantes de enfermería, realizando un estudio ecológico

Población:

Para la presente investigación, la población de estudio estará constituido por todos los expedientes clínicos de todos los turnos de los servicios de urgencias adulto, medicina interna, cirugía general y traumatología

Criterios de inclusión:

Se tomarán en cuenta todos los registros de enfermería de los servicios de urgencias adulto, medicina interna, cirugía general y traumatología durante el periodo de enero a abril del 2020

Criterios de exclusión

Los registros de enfermería de unidad de cuidados intensivos neonatales, ginecología, modulo mater, quirófano, labor y expulsión y pediatría

Lugar: Hospital general de la región sur del estado de Morelos

Fechas: De enero a abril del 2020

Procedimiento detallado:

Se solicitará la autorización al comité de bioética junto con enseñanza de enfermería para cotejar los registros y realizar anotaciones, los cuales serán realizados por un profesional de enfermería previamente capacitado, por turno y detectar las áreas de oportunidad, así llevar a cabo un plan de mejora enfocados en el turno donde se detecte el mayor porcentaje de áreas de oportunidad

Para la recogida de los datos se utilizará una cedula diseñada para este fin que consta de 180 ítems que incluyen todas las anotaciones que el personal debe hacer en la hoja de enfermería, las cuales son

Habitus exterior: nombre, completo, legible, no abreviaturas, fecha de nacimiento, edad, diagnóstico médico, completo, no abreviaturas, entendible, usuario del seguro popular, folio, grupo sanguíneo, RH, alérgico a, orientación y consejería, firma del paciente, fecha, días de hospitalización, observaciones, turno, núm. de cama, diagnostico medico completo sexo, servicio

Signos vitales:

Frecuencia cardiaca: Es el número de contracciones del corazón o pulsaciones por unidad de tiempo. Se mide en condiciones bien determinadas (de reposo o de actividad) y se expresa en pulsaciones por minuto a nivel de las arterias periféricas y en latidos por minuto (lat. /Min) a nivel del corazón. La medición del pulso se puede efectuar en distintos puntos, pero lo más habitual es que se lo mida en la arteria radial, yugular o bien apical. En un adulto sano en reposo el pulso suele hallarse en el rango de los 60-100 lat. /min, su registro es con tinta de color azul

Temperatura corporal: medición de la temperatura corporal mediante un termómetro, clínico digital o de mercurio, puede hacerse axilar, bucal, otico o rectal, según sea el criterio del profesional de la enfermería, para temperatura corporal valores desde 35 hasta 41 grados centígrados, su registro es con tinta de color rojo

Para estos dos parámetros se deberá elaborar una gráfica de polígono, donde el eje Y esta predeterminado con valores, para frecuencia cardiaca que va desde 50 hasta 170 lat./min y para temperatura corporal valores desde 35 hasta 41 grados centígrados, y el eje de las X, predeterminado en la parte superior con valores que refieren horario de 24 horas desde las 07 del día 1 hasta las 06 del día 2, colocando el punto la intersección de los ejes y uniéndolos entre ellos para formar la gráfica, siempre partiendo de la intersección de los ejes (partiendo de 0,0).

Tensión arterial: es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Medido en mm/Hg., esta deberá anotarse en los horarios de medición tomando como referencia la columna superior (eje de las X en grafica superior) y su registro se hace con tinta del color del turno

Tensión arterial media: es aquella presión constante que, con la misma resistencia periférica produciría el mismo caudal (volumen minuto cardíaco) que genera la presión arterial variable (presión sistólica y diastólica).

Formula: 1 sistólica + 2 diastólica: entre 3

Frecuencia respiratoria: al número de respiraciones que tiene un individuo en un lapso de tiempo determinado y se cuantifica por minutos, Esta cifra se debe anotar en

los horarios de medición tomando como referencia la columna superior (eje de las X en grafica superior) y se debe anotar con tinta de acuerdo al turno

Ministración de medicamentos: maneja los 10 correctos, desglosa el horario establecido por la institución C/24 horas = 12, C/6 horas = 6-12-18-24, C/8 horas = 8-16-24, C/12 horas = 18 -6,

Procedimientos realizados: ingresos, formula, dieta, líquidos orales, total, líquidos, parenterales, elementos sanguíneos, total, egresos, diuresis, evacuaciones, vomito, succión, total, laboratorios, reactivos, estudios, oxigenoterapia, medidas empleadas, catéter nasal, puritan continuo, ventilación mecánica, micro nebulizaciones, medidas de seguridad del paciente, lavado de manos 10 correctos, camilla con barandales, acciones de acompañamiento al final de la vida, al paciente, al familiar, otras acciones, medicamentos, verifica las indicaciones, valoración de riesgo de caídas, limitación física = 2, estado mental alterado=3, tratamiento farmacológico riesgoso = 2, problemas de idiomas o socioculturales =2, pacientes sin los riesgos establecidos = 1, escala de clasificación, alto riesgo 4 a 10 rojo, mediano riesgo 2 a 3 amarillo, bajo riesgo 0 a 1 verde, matutino, vespertino, nocturno, catéter vesical, fecha de instalación, días de instalación, fecha de cambio, características de la orina, amarillo claro, concentrada, turbia, sedimentos, hematuria, escala de valoración de Norton, estado físico general, bueno, mediano, regular, muy malo, estado mental, alerta, apático, confuso, estuporoso comatoso, actividad, ambulante, disminuida, muy limitada, inmóvil, movilidad, total, camina con ayuda, sentado, encamado, incontinencia, ninguna, ocasional, urinaria o fecal, urinaria y fecal, puntaje, <10 = riesgo muy alto, 10 a 12 = riesgo alto, 13 a 14 = riesgo medio, >14 = no riesgo, total, prevención de úlceras, cambios de posición, sabanas estiradas, cambio de pañal, movilización precoz, fecha de instalación de sonda levin, fecha cambio, valoración clínica de infección en sitios de venopuncion, criterios, calor, rubor, edema, dolor, intervenciones de enfermería, recanalización, catéter venoso calibre, corto, largo, fecha de instalación, fecha de cambio, cultivo, resultados

Observación: registros de enfermería, legible, si comete error en la escritura lo encierra entre paréntesis, no utiliza tela adhesiva, no corrector, no abreviaturas, no tachaduras, no enmendaduras, recomendaciones de egreso del paciente, fecha de egreso, orientación y consejería, diagnóstico de egreso, alta por, defunción, mejoría, ALV, O/U, MAX B, OS, condiciones físicas, deambulando, silla de ruedas, otro medio, camilla, indicaciones médicas, nota de alta, otras recomendaciones

Nombre completo y firma del personal que informa: nombre completo y firma de enfermera responsable, jefe de servicio.

Descripción de funciones: sugerir a las autoridades correspondientes que aquellas enfermeras que tienen o cuentan con una escasa experiencia en el manejo de los registros de enfermería y no les da una debida importancia a estos, ignorando por completo los aspectos psico- emocionales, socio - económicos y espirituales lo cual trae como consecuencia que los registros tenga deficiencia

Forma de evaluar:

- Tener un mayor control del personal de enfermería, creando diversas formas tanto de supervisión, como de apoyo
- La realización de un instrumento administrativo
- La realización de programas de apoyo continua donde se incluyan la importancia de las áreas de oportunidad y las normas con las cuales se deben elaborar los registros de enfermería para lograr un reconocimiento de éste y ponderar la importancia del uso de los registros que constituyen un instrumento de comunicación entre profesionales de enfermería, logrando una atención de cantidad y calidad al paciente, ya que sus registros son la identidad que las hace presentes

CONCLUSIONES

El registro clínico de los registros de enfermería representa una estrategia de mejora para incrementar la calidad del cuidado, en él se registra toda la información sobre la atención proporcionada a los pacientes de una forma ordenada y holística; es una herramienta de apoyo para la continuidad del cuidado.

Es importante que el personal de enfermería tenga en cuenta la gran importancia y validez que tienen sus registros de enfermería, los cuales conllevan repercusiones y responsabilidades de índole profesional por lo que es preciso llevarlos a la práctica.

La ausencia de los registros de los cuidados que se brindan a pacientes, puede entenderse como una falta legal y ética, de ahí la importancia de asumir esta tarea de manera responsable.

El detectar áreas de oportunidad se extiende en los diferentes niveles del sistema nacional de salud, es importante buscar estrategias eficaces como capacitando al personal de enfermería sobre el llenado de los registros clínicos de enfermería.

Florencia Nightingale, definitivamente fue una mujer transgresora, que movida por el cuidado hacia las personas se hizo cargo de esta convicción, escribió, publicó y gestionó en las más altas esferas políticas formas para asegurar el cuidado de las personas.

Sin lugar a dudas, es la madre de la enfermería, en lo personal he querido transmitir que el cuidado humano moviliza, generando una energía de la cual no se puede huir, incluso transformando al que otorga cuidado, así lo evidencian las historias de vida de esta mujer y de miles de mujeres que han seguido el camino del cuidado

ANEXOS

ORGANIZACIÓN DE VARIABLES

Núm.	VARIABLE	TIPO DE VARIABLES	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
1	Calidad del llenado Tachaduras Hendiduras Uso de corrector	Cualitativa ordinal	1.Si 0.No
2	Turno	Cualitativa ordinal	1.Si 0.No
3	Nombre	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
4	Completo	Cuantitativa dicotómica	3.Si
5	Legible	Cuantitativa dicotómica	0.No
6	No abreviaturas	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
7	Fecha de nacimiento	Cuantitativa dicotómica	1.Si
8	Edad	Cuantitativa dicotómica	0.No
9	Sexo	Cualitativa dicotómica	1.Si 0.No
10	Servicio	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
11	N. de cama	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
12	Diagnostico medico	Cuantitativa dicotómica	3.Si 0.No
13	Completo	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
14	No abreviaturas	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
15	Entendible	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
16	Usuario del seguro popular	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
17	Folio	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
18	Grupo sanguíneo	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
19	RH	Cuantitativa dicotómica	3.Si 0.No
20	Alérgico a	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
21	Orientación y consejería	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
22	Firma del paciente	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
23	Fecha	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
24	Días de hospitalización	Cuantitativa dicotómica	1.Si
25	Signos vitales	Cuantitativa dicotómica	0.No

26	Tensión arterial	Cuantitativa dicotómica	3.Si 0.No
27	Pulso	Cuantitativa dicotómica	1.Si
28	Respiración	Cuantitativa dicotómica	0.No
29	Temperatura	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
30	Talla	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
31	Peso	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
32	Perímetro	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
33	Ingresos	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
34	Formula	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
35	Dieta	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
36	Líquidos orales	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
37	Total	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
38	Líquidos	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
39	Parenterales	Cuantitativa dicotómica	3.Si 0.No
40	Elementos sanguíneos	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
41	Total	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
42	Egresos	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
43	Diuresis	Cuantitativa dicotómica	3.Si 0.No
44	Evacuaciones	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
45	Vomito	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
46	Succión	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
47	Total	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
48	Laboratorios	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
49	Reactivos	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
50	Estudios	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
51	Oxigenoterapia	Cuantitativa dicotómica	3.Si 0.No
52	Medidas empleadas	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
53	Catéter nasal	Cuantitativa dicotómica	3.Si 0.No
54	Puritan continuo	Cuantitativa dicotómica	1.Si

			0.No
55	Micro nebulizaciones	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
56	Ventilación mecánica	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
57	Medidas de seguridad para el paciente	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
58	Lavado de manos	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
59	10 correctos	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
60	Camilla con barandales	Cuantitativa dicotómica	3.Si 0.No
61	Acciones de acompañamiento al final de la vida	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
62	Al paciente	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
63	Al familiar	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
64	Otras acciones	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
65	Medicamentos	Cuantitativa dicotómica	3.Si 0.No
66	Verifica las indicaciones	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
67	Maneja los 10 correctos	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
68	Desglosa el horario establecido por la institución	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
69	C/24 horas = 12	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
70	C /6 horas = 6-12-18-24	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
71	C /8 horas = 8-16-24	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
72	C /12 horas = 18-6	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
73	Valoración de riesgo de caídas	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
74	Limitación física = 2	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
75	Estado mental alterado = 3	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
76	Tratamiento farmacológico riesgoso = 2	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
77	Problema de idioma o socio culturales =2	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
78	Pacientes sin los riesgos establecidos = 1	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
79	Escala de clasificación	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
80	Alto riesgo 4 a 10 rojo	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No

81	Mediano riesgo 2 a 3 amarillo	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
82	Bajo riesgo 0 a 1 verde	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
83	Matutino	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
84	Vespertino	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
85	Nocturno	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
86	Catéter vesical	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
87	Fecha de instalación	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
88	Día de instalación	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
89	Fecha de cambio	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
90	Características de la orina	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
91	Amarillo claro	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
92	Concentrada	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
93	turbia	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
94	Sedimentos	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
95	Hematuria	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
96	Escala de valoración de Norton	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
97	Estado físico Gral.	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
98	Bueno	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
99	Mediano	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
100	Regular	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
101	Muy malo	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
102	Estado mental	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
103	Alerta	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
104	Apático	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
105	Confuso	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
106	Estuporoso comatoso	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
107	Actividad	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
108	Ambulante	Cuantitativa dicotómica	1.Si

			0.No
109	Disminuida	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
110	Muy limitada	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
111	Inmóvil	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
112	Movilidad	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
113	Total	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
114	Camina con ayuda	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
115	Sentado	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
116	Encamado	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
117	Incontinencia	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
118	Ninguna	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
119	Ocasional	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
120	Urinaria o fecal	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
121	Urinaria y fecal	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
122	Puntaje	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
123	<10 = riesgo muy alto	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
124	10 a 12 = riesgo alto	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
125	13 a 14 = riesgo medio	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
126	>14 = no riesgo	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
127	Total	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
128	Prevención de úlceras	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
129	Cambios de posición	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
130	Sábanas estiradas	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
131	Cambio de pañal	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
132	Movilización precoz	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
133	Fecha de instalación de sonda levin	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
134	Fecha cambio	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
135	Valoración clínica de infección en sitios de	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No

	venopuncion		
136	critérios	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
137	Calor	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
138	Rubor	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
139	Edema	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
140	Dolor	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
141	Intervenciones de enfermería	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
142	recanalización	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
143	Catéter venoso calibre	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
144	Corto	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
145	Largo	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
147	Fecha de instalación	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
147	Fecha de cambio	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
148	Cultivo	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
149	Resultados	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
150	Observaciones:	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
151	Registros de enfermería	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
152	Legible	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
153	Si comete error lo encierra entre paréntesis	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
154	No utiliza tela adhesiva	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
155	No correctos	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
156	No abreviaturas	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
157	No tachaduras	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
158	No enmendaduras	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
159	Recomendaciones de egreso del paciente	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
160	Fecha de egreso	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
161	Orientación y consejería	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
162	Diagnóstico de egreso	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No

163	Alta por	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
164	Defunción	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
165	Mejoría	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
166	ALV	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
167	O/U	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
168	MAX B	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
169	OS	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
170	Condiciones físicas	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
171	Deambulando	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
172	Silla de ruedas	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
173	Otro medio	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
174	Camilla	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
175	Indicaciones medicas	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
176	Nota de alta	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
177	Otras recomendaciones	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
178	Nombre completo y firma de enfermera responsable	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
179	Jefe de servicio	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No
180	Supervisora	Cuantitativa dicotómica	1.Si 0.No

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez Cano, L. M., Barrera Arcila, M., & Madrigal Ramírez, C. (2007). Calidad de la Atención en Enfermería. *Programa Auditoría en Servicios de Salud*. Medellín, Colombia.

Bautista Rodriguez, L. M., & et al. (2016). Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. *CUIDARTE*, 1195-1203.

Benavent Garcés, M., & Leal Cercos, M. (2000). Los Registros de Enfermería a: Consideraciones ético-legales. *I Trobada de enfermería Comunitaria*. Nº 41,º 1º, págs. 1-9. Valencia: CB.

CONAMED. (2003). *Recomendaciones para mejorar la atención en Enfermería*. México.

Fernández Molina, M., & et al. (2003). Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *ENFERMERÍA CLÍNICA*, 13-21.

Torres Santiago, Marisol, Zárate Grajales, Rosa Amarilis, & Matus Miranda, Reyna. (2011). Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enfermería universitaria*, 8(1), 17-25. Recuperado en 08 de noviembre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100003&lng=es&tlng=es.

García Ramírez, S., & et al. (2007). Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. *Nure Investigación*, 1-8.

Miorim, Caroline Fortes Brasil; Zenkner, Jenifer Rafaela Grzeczinski; Cardoso, Leticia Silveira; Ribeiro, Juliane Portella; Cezar-Vaz, Marta Regina; Almeida, Marlise Capa Verde de. Los registros clínicos de enfermería: herramientas para la auditoría de la salud. *Evidentia*. 2013 abr-jun; 10(42). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n42/ev8028e.php>>

Hernández Cantú, E. I., & et al. (2018). Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*, 65-72.

Hernández Corral Sandra, Rodríguez raso María Elena (2013), breves aspectos de la enfermería según Florence Nightingale, 45 - 47

<http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/publicaciones.html>

López Cocotle, J., & et al. (2018). La importancia del registro clínico de enfermería: un acercamiento cualitativo. *Nure Investigación*, 1-9.

Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería* (6 ed.). España, Madrid: ELSEVIER.

Mejía Delgado, A., & et al. (2011). Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. *CONAMED*, 4-10.

Mutshatshi, T., & et al. (2018). Record-keeping: Challenges experienced by nurses in selected public hospitals. *Curationis*, 1-6.

Núñez Carrasco Elizabeth Rocio. (2011), comprensión de la enfermería desde la perspectiva histórica de Florencia nightingale, 11 - 18

Ortiz Carrillo, O., & Chávez, M. (2006). El registro de enfermería como parte del cuidado. *Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca*, 52-56.

Red Mexicana de Pacientes. (s.f.).
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3626540.pdf>.

Vázquez Curiel, E., & et al. (2008). Red Mexicana de Pacientes por la Seguridad del Paciente. *CONAMED*, 5-19.