

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**



**APLICACION DE LOS REGISTROS DEL CUIDADO QUE REALIZA
EL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN LOS
SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y PEDIATRIA, DEL
HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, EN EL PERIODO DE
NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2017.**

**INFORME FINAL PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

POR:

Polanco Castillo, Carlos Enrique

Reyes Mejía, Jonathan Vladimir

Velásquez Ramos, Luis Roberto

DOCENTE ASESORA

Licda. Sandra Dalila Valiente de Peña.

Ciudad Universitaria, 24 de enero del año 2018

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES VIGENTES

Maestro Roger Armando Arias Alvarado

RECTOR

Dr. Manuel de Jesús Joya Abrego

VICERECTOR ACADEMICO

Lcdo. Cristóbal Hernán Ríos Benítez

SECRETARIO GENERAL

Dra. Maritza Mercedes Bonilla Dimas

DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Msp. Dalide Ramos de Linares

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA

Msc. Roxana Guadalupe Castillo Melara

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN
ENFERMERIA**

PROCESO DE GRADO APROBADO POR

Mssr. Elsy Beatriz Henríquez de Guzmán.

COORDINADORA DE PROCESO DE GRADO

Lcda. Sandra Dalila Valiente de Peña

DOCENTE ASESORA

TRIBUNAL CALIFICADOR

Mssr. Elsy Beatriz Henríquez de Guzmán.

Lcda. Sandra Dalila Valiente de Peña

Lcda. Sonia Margarita Siciliano de Serpas

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero dar gracias a Dios, por haberme regalado la fortaleza necesaria para mantener vivo el interés de superación, a pesar de las adversidades que tuve que afrontar a lo largo de mi carrera; por darme fuerza, voluntad para adquirir nuevos conocimientos y así culminar este logro y realizarme como profesional y finalmente por estar a mi lado cuando más lo necesité.

A mis Padres por ese amor incondicional que me han dado, por su continuo apoyo moral, espiritual y económico en todo el proceso de aprendizaje y por motivarme a seguir adelante y luchar para culminar con éxito mi carrera; lo cual albergó en mi corazón la esperanza de poder darles el regocijo del triunfo académico.

A mis Hermanos por el apoyo y comprensión que siempre me han brindado y por darme aliento hasta alcanzar la meta deseada; en especial quiero darle las gracias a mi hermana Ana Ruth Polanco por estar conmigo en todos los momentos difíciles y por su apoyo incondicional.

A mis Amigos y demás Familia; Que estuvieron conmigo dándome el apoyo moral necesario, creyendo en mis capacidades, proporcionándome sus consejos, respaldo y motivándome a luchar por lo que se quiere; por lo tanto, no me resta más que decirles “Dios los bendiga”.

Y finalmente quiero darle las gracias al **ALMA MATER**, a los **Catedráticos** y al **Tribunal Calificador**; por haberme conducido

sabiamente en la teoría y la práctica, en la obtención de conocimientos que espero en Dios utilizar en los momentos en que sea necesario.

Carlos Enrique Polanco.

AGRADECIMIENTOS

“Pon en manos del Señor todas tus obras, y tus proyectos se cumplirán”
(Proverbios 16,3)

Al llegar al culmen de este proceso que tiene inmerso alegrías, tristezas, sueños, lucha, sacrificios, esfuerzo, amor y personas importantes, quiero dar gracias a Dios Padre, que me ha dado todo y más de lo que necesito a veces sin pedírselo; me ha regalado vida, salud, fuerza, sabiduría y entendimiento; que puso en mi camino personas que se convirtieron en verdaderos ángeles; que doto a mis padres de salud, vida y amor para apoyarme en este caminar; que me sirvió de refugio y consuelo en momentos difíciles y que me permite finalizar mi carrera.

A María auxiliadora que con su poderosa intercesión logro derribar las barreras que en muchas ocasiones se impusieron en este proceso, y que me lleva de la mano para dirigir mi camino.

A mis padres Araceli de Velásquez y Luis Roberto Velásquez por su apoyo incondicional, por sus consejos, sacrificios y amor. Gracias por acompañarme en todo momento y darme lo mejor de ustedes para lograrlo.

Madre, gracias por tus sacrificios y entrega, eres para mí un modelo de servicio, amor y entrega, mi modelo de enfermera. A mis hermanas y sobrina, gracias por hacerme sentir valioso como profesional y alegrarme la vida; a mi familia en general, tíos, tías, primos, abuelos gracias por sus cuidados, amor, consejos y atenciones.

A mis compañeros de tesis por compartir este tiempo, por el apoyo, por los momentos de alegría y por los momentos de dificultades, gracias por formar parte de este logro.

A mis docentes de la carrera, gracias por ser lamparas que iluminan el camino para ser profesional, por transmitirme la luz del conocimiento, por enseñarme todo eso que los libros no enseñan, por sus palabras de ánimo, los consejos, por enseñar ciencia y amor a la profesión, a Dios y al prójimo. Dios les premie por tanta bondad.

A todos los que formaron parte de este proceso y que a través de sus palabras, consejos y ejemplos animaron día con día este camino llamado enfermería, a Sor. Delia Cabrera F.d.C. por todas sus atenciones, consejos y ejemplos para actuar con caridad y amor ante los necesitados; Hna. Bertha Pereira y Hna. Beatriz Pastor O.S.C. por ser fuente de sabiduría, refugio y consuelo, por dirigirme por el camino del amor a Cristo y al hermano como al mismo Cristo; a las enfermeras, médicos y demás personal de los hospitales de práctica, por todos esos conocimientos que aún no están escritos y que aun así salvan la vida de todos los pacientes. Dios les bendiga por su amabilidad.

Luis Roberto Velásquez Ramos

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a las Lcdas. Sandra Dalila Valiente de Peña y Elsy Beatriz Henríquez de Guzmán, asesoras de esta investigación, por la orientación, seguimiento y la supervisión continua de la misma, pero sobre todo la motivación, paciencia, comprensión y apoyo recibido a lo largo del proceso.

Agradecer de manera muy especial a cada uno de los docentes de la carrera de licenciatura en enfermería de la Universidad de El Salvador que han estado presentes durante toda mi formación profesional, ya que han aportado con un granito de arena de manera personal como académica, que mediante su guía y consejos he llegado a la culminación de un largo proceso formativo con éxito.

A mis Padres Manuel Antonio Reyes Alfaro y Lilian Elizabeth Mejía de Reyes por ese amor incondicional que me han dado, por su continuo apoyo moral, espiritual y económico en todo el proceso de aprendizaje, por motivarme a seguir adelante y luchar para culminar con éxito mi carrera y apoyarme en todo momento; lo cual albergó en mi corazón la esperanza de poder darles el regocijo del triunfo académico.

A Karina Ivette Lovo Hernández y mi hijo Angel Javier Reyes Lovo por haberme regalado la fortaleza necesaria para mantener vivo el interés de superación, a pesar de las adversidades que tuve que afrontar a lo largo de todo el trayecto; por darme fuerza, voluntad para adquirir nuevos

conocimientos y así culminar este logro y realizarme como profesional y por estar a mi lado cuando más lo necesite.

A mis hermanos, amigos y demás familia por todo el apoyo y comprensión que siempre me brindaron y alentarme hasta alcanzar la meta deseada; Que estuvieron conmigo dándome el apoyo moral necesario, creyendo en mis capacidades y virtudes, así como también proporcionándome sus consejos, respaldo y motivándome a luchar por lo que se quiere y así demostrar que todo es posible mediante el empeño y las ganas de superarse.

A mi grupo de trabajo de grado ya que con su ayuda y paciencia se logró el objetivo de salir adelante en la realización de este documento en donde se ha colocado mucho empeño, compañerismo, voluntad, sacrificio y dedicación ante las adversidades que se presentaron pero que logramos salir adelante y culminarlo con éxito.

Además hacer una mención especial a todas las personas que partieron de este mundo pero que siempre creyeron en mí, en mi deseo de triunfar y depositaron su confianza en que lograría grandes cosas en la vida y con ello honrarlos con este logro alcanzado.

Y para finalizar quiero darle las gracias al **ALMA MATER**, a los **Catedráticos** y al **Tribunal Calificador**; por haberme conducido sabiamente en la teoría y la práctica, en la obtención de conocimientos los cuales utilizare en los momentos en que sea necesario.

Jonathan Vladimir Reyes Mejía.

INDICE

CONTENIDO	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	IV
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
A. Antecedentes del problema.....	07
B. Situación problemática.....	11
C. Enunciado del problema.....	13
D. Justificación.....	14
E. Objetivos de la investigación.....	16
1. Objetivo General.....	16
2. Objetivos Específicos.....	16
CAPITULO II	
A. MARCO TEÓRICO	
1. Definición Registros de Enfermería.....	17
2. Consideraciones para registrar el cuidado	17
3. Definición del Expediente Clínico.....	18
4. Elementos del expediente clínico en el que registra Enfermería.....	19
5. Características de las Notas.....	25
6. Utilidad de las notas.....	26
7. Clasificación y tipos de Notas.....	27
8. Infracciones.....	29
9. Sanciones según ley.....	30
10. Artículos del código penal relacionados al estudio y aplicación de la ley penal a las personas	31

11 Teoría de la fundamentación de los registros.....	35
--	----

CAPITULO III

A. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	40
------------------------------	----

B. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	42
---	----

CAPITULO IV.

A. DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio.....	46
-------------------------	----

2. Área de estudio.....	46
-------------------------	----

3. Universo, Población y Muestra.....	47
---------------------------------------	----

3.1 Universo.....	47
-------------------	----

3.2 Población.....	47
--------------------	----

3.3 Muestra.....	44
------------------	----

4. Criterios de inclusión y exclusión.....	48
--	----

5. Métodos, técnicas e instrumentos.....	48
--	----

6. Procedimientos.....	50
------------------------	----

6.1 Prueba piloto.....	50
------------------------	----

6.2 Plan de recolección de datos.....	50
---------------------------------------	----

6.3 Plan de procesamiento de datos.....	51
---	----

7. Plan de Análisis e Interpretación de datos.....	51
--	----

8. Comprobación de Hipótesis.....	52
-----------------------------------	----

9. Marco ético de la Investigación.....	54
---	----

CAPITULO V

A. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

1. Presentación de datos.....	55
2. Comprobación de Hipótesis.....	86
3. Análisis General de Resultados.....	92

CAPÍTULO VI

A. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Conclusiones.....	97
2. Recomendaciones.....	99
3. Propuesta de Intervención.....	101

B. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

ANEXOS

Nº1. Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

Nº2. Cronograma de Actividades

Nº3. Definición de términos básicos.

INTRODUCCIÓN.

Las notas de enfermería han evolucionado a lo largo de la historia, creando un registro escrito del estado de salud de la persona atendida.

Los registros de enfermería son un instrumento importante que permiten supervisar de manera indirecta la eficacia de la atención, porque muestran las experiencias, conocimientos, capacidades y habilidades del profesional para detectar las necesidades que deben de ser resueltas, estos son actualmente más importantes que nunca, debido al aumento de las situaciones médico-legales, frente a las cuales es indispensables contar con un respaldo del trabajo realizado, respaldo que idealmente debe de ser legible y oportuno.

Según el Código de Ética de El Salvador, los registros de enfermería son los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, además describen cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad

En esta investigación se indagó sobre la aplicación de los registros del cuidado en el expediente clínico que realiza el personal de enfermería de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael, analizando cada elemento para establecer sus características particulares. El documento está organizado de la siguiente manera:

Capitulo I. Cuenta con el planteamiento del problema que especifica los antecedentes del fenómeno bajo una perspectiva lógica e histórica de los registros de enfermería partiendo de un análisis sobre la concepción de la variable en estudio.

La situación problemática donde se plantea el comportamiento del problema en el personal de enfermería del Hospital Nacional San Rafael finalizando con el problema de investigación que es el punto de partida para el proceso de investigación.

Justificación que enuncia el propósito de realizar el estudio que benefició al personal de enfermería ya que se proporcionó un documento que se enfoca en los registros sobre el cuidado de enfermería y como estos son aplicados en el área laboral analizado desde la conceptualización de la teoría de Patricia Benner.

En este capítulo también se encuentran los objetivos que guiaron la investigación realizada, siendo un general que abarca el fenómeno en estudio y tres específicos que delimitan las variables en estudio. Con estos se esperó dar respuesta a la problemática planteada.

Capitulo II. Marco teórico, en el cual se presentaron la concepción de los registros de enfermería, y la teoría de Patricia Benner incluye diferentes conceptos y definiciones que deben ir inmersos en todo registro de enfermería.

Capitulo III. Describe el sistema de hipótesis de la investigación los cuales guiaron las variables de la investigación. Las variables en estudio y por último la operacionalización de las mismas, las cuales describen una definición teórica y operacional además de reflejar los indicadores de estudio que se detallan en el apartado II.

Capitulo IV. Plasma el diseño metodológico que incluyó el tipo y área de estudio, el universo, población y muestra, se mencionan los criterios de inclusión y exclusión, se presenta la metodología, técnicas e instrumentos, el

procedimiento para la recolección de datos, plan de tabulación y análisis, finalmente se planteó el marco ético de la investigación.

Capítulo V: Este capítulo contiene la presentación de datos con sus respectivos análisis e interpretación, posteriormente se hace la comprobación de hipótesis con la fórmula de media aritmética y al final se plantea el análisis general de resultados donde se resaltan los hallazgos más relevantes de la investigación

Capítulo VI: En este se describen las conclusiones que surgen de los hallazgos más importantes de la investigación y por último las recomendaciones que van dirigidas al Ministerio de salud, al Hospital y personal de enfermería de los servicios donde se realizó la investigación.

Finalmente se presenta la propuesta de intervención, las fuentes bibliográficas y los anexos donde se incluye la lista de cotejo, presupuesto y la definición de términos básicos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En 1854 con el estallido de la Guerra de Crimea en Inglaterra a Florence Nightingale le fué asignada la asistencia a los soldados heridos, no fué bien recibida por los médicos de la época, porque no querían mujeres que atendieran a los soldados, sin embargo y tras comprobar que apenas transcurrido un año, el índice de mortalidad pasó de un 40% al 2%, aplicando medidas elementales como: limpieza de las salas, cambio del suministro de agua y sistema de desagüe, instalación de una lavandería y una cocina dietética y compra del material básico necesario como jabón, mantas, peines, cubiertos, etc. Se rindieron ante la evidencia de los extraordinarios resultados obtenidos, lo cual fué descrito en informes sobre todas las actuaciones realizadas, esto fue comprobado por peritos; desde ese momento se visualiza la importancia de registrar el accionar.

Florence Nightingale escribió por primera vez el libro denominado "Notas sobre Enfermería" donde presenta en forma de conclusiones una serie de observaciones y reflexiones sobre el tema "Cuidado del Paciente Junto a su Lecho". El propósito fundamental de su trabajo fue que las mujeres bajo su cargo y que además tenían la responsabilidad del cuidado de la familia, pensarán en la mejor forma de cómo cuidar.

Ha transcurrido poco más de cien años de este escrito, pero aún persiste la innegable preocupación del personal de enfermería en satisfacer las necesidades fundamentales de los pacientes, así como el trabajo cuidadoso respecto a los seres humanos en situaciones de salud y enfermedad, ya que los

cuidados constituyen un elemento fundamental que contribuyen en la atención integral que se les brinda a las personas y registrarlos es de suma importancia.

A pesar de lo descrito anteriormente, no hay evidencia de otros estudios sobre los registros del cuidado, hasta que enfermería evoluciona como una disciplina independiente de la medicina; fue hasta en 1999 que el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” de México realizó una investigación sobre la trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico, en los servicios de Urgencia y Unidad Coronaria. Los hallazgos más importantes evidencian, una alta incidencia de enfermeras que no registran los aspectos emocionales y espirituales, aun cuando se proporcionen al paciente. Estos resultados demostraron que con mucha frecuencia quedan sin anotar importantes intervenciones, observaciones y diálogos específicos que la enfermera realizó con el paciente; dejando pasar por alto importante información que contribuye al estado de salud del paciente y respaldo legal al momento de una demanda.

En el 2003, en la Universidad Nacional de Colombia se realizó una investigación acerca de los registros de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado en los servicios de hospitalización de una institución prestadora de servicios de salud de II nivel. Los resultados mostraron que los registros de mayor uso son: la hoja de medicamentos, órdenes de enfermería (pedido de insumos de enfermería) y el chequeo de las indicaciones médicas; adicionalmente la continuidad del cuidado no se demuestra por la escasa aplicación del proceso de enfermería, así como la ausencia de formatos de registro que le son propios a la disciplina y que permiten evidenciar el cuidado continuado. Sumado a esto, el tipo de registro realizado en las hojas de notas de enfermería se acerca al sistema narrativo. Finalmente hay poca pertinencia con los registros realizados por el profesional de enfermería por la carencia de los criterios ético-legales.

Estas investigaciones sobre registros de enfermería llevaron a la conclusión que el profesional no evidencia todo su accionar y la escasa información que se refleja no cumple con los requisitos establecidos para su elaboración.

En el 2012 se realizó la investigación sobre Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y la calidad de las notas de enfermería en Centros de Salud Micro red Metropolitana Tacna, Perú, los resultados obtenidos reflejaron que las notas de enfermería tienen un nivel de calidad entre bueno y muy bueno en un 75.6%, registran la hoja gráfica entre bueno y muy bueno en un 95.1%. Mientras que la hoja de balance hídrico lo registran muy mal en un 65.9%. La conclusión a la que se llegó con este estudio fue que las enfermeras, cumplen con realizar los registros de enfermería entre un nivel bueno y muy bueno en 63.4% y el 7.3% en muy malo.¹

A pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada. Algunos autores como González e Ibarra citado por Avendaño Ramírez Colin, Rentería y López 2011 refieren que las anotaciones de enfermería son variadas, complejas y requieren tiempo de las enfermeras. Como resultado de todo ello con mucha frecuencia, quedan sin anotar importantes observaciones y diálogos específicos por falta de tiempo. Así mismo Potter y Perry señalaron que el registro que realiza el personal de enfermería sobre el paciente constituye un medio de comunicación.

En el 2013 Universidad autónoma del estado de México Centro Universitario JUAEM ,realizó el estudio titulado “Evaluación de las notas de enfermería

1

Nivel de aplicación del proceso de atención de Enfermería y la calidad de las notas de enfermería en centros de salud micro red metropolitana Tacna, 2012

sobre la Atención Otorgada al Paciente” se llegó a las siguientes conclusiones: en cuanto al apartado de identificación del paciente se evidenció que el personal de enfermería lo omite, no actualiza o registra mal las variables de diagnóstico, edad, peso y talla, las cuales son de gran importancia para el médico tratante y la enfermera en turno por que las dosis de medicamentos se hacen con base a estos datos y de acuerdo a su diagnóstico. En cuanto al apartado de cuidados y observaciones se comprobó que el personal no registra los signos vitales en forma adecuada, esto conlleva a un riesgo debido a que estos parámetros son la base para un diagnóstico efectivo, en cuanto a la variable de medicamentos se observó que pocas veces se registran la administración de medicamentos en las notas de enfermería así como la variable venoclisis se registra en forma poco clara e incompleta.

Este estudio evidenció otro problema; que a pesar de que las notas de enfermería son una prioridad en el ejercicio del actuar del profesional, los registros se toman como un documento de poco valor. Por consiguiente, la importancia que se le da al momento de su elaboración, afecta la atención y el seguimiento de los pacientes, teniendo como consecuencia un mal diagnóstico y tratamiento, documentación a la cual frecuentemente el personal médico, enfermería y resto del equipo de salud no le dan la importancia necesaria, siendo un instrumento de gran valor que cuando no se elabora correctamente, los pone en situación de indefensión ante cualquier duda o inconformidad que se interponga en los juzgados civiles, penales o en el mejor de los casos antes las comisiones de auditorías médicas o auditorías de enfermería.

En los hospitales del distrito de Bagua del Perú, se investigó sobre las características de las notas de enfermería; encontrando en el Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta que del 100% (89) de las notas de enfermería se encuentran mayormente incompletas, solo el 40.4% (36) mínimamente

incompletas y ninguna (0%) se encuentra completa; mientras que en el Hospital 1 Héroes del Cenepa es Salud, del 100% (50) de las notas de enfermería, el 44% (22) son mayormente incompletas, el 56% (28) mínimamente incompletas y ninguna (0%) está completa, similares porcentajes se evidencian en cuanto a las características de estructura y contenido. Queda evidenciado la falta de elementos dentro de las notas como lo son: deben ser sistemáticas, lógicas, concretas, precisas, breves, objetivas y con narración en orden lógica.

En términos generales el personal de enfermería registra su accionar, sin embargo no se evidencia el conocimiento que posee cuando hace la descripción en el expediente clínico dejando de lado las exigencias y los requisitos en cada país para su elaboración, probablemente debido a la poca importancia que se tiene de este documento.

En El Salvador no se han realizado investigaciones científicas sobre registros de enfermería, por lo tanto no se tiene evidencia de la aplicación de los registros del cuidado en el expediente clínico.

B. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Los registros de enfermería son un instrumento importante que permiten supervisar de manera indirecta la eficacia de la atención, porque muestran las experiencias, conocimientos, capacidades y habilidades del personal de enfermería para detectar fallas y necesidades que deben ser resueltas.

Por ello estos registros deben ser claros, breves, legibles, sistemáticos y lógicos debido a que son la síntesis de la atención proporcionada al paciente

y la respuesta a los cuidados recibidos; estos pueden ser utilizados como base legal para comprobar que la asistencia no se ha realizado según las normas aceptadas para la práctica, y convertirse en prueba o evidencia para demandas contra la institución y el personal de salud, pues permite evaluar retrospectivamente los cuidados y atención no proporcionados.

En El Salvador los servicios de enfermería han tenido que adecuar su capacidad de respuesta a las nuevas exigencias de la sociedad, a los cambios que esta presenta en cuanto a las nuevas necesidades de salud tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario; el profesional de enfermería dirige los cuidados a los diferentes grupos de pacientes (bajo riesgo, mediano riesgo y alto riesgo) además manipula equipos de alta tecnología con los que antes no contaban y que coadyuvan al mantenimiento de la vida y recuperación de la salud de los usuarios que están bajo su responsabilidad, también tutelan fármacos y drogas diversas, las cuales administran a los pacientes y con estas responsabilidades también se llevan los registros de enfermería correspondientes para poder evidenciar el trabajo realizado, tales registros incluyen el balance hídrico, censos, anotaciones del que hacer y cumplimiento de indicaciones médicas y con esto garantizan la continuidad del cuidado.

El código de salud del país expresa en los artículos 284, 290 y 291 aspectos legales de las notas de enfermería los cuales se citan como medio de pruebas ante una demanda legal. Así mismo la Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería, la cual es el ente regulador en el ejercicio de la profesión a través del Consejo Superior de Salud Pública ha diseñado lineamientos para la elaboración de las notas de enfermería, con los cuales se evalúa el contenido de las mismas; en el ámbito hospitalario la evaluación de las notas de enfermería es efectuada por las supervisoras del departamento, quienes también son las encargadas del monitoreo sobre el registro correcto en la hoja

de indicaciones médicas y la cuadrícula de signos, ya que en estas también se registran el cumplimiento de los cuidados de enfermería.

El Hospital Nacional San Rafael, se rige por estos lineamientos. Las supervisoras de enfermería como parte de su rol tienen la función de realizar la supervisión y monitoreo sobre los registros de enfermería en el expediente clínico.

Según entrevista que se realizó a supervisora Licda. Sandra Elizabeth Guerra de Campos, el día 7 marzo del 2017 y a otros jefes/as de unidades hospitalarias, refirieron que se han registrado datos desde el año 2015 sobre aspectos encontrados: En las anotaciones de enfermería, letra no legible, presencia de abreviaturas, falta de descripción del estado del paciente, falta de orden lógico, falta de colocación de sello. En la cuadrícula de signos vitales no se registran los datos correctamente, en ocasiones no colocan la fecha de los procedimientos invasivos realizados al paciente. En la hoja de indicaciones médicas falta firma de quien cumple y la hora no concuerda con la indicación, se ha evidenciado errores de ortografía y caligrafía así como también falta de descripción del estado del paciente; con el propósito de dar continuidad durante el 2016 se programaron dos o tres supervisiones por mes en los servicios asignados. Medicina Interna y Pediatría no están exentos de las situaciones anteriormente descritas en cuanto a los registros de enfermería.

C. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

¿Cómo son aplicados los registros del cuidado de enfermería en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael en el periodo de junio a diciembre?

D. JUSTIFICACIÓN

La profesión de enfermería en El Salvador avanza según la evolución de la ciencia, la tecnología, el aporte de las ciencias sociales y humanas, basándose su ejercicio en la atención de la persona, familia y comunidad. Atendiendo las necesidades humanas fundamentales asumiendo en todo momento plena responsabilidad ética y legal.

Ante el avance científico- tecnológico que exige el marco de la competitividad, es necesario que el profesional de enfermería elabore los registros de manera correcta debido a que estos son los que evidencian su trabajo y constituyen un medio para evaluar la calidad de la prestación del cuidado y desarrollo de la profesión y a su vez son utilizados como evidencia en caso de demandas legales de cualquier tipo.

El presente estudio tuvo como propósito determinar como el personal de enfermería realizó el registro del cuidado en el expediente clínico como parte del ejercicio profesional en el área laboral, entre ellos, las notas de enfermería, registro de signos vitales y cumplimiento de intervenciones dependientes para mejorar la calidad del cuidado que se le proporciona al paciente. Así como la comunicación escrita efectiva entre los profesionales que integran el equipo de salud.

Esta investigación fue de suma importancia para la profesión debido a que enfermería es el encargado de brindar atención en todo el proceso de salud enfermedad del paciente, por eso es fundamental que cada acción que realice sea evidenciada a través de un registro de manera correcta y completa; con este estudio se obtuvo información que facilita una base teórica para evaluar cuáles son los elementos que se deben mejorar en cuanto a los registros de enfermería.

Además tiene relevancia social porque permitió que se profundice esta temática, ya que en el país no se cuenta con investigaciones previas en relación a los registros del cuidado, permitió verificar la manera cómo se registra el cuidado proporcionado a los pacientes, dejando así un

precedente que servirá como base para investigaciones posteriores sobre el tema, en las cuales se desee profundizar..

Los resultados de la investigación proporcionaron aportes significativos mediante los cuales el personal de enfermería, son los beneficiarios directos ya tienen la oportunidad de identificar sus fortalezas y debilidades en el registro del cuidado con evidencia científica. Como beneficiarios indirectos están los usuarios en quienes se concretiza el cuidado, puesto que el profesional será cuidadoso en la forma de registrar cada una de la intervenciones que realiza a la persona.

De forma similar sucederá en los escenarios académicos, pues al reconocer los resultados de la investigación se tomará las medidas necesarias para diseñar estrategias educativas encaminadas a fortalecer los aspectos en los cuales se encuentre debilidades en el registro del cuidado.

E. OBJETIVOS.

1. OBJETIVO GENERAL:

Describir como se aplican los registros del cuidado de enfermería en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael en el periodo de noviembre a diciembre del 2017.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 2.1. Verificar los registros que realiza el personal de enfermería en la cuadrícula de signos vitales del expediente clínico en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.
- 2.2. Constatar cómo se realiza el registro del cumplimiento de las acciones de enfermería en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico por parte del personal de enfermería en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.
- 2.3. Corroborar los lineamientos legales establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública en el registro de la elaboración de las notas de enfermería realizadas por el personal que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

CAPITULO II.

A. MARCO TEÓRICO

1. DEFINICIÓN DE REGISTROS DE ENFERMERÍA

Los registros de Enfermería, según el Código de Ética de El Salvador, son los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica².

Describen cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad.

Según Manuel Amescua: Un buen registro de enfermería debería ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asumiera sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.

2. CONSIDERACIONES PARA REGISTRAR EL CUIDADO

2.1 OBJETIVIDAD: deben ser escritos en forma objetiva es decir sin prejuicios o juicios de valor u opiniones personales sobre el paciente.

2.2 PRECISIÓN Y EXACTITUD: Deben ser precisos completos y fidedignos. Deben anotarse en forma clara, concisa y en términos cuantifi

² Tanya Rivera. Registros asistenciales, fundación universitaria del área andina. [Publicado el 12 de junio de 2011, citado el 31 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/tannya91/registros-de-enfermeria>

2.3 LEGIBILIDAD Y CLARIDAD: Claros y legibles sino posee una buena caligrafía, debería utilizar letra de imprenta, realizar anotaciones correctas ortográficamente y gramaticalmente. Usar solo las abreviaturas de uso común y no las que puedan llevar a confusiones.

2.4 SIMULTANEIDAD: deben escribirse acompañando lo que se realizó y no dejarlo para el final del turno. En forma simultánea a la asistencia.

La realización correcta de los registros puede ser nuestra mejor defensa en caso de un problema legal. Para que un registro se considere de calidad debe ser eficaz, efectivo y eficiente, deben servir para evaluar cómo se brinda la asistencia y se da respuesta a las necesidades de los pacientes.³

3. DEFINICIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

El conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, 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.⁴

Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, están obligados a integrar y conservar el expediente clínico.

³ Rosana Tessa. Registros de enfermería [internet]18 de agosto de 2013.

Los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales: tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la Institución a la que pertenece; en su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario y, nombre, sexo, edad y domicilio del paciente.

4. ELEMENTOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN EL QUE REGISTRA ENFERMERÍA.

4.1. CUADRICULA DE SIGNOS VITALES

Los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial. Se debe observar, medir y vigilar los signos vitales para evaluar su nivel de funcionamiento físico.

La hoja de signos vitales debe contener lo siguiente:

- a) Nombre y apellidos del paciente.
- b) Número de expediente clínico.
- c) Servicio y número de cama.
- d) Temperatura, pulso, respiración y presión arterial del paciente.

Método de registro de signos vitales:

En la parte superior izquierda de la cuadrícula aparecen los días del mes se anotan los días desde el ingreso, posteriormente se anota en la siguiente línea los días de hospitalización iniciado desde el día cero.

En la parte inferior de la cuadrícula aparece un cuadro para anotar el peso del paciente.

- a) Los signos vitales deben ser tomados y registrados en el expediente clínico en las hojas correspondientes por el personal de enfermería según indicación médica de acuerdo a lo establecido en el manual de procedimientos generales de enfermería para la atención de pacientes, en vigencia⁵.
- b) Las anotaciones de la temperatura en la cuadrícula las efectuara con color azul y el pulso con color rojo.
- c) Registro del Balance Hídrico: Se encuentra debajo de la cuadrícula de signos vitales. debe de llenarse cada 24 horas, después de cerrar el Balance Hídrico en el turno noche⁶
- d) Representación de las constantes vitales

Una cuadrícula donde registrar las constantes vitales. Presenta divisiones verticales que separan los días y los turnos de mañana, tarde y noche (M-T-N), así como divisiones horizontales que marcan los parámetros que aparecen en las distintas escalas de constantes y unas líneas más finas para representar valores comprendidos entre esos intervalos.

⁵ Vilma Esther V., Noé Félix E., José Rafael E, Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2º edición.

⁶ Lcdo. en enfermería Genaro M. Chacón Mendoza, Método de grafica historia clínica, publicado 20 de sept. del 2011.

Para calcular el valor de las divisiones intermedias de los distintos parámetros, se resta a uno de los valores dados en la escala el dato inferior y el resultante se divide entre el número de espacios comprendidos entre las dos líneas gruesas.

Registro de los datos en la gráfica clínica

Los datos de las constantes vitales se anotan representadas por un punto (.) en el espacio que le corresponda. Estos puntos se unen formando un gráfico que representa la evolución de esa constante. Las constantes vitales y otros datos de la gráfica se registran con los colores y la simbología de cada centro sanitario.

Tipos de gráficas de signos vitales

A. Gráficas ordinarias

Registran los valores obtenidos en dos o tres turnos. Permite que el registro pueda efectuarse en un período semanal o mensual.

B. Gráficas especiales

Destinadas a recopilar datos de pacientes que necesitan estar controlados. Son gráficas horarias, para un solo día, que tratan de aportar la máxima información. En las unidades de cuidados intensivos (UCI), urgencias, quirófanos, salas de reanimación y unidades de diálisis.

Los registros son:

- Constantes vitales: tensión arterial, pulso, temperatura, respiración, presión venosa central (PVC).

- Balance de líquidos.
- Nivel de conciencia y pupilas.
- Analíticas.
- Medicación.
- Control de vías, catéteres, sondas y drenajes.
- Parámetros del respirador.
- Cualquier parámetro importante para la unidad que diseñó la gráfica.

4.2. INDICACIONES MÉDICAS

Las indicaciones médicas comprenden las decisiones terapéuticas que emanan del profesional de medicina, las cuales deben ser respaldadas por notas (escritas) y deben ser acatadas por el resto del equipo de salud. Estas indicaciones comprenden desde decisiones terapéuticas sencillas (baño en cama, medición de constantes vitales, etc.) hasta otras más complejas como lo es la administración de medicamentos.

La administración de medicamentos es una de las tareas más complejas en el campo laboral del profesional de enfermería y de alguna manera demanda más atención y responsabilidad de parte del profesional, ya que una mala praxis desencadenaría daños irreversibles, incluso la muerte en el usuario.

En algunos casos el profesional de enfermería, basándose en su experiencia personal y sus conocimientos científicos, podría considerar que una indicación requiere ser revisada nuevamente por el profesional de la medicina, antes de ser ejecutada. Esta situación es sumamente delicada y pone a prueba la competencia científica y moral de la enfermera.

Ésta debe expresar en forma respetuosa y en privado su discrepancia con el médico tratante, precisando que con ello no pretende menoscabar su autoridad. Para llevar a cabo una actuación de este tipo, la enfermera debe hallarse profesionalmente capacitada para exponer argumentos convincentes.⁷

Para registrar el cumplimiento de indicaciones, se debe anotar la hora, firma y sello de la enfermera que cumplió la indicación, al lado derecho de la misma en la hoja de ordenes médicas.⁸

Cuando se registra el cumplimiento de medicamentos en la hoja de indicaciones médicas, se debe registrar la hora e iniciales de la enfermera que cumplió la indicación.

4.3. LINEAMIENTOS DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA

2.4.3.1 DEFINICION

Según el Consejo Superior de Salud Pública⁹, la nota de enfermería es un registro elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional así como la evolución de la enfermedad, cuidados y procedimientos.

Cuyo objetivo es llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado de la persona, dejar constancia de los problemas presentados por la

⁷ Esmirna T. Responsabilidad legal del profesional de enfermería en el cumplimiento de la indicación médica.

⁸ Vilma Esther V., Noé Félix E., José Rafael E., Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2º edición.

⁹ Consejo Superior de Salud Pública, Unidad de enfermería, ministerio de salud y junta de vigilancia de la profesión de enfermería. lineamiento notas de enfermería.

persona y cuidados de enfermería brindados, registrar todos los procedimientos proporcionados a la persona, servir como instrumentos de información en el campo de la salud como documentos científico legal, estudios de investigación.

Los componentes técnico legales de las notas de enfermería deben contener fecha, contenido con base al lineamiento, firma según DUI, sello según registro de JVPE y hora exacta según la acción realizada.

Además, deben ser sistemáticas, lógicas, claras, precisas, concretas, objetivas, la narración con orden lógico, el vocabulario debe ser técnico, lenguaje claro, evitar abreviaturas.

5. CARACTERISTICAS DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA

5.1. EXACTITUD: es importante que los registros sean exactos y correctos; las anotaciones exactas consisten en hechos u observaciones reales, en lugar de opiniones o interrupciones de una observación. Una buena escritura es esencial para la exactitud de los registros, si no se está seguro de cómo se escribe una palabra debe consultar un diccionario.

5.2. INTEGRIDAD: la información que se registre ha de ser completa y útil para la persona, los médicos, otras enfermeras y trabajadores que intervengan en la asistencia sanitaria, sin embargo, la historia de la persona puede utilizarse para indicar el tipo de cuidado administrado, una anotación completa como por ejemplo una persona que ha vomitado (comprende la hora, la cantidad, el color y el olor del vómito y cualquier otro dato sobre el paciente).

5.3. USO DE TINTA: todas las anotaciones de enfermería a la persona se realizan con tinta oscura en turno de día y en turno nocturno será de tinta roja, de forma que el registro sea permanente y puedan identificarse los cambios, las anotaciones han de ser legibles, y que se entienda con facilidad.

5.4. CONTENIDO DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA:

Esto debe llevar las observaciones hechas en el momento de admisión de la persona, condición general del paciente, tomando en cuenta su estado físico, emocional, reacción a medicamentos y tratamientos, condición de higiene y cuidados prestados, observaciones objetivas y subjetivas, efectividad de ciertos cuidados, medicamentos, tratamientos y procedimientos, enseñanza impartida, apoyo brindado y evaluación del aprendizaje.

5.5. INFORMACIÓN DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

5.5.1. Valoración de la persona por el personal de enfermería (palidez, enrojecimiento de la cara o presencia de orina oscura o turbia, entre otros).

5.5.2. Intervenciones de enfermería independientes, como cuidados especiales de la piel o formación del paciente, ejecutadas por iniciativa de la enfermera.

5.5.3. Intervenciones de enfermería dependientes, como medicamentos, tratamientos prescritos por un médico o procedimientos.

5.5.4. Evaluación de la eficacia de cada intervención de enfermería hospitalaria o comunitaria.

5.5.5. Acciones realizadas por el medico (por ejemplo: acortamiento de un tubo de drenaje posoperatorio).

5.5.6. Visitas de miembros del equipo de salud, (consulta de médico, fisioterapeuta, trabajadora social, entre otros).

6. UTILIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA.

- a) Poder evaluar la evolución de la enfermedad de la persona.
- b) Sirve de información al equipo de salud como documento científico y legal.
- c) Se puede identificar las necesidades de las personas.

7. CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE NOTA DE ENFERMERÍA

Enfermería emplea cuatro métodos para escribir las notas de evolución: Narrativa, Formato SOAP, focalizada y de excepción.

7.1. Nota narrativa.

Es una de descripción de la información y una nota cronológica que registra los datos en secuencia a medida que se producen en el tiempo, la nota cronológica registra los datos en secuencia a medida que se producen en el tiempo, se asocia comúnmente con las historias médicas fragmentadas, los formatos empleados para las notas se emplean con las historias médicas fragmentadas. Los formatos empleados para las notas varían de acuerdo de un lugar a otro. La principal desventaja es que para el lector resulta difícil encontrar todos los datos de un problema específico sin tener que examinar toda la información registrada. Por este motivo cierta información se documenta en las gráficas. Según el Consejo Superior de Salud Pública de El

Salvador (CSSP), las notas de enfermería deben poseer los siguientes componentes técnicos legales:

7.1.1 Fecha (Exacta)

7.1.2 Contenido (Con Base al Lineamiento)

- a) Sistemáticas
- b) Lógicas
- c) Claras
- d) Concretas
- e) Precisas
- f) Breves
- g) Objetivas
- h) La narración con orden lógico
- i) Vocabulario técnico
- j) Lenguaje claro
- k) Evitar abreviaturas

7.1.3 Firma (Según DUI)

7.1.4 Sello (Según Registro en la JVPE)

7.1.5 Hora (según la acción realizada)

7.2. Formato SOAP.

a) Es un acrónimo de Datos Subjetivos, Datos Objetivos, Valoración y Planificación, este formato se creó con las HCU, pero se utiliza cada vez más en muchos tipos diferentes de

registros. Los acrónimos SOAPIE y SOAPIER hacen referencias a formatos que añaden la ejecución, evaluación y la revisión. Un formato más reciente es el APIE valoración combina los datos subjetivos y objetivos con el diagnóstico de enfermería, plan de ejecución y evaluación.

b) Los datos subjetivos nos dicen lo que el cliente siente y el modo en que lo expresa, los datos objetivos comprenden medidas como las constantes vitales, observaciones de los miembros del equipo de salud, hallazgos de laboratorio, radiografías y respuestas del cliente a las medidas diagnósticas y terapéuticas.

c) En la fase de valoración el observador interpreta y extrae conclusiones de los datos subjetivos y objetivos.

d) La planificación es un plan de acción basado en datos anteriores, el plan inicial es escrito por la persona que anota el problema en el registro.

e) La ejecución o intervención es la documentación de las actividades del plan que se están ejecutando en realidad para el cliente.

f) Evaluación es la documentación de la respuesta al plan.¹⁰

7.3. Nota focalizada.

Utiliza palabras claves que describen lo que le está sucediendo al cliente, a diferencia de las gráficas unificadas la nota focalizada no se limita a los problemas clínicos.

¹⁰ Técnicas en enfermería clínica, cuarta edición, volumen 1 Capítulo III, PAG 57-59.

8. INFRACCIONES RELACIONADAS CON LAS NOTAS DE ENFERMERIA.

Según el Código de Salud en cuanto a las infracciones menos graves se encuentran reguladas a partir del artículo 285 que citan:

- a) Expedir certificados, constancias, dictámenes u otros documentos falsos sobre el estado de salud o causas del deceso de una persona;
- b) Suscribir certificados, constancias, dictámenes e informes preparados por terceras personas sin haber examinado o presenciado los hechos consignados en tales documentos;
- c) Mandar a elaborar el sello de profesional o de un establecimiento sin la autorización correspondiente de la Junta respectiva o del Consejo.¹¹

9. SANCIONES SEGÚN LA LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

2.9.1. SANCIONES¹²

Art. 45.- Las sanciones que se impondrán a las personas que cometan las infracciones que regula la presente ley serán:

- a) Para las infracciones graves, suspensión del ejercicio profesional de un mes a cinco años.

¹¹ Vilma Esther V., Noé Félix E., José Rafael E., Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2º edición.

¹² Decreto 307. Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud. fecha de emisión 10 de marzo de 2016 y fecha de publicación 08 de abril de 2016, sección 2 pagina 24.

- b) Para las infracciones menos graves, multa de uno a veinte salarios mínimos mensuales del sector comercio y servicio vigentes.
- c) Para las infracciones leves, amonestación escrita agregada al expediente del Profesional en la Junta de Vigilancia correspondiente, en el caso de los profesionales de salud, y al expediente del paciente, en el caso de los pacientes.

9.2. CRITERIOS DE GRADUALIDAD DE LAS SANCIONES

Art. 46.-Para la imposición de las sanciones establecidas en la presente ley se tomará en cuenta los siguientes criterios:

- a) La naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida y salud de las personas.
- b) El grado de intencionalidad del infractor.
- c) El grado de participación en la acción u omisión, según el caso.
- d) La capacidad de evitar el daño causado.

9.3. PAGO DE MULTAS

Art. 47.-Las multas impuestas deberán cancelarse dentro del plazo de treinta días hábiles después de notificada la resolución final en firme. El Consejo proporcionará el mandamiento de ingreso respectivo e ingresarán a la Tesorería del Consejo.

Después de transcurrido el plazo para el pago de dicha multa sin haberse hecho efectiva, se procederá a certificar la resolución que la contenga, la cual tendrá fuerza ejecutiva para efectos de cobro por la vía judicial.

10. ARTICULOS DEL CODIGO PENAL RELACIONADOS AL ESTUDIO Y APLICACIÓN DE LA LEY PENAL A LAS PERSONAS.

10.1. COMISIÓN POR OMISIÓN

Art. 20.- El que omita impedir un resultado, responderá como si lo hubiera producido, si tiene el deber jurídico de obrar y su omisión se considerará equivalente a la producción de dicho resultado. El deber jurídico de obrar incumbe a quien tenga por ley obligaciones de cuidado, protección o vigilancia, al que con su comportamiento precedente creó el riesgo y al que, asumiendo la responsabilidad de que el resultado no ocurriría, determinó con ello que el riesgo fuera afrontado.

10.2. CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES

Art. 30.- Son circunstancias que agravan la responsabilidad penal:

ALEVOSIA

1) Cometer el delito con alevosía. Existe alevosía cuando, en los delitos contra la vida o la integridad personal, el hechor provoca o se aprovecha de la situación de indefensión de la víctima para prevenir el ataque o defenderse de la agresión, sin riesgo de su persona. Se presume legalmente la alevosía cuando la víctima fuere menor de doce años y en el caso de homicidio precedido de secuestro.

10.3. PENAS PRINCIPALES

Art. 45.- Son penas principales:

1) la pena de prisión, cuya duración será de seis meses a sesenta años. En los casos previstos por la ley el cumplimiento de la pena será en una celda o pabellón especial de aislados.

2) La pena de arresto de fin de semana, cuya duración será entre cuatro y ciento cincuenta fines de semana.

3) La pena de arresto domiciliario, cuya duración será de uno a treinta días.

4) La pena de multa, cuyo importe se cuantificará en días multa y será de cinco a trescientos sesenta días multa.

5) La pena de prestación de trabajo de utilidad pública, cuya duración será de cuatro a ciento cincuenta jornadas semanales.

10.4. DE LAS PERSONAS QUE INCURREN EN RESPONSABILIDAD CIVIL RESPONSABLES DIRECTOS

Art. 116.- Toda persona responsable penalmente de un delito o falta, lo es también civilmente, si del hecho se derivan daños o perjuicios, ya sean éstos de carácter moral o material. Las empresas que hubieren asumido el riesgo de las responsabilidades pecuniarias.

Como consecuencia de un hecho previsto en la ley penal, serán responsables civilmente hasta el límite de la indemnización legalmente establecido o

convencionalmente pactada, sin perjuicio del derecho de repetición contra quien corresponda.

10.5. DELITOS RELATIVOS A LA INTEGRIDAD PERSONAL

DE LAS LESIONES

Lesiones: un daño en su salud, que menoscabe su integridad personal, hubiere producido incapacidad para atender las ocupaciones ordinarias o enfermedades por un período de cinco a veinte días, habiendo sido necesaria asistencia médica o quirúrgica será sancionado con prisión de uno a tres años.

LESIONES GRAVES

Art. 143- Las lesiones se consideran graves si producen incapacidad para atender las ocupaciones ordinarias o enfermedad por un período mayor de veinte días, habiendo sido necesaria asistencia médica o quirúrgica. En estos casos se impondrá la pena de prisión de tres a seis años.

LESIONES MUY GRAVES

Art. 144- La pena será de cuatro a ocho años de prisión si se produjere cualquiera de los resultados siguientes:

- 1) Grave deformidad física en el cuerpo.
- 2) Grave perturbación funcional permanente, pérdida de la función o pérdida anatómica de un órgano o miembro principal.
- 3) Grave perturbación psíquica.
- 4) Enfermedad que pusiere en grave peligro la salud de la persona.

MANIPULACIÓN DE INFORMACIÓN.

Art. 147-. El profesional de salud que participe en un proceso de evaluación diagnóstica para una intervención quirúrgica de extracción o trasplante de

tejidos humanos, que proporcione información falsa o distorsionada con el fin de influir en la decisión de donar o recibir dichos órganos o tejidos, será sancionado con prisión de tres a cinco años.

ALTERACIÓN DE SUSTANCIAS MEDICINALES

Art. 274- Será sancionado con prisión de dos a cuatro años e inhabilitación especial para la profesión u oficio por el mismo tiempo.

1) quien al elaborarla o en momento posterior, alterare la cantidad, la dosis o la composición genuina, según lo autorizado o declarado, de una sustancia medicinal, privándola total o parcialmente de su eficacia.

2) Imitare o simulare sustancias medicinales, dándoles apariencia de verdaderas, con ánimo de expenderlas o autorizarlas.

3) Tuviere en depósito, ofreciere, vendiere, facilitare o utilizare en cualquier forma las sustancias medicinales referidas, conociendo de su alteración y con el propósito de expenderlas o destinarlas al uso de otras personas.

FALSEDAD DOCUMENTAL AGRAVADA

Art. 285.- En los casos de los artículos anteriores, si el autor fuere funcionario o empleado público o notario y ejecutare el hecho en razón de sus funciones, la pena se aumentará hasta en una tercera parte del máximo y se impondrá, además, inhabilitación especial para el ejercicio del cargo, empleo o función por igual tiempo.

11. TEORÍA DE ENFERMERÍA DE LA FUNDAMENTACIÓN DE LOS REGISTROS.

11.1. ESTUDIO BASADO EN LA TEORÍA DE PATRICIA BENNER.

Esta teoría considera la Enfermería como una disciplina profesional, que contiene como tales dimensiones históricas, antropológicas, filosóficas, valores propios, principios éticos y un marco legal, que le lleva a poseer un conocimiento propio que respalda la práctica de enfermería¹³. El cual ha ido incrementando mediante las acciones que ejecutamos, conocimiento que en muchas ocasiones no es debidamente registrado, perdiendo mucha información que es de gran importancia para conocer qué acciones son más factibles a realizar en un cuidado futuro.

Para garantizar este cuidado es necesario tener un conocimiento previo el cual se adquiere mediante la teoría y la práctica. Según la teorista Patricia Benner afirma que el desarrollo de conocimiento en una disciplina practica “consiste en ampliar el conocimiento práctico (el saber practico) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico existente desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de la disciplina.

Considera que las enfermeras no han documentado adecuadamente sus conocimientos clínicos, y que “la falta de estudio de nuestras prácticas y de las observaciones clínicas provoca que la teoría enfermera carezca de singularidad y la riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta”. En base a esto es importante destacar la importancia que conllevan las anotaciones de enfermería ya que, en el expediente clínico, estas corroboran el cumplimiento de los diferentes cuidados que se le realizan a nuestros

¹³ Natorabet. modelo y teoría de enfermería Patricia Benner. Slideshare [internet] 7 de julio de 2014.

pacientes tantos ya sea por el personal de enfermería o los diferentes proveedores de salud.

Benner estudió la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica enfermera. Una de las primeras distinciones teóricas que Benner estableció fue la diferencia entre la práctica y el conocimiento teórico.

- a) SABER PRACTICO Consiste en una adquisición de una habilidad que puede desafiar al saber teórico.

- b) SABER TEÓRICO Sirve para que un individuo asimile un conocimiento y establezca relaciones causales entre los diferentes sucesos.

Benner sostiene que el conocimiento práctico puede ampliar la teoría o desarrollarse antes que las formulas científicas. La práctica clínica es un área de investigación y una fuente para el desarrollo del conocimiento. Incorpora la noción de excelencia; estudiando la práctica, las enfermeras pueden descubrir nuevos conocimientos.

Mediante la investigación y la observación científica, se debe empezar a registrar y a desarrollar el saber práctico del trabajo clínico experto. La teoría proviene de la práctica y la práctica es modificada o ampliada por la teoría.

Benner adopto el modelo de Dreyfus, ellos desarrollaron el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades, al aplicar el modelo Benner observo que la adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura y más rápida cuando se produce a partir de una base educativa sólida. A medida

que la enfermera gana experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico.

11.2 PRINCIPALES ASPECTOS DE LA PRÁCTICA DE UNA ENFERMERA

En la práctica de enfermería el profesional debe demostrar dominio clínico y de la práctica basada en los recursos, tener asimilación del saber práctico, conocer una visión general de lo que acontece y saber prever lo inesperado, garantizando una atención de calidad que ayudara a la pronta recuperación del paciente. Sin embargo, estos aspectos no logran concretarse como acciones realizadas ya que en ocasiones no hay un registro adecuado de dichas actividades.

Los registros de enfermería son actualmente más importantes que nunca, debido al aumento de las situaciones médico-legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado, respaldo que, idealmente, debe ser legible y oportuno.

En la teoría de Patricia Benner incluye diferentes conceptos y definiciones que deben ir inmersos en todo registro de enfermería como son:

- a) **ASPECTOS DE UNA SITUACIÓN:** Son elementos recurrentes situacionales y significativos que se reconocen y se comprenden en el contexto gracias a la experiencia previa de la enfermera.
- b) **ATRIBUTOS DE UNA SITUACIÓN:** Son las propiedades mediables de una situación que puede entenderse sin haberla vivido anteriormente.
- c) **COMPETENCIA:** Área definida como una actuación calificada que se conoce y se describe según su intención, funciones y significado.

- d) CASO PARADIGMATICO: Es la experiencia clínica que destaca y modifica el modo en que la enfermera percibe y entiende las situaciones clínicas futuras.
- e) COMPORTAMIENTO: Estilo y manera de actuar e interactuar con el paciente su estado de salud y enfermedad.
- f) HERMENEUTICA: hace referencia a la descripción y el estudio de los fenómenos humanos comprensibles de maneras cuidadosa y detallada con la máxima independencia posible de suposiciones teóricas.

El buen registro es útil para el paciente, porque apoya, mantiene y mejora la calidad de la atención clínica, que necesita una buena fuente de información del estado del paciente. Es una fuente de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud y apoya la investigación.

El registro permite identificar al personal que estuvo a cargo de un paciente determinado, permite conocer los aspectos de una situación, los atributos que esta cuenta para saber cómo actuar, además registra la competencia del personal de enfermería, el comportamiento del estado de salud del paciente, analizar la oportunidad de la atención y realizar la vigilancia de enfermería.

También permite hacer un análisis frente a los problemas legales originados por error en la administración de fármacos o por accidentes de los pacientes. Un buen registro puede ser una herramienta atenuante o esclarecedora de lo que sucedió. Todos estos conocimientos pueden ser posibles mediante un adecuado registro de la práctica de enfermería

CAPITULO III.

A. SISTEMA DE HIPÓTESIS.

1. HIPÓTESIS GENERAL

Un mayor porcentaje de los registros del cuidado proporcionado por Enfermería son aplicados correctamente en el expediente clínico, en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

Ha1: Un porcentaje mayor o igual al 80% del personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael, realizan un manejo correcto de la cuadrícula de signos vitales.

Ho. El personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael, realizan un manejo incorrecto de la cuadrícula de signos vitales en un porcentaje menor al 80% de signos vitales.

Ha2: El cumplimiento de las acciones de enfermería en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico se registran correctamente en un porcentaje mayor o igual al 80% por personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

Ho. El cumplimiento de las acciones de enfermería en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico se registra incorrectamente en un porcentaje menor al 80% por el personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

Ha3: Los lineamientos legales establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública son aplicados en un porcentaje mayor o igual al 80% en la elaboración de las notas de enfermería por el personal que labora en los servicios de Medicina interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

Ho. Los lineamientos legales establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública son aplicados en un porcentaje menor al 80% en la elaboración de las notas de enfermería por el personal que labora en los servicios de Medicina interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

				<ul style="list-style-type: none">• Registro de la temperatura.<ul style="list-style-type: none">✓ Registro con lápiz bicolor✓ Registra correctamente puntuación establecida.✓ Registra según horario de rutina.• Registro de la presión arterial• Líquidos orales.• Vómitos.• Evacuaciones.
--	--	--	--	--

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
2. Aplicación del registro de la hoja de indicaciones médicas.	Registro de las intervenciones de enfermería prescritas por el médico, en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico.	La forma que registrar las intervenciones de enfermería en la hoja de indicaciones médicas por parte del personal en cada turno.	Acciones independientes de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro del cumplimiento de la dieta • Registro del cumplimiento de toma de signos vitales. • Registro de toma de exámenes • Registro del cumplimiento de medicamentos

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>3. Aplicación de los lineamientos legales de las notas de enfermería.</p>	<p>Registro escrito elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta el estado físico, mental, emocional, así como la evolución de la enfermedad y los cuidados.</p>	<p>Es la utilización de las normativas legales y autorizadas por el consejo de salud pública que dan dirección a la forma de realizar los registros elaborados por el personal de enfermería en los servicios de medicina interna y pediatría acerca de las observaciones del paciente.</p>	<p>Componentes Técnicos legales de las notas de enfermería según CSSP</p> <p>Contenido de las notas de enfermería según el CSSP</p> <p>Características de la nota de enfermería según CSSP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha • Hora • Firma según DUI • Sello según JVPE • Lógicas • Claras • Concretas • Precisas • Vocabulario técnico • Evitar abreviaturas • Exactitud • Integridad • Uso de tinta • Contenido

CAPITULO IV.

A. DISEÑO METODOLÓGICO.

1. TIPO DE ESTUDIO.

Para la investigación se utilizaron los siguientes tipos de estudio los cuales sirvieron como guía para la planificación y ejecución, ya que por la naturaleza de la investigación permitieron el alcance de los objetivos y la comprobación de hipótesis.

DESCRIPTIVO:

El estudio fue descriptivo porque permitió plasmar las características de las variables en relación a los registros del cuidado que realiza el personal de enfermería en el expediente clínico en los servicios de medicina Interna y Pediatría.

TRANSVERSAL.

Permitió conocer los hechos en un momento, haciendo un corte en el tiempo debido a que se estudiaron la variable aplicación en un periodo comprendido de noviembre- diciembre del 2017, sin hacer seguimiento posterior.

2. ÁREA DE ESTUDIO.

La investigación se realizó en el Hospital Nacional San Rafael ubicado Carretera Panamericana kilómetro 15, Santa Tecla, El Salvador siendo ésta una institución de Salud de segundo nivel de complejidad el cual ofrece servicios a los pacientes de bajo, mediano y alto riesgo.

3. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.1. UNIVERSO.

El universo fue de 228 expedientes clínicos que se encuentran activos en el Hospital Nacional San Rafael, en los cuales realizan el registro del cuidado de enfermería 210 recursos.

3.2. POBLACION.

La población estuvo constituida por 86 expedientes de los servicios de Medicina Interna y Pediatría; debido a que el propósito de la investigación fue verificar los registros del cuidado proporcionado por el personal de enfermería que labora en los servicios de medicina interna y pediatría, se tomó el 100% de los recursos, además se seleccionaron 3 expedientes por cada enfermera(o) haciendo un total de 105.

SERVICIO	RECURSOS DE ENFERMERIA	NUMERO DE EXPEDIENTES
Medicina Interna.	18	54
Pediatría	17	51
Total:	35	105

3.3. MUESTRA.

La muestra estuvo conformada por el 100% de la población, para la selección de los expedientes se aplicó el muestreo aleatorio simple, tomando los primeros 3 expedientes clínicos de los pacientes asignados por recurso de enfermería

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

4.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Expedientes clínicos activos en los servicios de Medicina Interna y Pediatría.

4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Expedientes clínicos de pacientes dados de alta los días de la recolección de datos.
- b) Expedientes que se encuentran en procedimientos especiales durante la recolección de datos.
- c) Expedientes clínicos que se encuentren foliados bajo investigación.

5. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

5.1. MÉTODOS.

Los métodos que se utilizaron fueron los siguientes:

Método de análisis

Este método permitió llevar una secuencia lógica, sistematizada y coherente garantizando así, un proceso investigativo de calidad científica facilitando la obtención del conocimiento sobre las variables estudiadas.

Método de síntesis.

Este método permitió presentar la información de manera concreta, que facilitó la comprobación de Hipótesis y plantear la propuesta de intervención.

Método científico.

Facilitó orientar el proceso de la investigación y poner a prueba las hipótesis utilizando instrumentos y técnicas, mediante la aplicación de un proceso sistemático y ordenado.

Método estadístico.

Se utilizó el método porcentual el cual facilitó la cuantificación de los datos y la media aritmética.

5.2. TÉCNICAS

Para la ejecución de la investigación se aplicó la técnica de la revisión documental; esta permitió verificar los registros que realiza el personal de enfermería en el expediente clínico.

5.3. INSTRUMENTOS.

LISTA DE COTEJO.

Este instrumento facilitó la revisión de tres aspectos, en los cuales el personal de enfermería registra información: cuadrícula de signos vitales, hoja de indicaciones médicas y hoja de anotaciones de enfermería en esta última se verificó la aplicación de los lineamientos según el Consejo Superior de Salud Pública.

6. PROCEDIMIENTOS

6.1 PRUEBA PILOTO.

La validación de la lista de cotejo se realizó en la cuarta semana del mes de octubre en el servicio de Ortopedia del hospital Nacional San Rafael debido a que este cuenta con características similares en las unidades de análisis seleccionadas para el estudio; para ello se realizaron coordinaciones con el jefe del departamento enfermería.

Teniendo como objetivo verificar la comprensión y claridad de la lista de cotejo y así poder determinar si existe confiabilidad. Se tomó el 10% del total de expedientes clínicos.

6.2 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS.

La recolección de la información se realizó previa coordinación con las autoridades del Hospital Nacional San Rafael por las autoridades de la carrera de Licenciatura en Enfermería en la cuarta semana del mes de noviembre y primera semana de diciembre del año 2017.

El grupo investigador se organizó de la siguiente manera.

Servicio hospitalario	Medicina interna	Pediatría
	Lista de cotejo	Lista de cotejo
Nombre del Investigador		
Br. Jonathan Reyes	18	17
Br. Carlos Polanco	18	17
Br. Roberto Velásquez	18	17
TOTAL	54	51

6.3 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS.

Posterior a la recolección de la información, se procedió a la tabulación de resultados, el cual facilitó el ordenamiento de los datos y su posterior análisis e interpretación de los mismos.

Se utilizó la siguiente matriz:

CUADRO N°

Título:

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Total		

Dónde:

Alternativa: Fueron las opciones presentadas para elegir.

Frecuencia: Fue el número de veces que se repite un dato.

Porcentaje: La cuantificación porcentual multiplicando la frecuencia por cien dividida entre la población estudiada.

Total: Dato final de la cuantificación de respuestas.

7. PLAN DE ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

Se procedió a realizar el análisis e interpretación de cada uno de los resultados obtenidos y asociados según variables.

8. COMPROBACION DE HIPOTESIS.

La prueba estadística seleccionada para el procedimiento de comprobación de hipótesis, fue la media aritmética.

La media aritmética o promedio simple, muestra el valor central de los datos. En general es calculada sumando los valores de interés y dividiéndolos entre el número de valores sumados. Expresada en las mismas unidades que la variable. En su cálculo intervienen todos los valores de la distribución. Es el centro de toda la distribución por lo que se ve afectada por los valores extremadamente grandes o pequeños de esta.

Fórmula:

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

Dónde:

Σ = Sumatoria.

x= es la sumatoria de todos los datos.

n= es la toda la población.

Se utilizó el siguiente cuadro para el vaciamiento de los datos en las hipótesis número 1 y número 2:

Cuadro N°
Hipótesis N°

Indicador	Resultado			
	Correcto		Incorrecto	
	Fr	%	Fr	%
TOTAL				

Fuente:

Donde se entenderá lo siguiente:

Hipótesis se refiere al nombre de la hipótesis a comprobar.

Resultado son las opciones de lo que se puede observar.

Correcto: cuando se cumplan con todos los elementos establecidos para los registros en la cuadrícula y hoja de indicaciones médicas.

Incorrecto: cuando no se cumpla con todos o algunos indicadores establecidos en la investigación.

Para la hipótesis número 3 se utilizó el siguiente cuadro:

Cuadro N°

Hipótesis N°

Indicador	Resultado			
	Lo aplica		No lo aplica	
	Fr	%	Fr	%
TOTAL				

Fuente:

Donde se entiende lo siguiente:

Hipótesis se refiere al nombre de la hipótesis a comprobar.

Resultado son las opciones de lo que se puede observar.

Lo aplican se entendió como: el personal de enfermería aplica todos los lineamientos establecidos por el Concejo Superior de Salud Pública al realizar las notas de enfermería.

No lo aplica se entendió como: el personal de enfermería no aplica todos o algunos de los lineamientos establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública al realizar las notas de enfermería.

9. MARCO ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN

Para la ejecución de la investigación se tomaron en cuenta los siguientes principios éticos que según Polit Hungler, los cuales son aplicados al realizar investigaciones científicas en las ciencias de la salud. El accionar de todo profesional de enfermería tiene como base la ética, la cual juega un papel importante en la investigación, ya que se aplica a seres humanos que requiere un análisis cuidadoso respetando derechos, valores y principios; es por eso que en este informe final sobre la aplicación de los registros del cuidado que realiza el personal de enfermería de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael, se tomaron en cuenta los tres principios éticos aplicados a la investigación, los cuales son: Beneficencia y no maleficencia, Respeto a la Dignidad Humana y Justicia.

Ante el principio de Beneficencia y no maleficencia: los registros del cuidado realizados por el personal de enfermería fueron utilizados específicamente para fines de la investigación, con esta se benefició al profesional de enfermería ya que a través de los resultados se planteó la propuesta para mejorar en el ejercicio de la profesión.

El Respeto a la Dignidad Humana se hace efectivo al guardar en todo momento la privacidad de la persona que registra y tener acceso a los resultados del estudio cuando así lo requieran

Finalmente, el principio de Justicia garantizo que la información recolectada fue utilizada para fines de la investigación sin hacer prejuicios ni distinción entre los recursos que participaron en la investigación.

CAPITULO V

B. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

1. PRESENTACIÓN DE DATOS.

I. Aplicación del manejo de la cuadrícula de signos vitales.

CUADRO N° 1

Personal de enfermería que registra el nombre completo del paciente

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	104	99.04%
No	1	0.96 %
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: : Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 99.04% del personal de enfermería registra el nombre completo del paciente mientras que solo un 0.96% no lo realiza. Según Zenaira Albornoz, en el Blog de enfermería titulado hojas de registro y graficas de hospitalización, registrar el nombre del paciente es el primer elemento en la cuadrícula de signos vitales. Al colocarlo se evitan posibles errores en el tratamiento, cumplimiento de procedimientos, la probabilidad de confusiones entre pacientes por parte del equipo de prestadores de servicios de salud por la similitud entre nombres.

CUADRO N° 2

Personal de enfermería que escribe el número de registro.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	100%
No	0	0%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 100% del personal de enfermería escribe el número de registro en la cuadrícula de signos vitales. Colocar el registro con el cual se identifica hospitalariamente al paciente es otro de los apartados importantes de esta y es el segundo elemento a tomar en cuenta en los datos de identificación del paciente según se describe en el Blog de enfermería titulado hojas de registro y graficas de hospitalización por Zenaira Albornoz. Con este código numérico se logra tener un control de los pacientes antes ingresados, ya que las instituciones prestan atención en salud a una cantidad grande de la población y muchas de estas tienen nombres homólogos, por lo tanto, colocar el registro evita confusiones entre pacientes.

CUADRO N° 3

Registro de la edad del paciente en la hoja de signos vitales.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	100%
No	0	0%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de los expedientes clínicos cotejados el 100% del personal de enfermería registra la edad del paciente en la cuadrícula de signos vitales. Este apartado es de gran importancia, ya que con este dato el equipo de salud puede determinar algunos procedimientos como: las dosis de medicamentos, etapas de desarrollo, riesgo y beneficio de procedimientos, rangos normales de exámenes de laboratorio, entre otros. También los signos vitales pueden variar de acuerdo a la edad el paciente.

CUADRO N° 4

Registro del servicio donde está hospitalizado el paciente en la cuadrícula de signos vitales

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	100%
No	0	0%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de los expedientes clínicos cotejados el 100% del personal de enfermería registra el servicio donde está hospitalizado el paciente en la cuadrícula de signos vitales. Según Zenaira Albornoz colocar el servicio donde se encuentra hospitalizado el usuario es un elemento básico de los datos de identificación del paciente, y es de mucha importancia ya que al momento de realizar algún procedimiento o traslado se conoce donde se le brindo anteriormente la atención al usuario; además sirve como referencia para el equipo de salud cuando es necesaria la visita médica, traslado o envió de resultados de procedimientos como: exámenes de laboratorio, biopsias, placas de rayos x, medicamentos especiales, entre otros.

CUADRO N° 5

Registro de la fecha de ingreso del paciente en la cuadrícula de signos vitales.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	100	95.2%
No	5	4.8%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 95.2% del personal de enfermería registra correctamente la fecha de ingreso del paciente en la cuadrícula de signos vitales mientras que el 4.8% no. Colocar la fecha de ingreso del usuario en la hoja de signos vitales sirve de referencia para conocer los días de estancia hospitalaria, además ayuda a llevar un registro de ingresos diarios por parte del personal de enfermería y también evidencia el día en que el paciente ingreso, dato que coadyuva al cálculo de gastos por parte del hospital que ayuda para las estadísticas del sistema de vigilancia sanitaria entre otros.

CUADRO N° 6

Personal de enfermería que registra los días de estancia hospitalaria del paciente en la cuadrícula de signos vitales

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	100%
No	0	0%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 100% del personal de enfermería que registra los días de estancia hospitalaria del paciente en la cuadrícula de signos vitales. En relación a este aspecto Zenaira Albornoz afirma lo siguiente: “en la parte superior izquierda de la cuadrícula donde aparecen los días del mes se anotan los días desde el ingreso y en la parte inferior se registran los días de hospitalización iniciado desde el día cero”. Esto es de suma importancia para que el personal de enfermería y el equipo médico lleve un control de la evolución del paciente y los días de tratamientos; la evolución puede determinar posibles riesgos como una infección asociada a la atención sanitaria. Llevar un registro de los días de estancia hospitalaria del paciente también contribuye al cálculo de gastos por parte del hospital y da una referencia para las estadísticas del sistema de vigilancia sanitaria entre otros.

CUADRO N° 7

Personal de enfermería que registra el pulso del paciente.

Alternativa	Si	%	No	%	No aplica	%	Total
Registro con lápiz bicolor (rojo)	105	100%	0	0%	0	0%	105
Registra la puntuación establecida por cuadro (4 puntos por cuadro)	105	100%	0	0%	0	0%	105
Registra según horario de rutina (mañana y tarde)	104	99.04%	1	0.96%	0	0%	105

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 100% registra con lápiz bicolor rojo el pulso del paciente, además el 100% registra utilizando la puntuación establecida por cuadro, en cuanto al registro según el horario de rutina el 99.04% registra respetando el horario de rutina del servicio mientras que 0.96% no lo hace. Carlos Augusto Sanchez Morales del Instituto Nacional de Ciencias Médicas afirma “los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardíaco”. Por tanto registrar el pulso del paciente es de vital importancia, porque sirve para conocer la función del sistema circulatorio y realizar las intervenciones correspondientes, da al médico y demás equipo de salud una referencia del estado y la evolución de la salud del paciente, permite al personal de enfermería hacer una valoración y análisis oportuno sobre el progreso o retroceso de la salud del usuario y así realizar

acciones encaminadas al bienestar del mismo. Este puede variar de acuerdo a la edad y a la condición de salud del paciente. Según Zenaira Albornoz en el blog de enfermería, hojas de registro y graficas de hospitalización afirma que para registrar el pulso se utilizar lápiz bicolor rojo, también se tomara en cuenta el valor establecido para cada espacio en la cuadrícula, que es de 4 puntos por cuadro, debe colocarse un punto y unirlo con una línea con el punto anterior para obtener la gráfica y verificar la curva de la función vital. Además de registrarlo según la rutina del servicio.

CUADRO N° 8

Personal de enfermería que registra la temperatura del paciente.

Alternativa	Si	%	No	%	No aplica	%	Total
Registro con lápiz bicolor (azul)	105	100%	0	0%	0	0%	105
Registra la puntuación establecida por cuadro (2 puntos por cuadro)	105	100%	0	0%	0	0%	105
Registra según horario de rutina (mañana y tarde)	104	99.04%	1	0.96%	0	0%	105

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 100% registra la temperatura con lápiz bicolor, utilizando la puntuación establecida por cuadro, según el horario de rutina, mientras que 0.96% no lo hace. Los signos vitales deben ser tomados y registrados en el expediente clínico en las hojas correspondientes por el personal de enfermería según indicación médica de acuerdo a lo establecido en el manual de procedimientos generales de enfermería para la atención de pacientes. Colocar la temperatura es muy importante ya que la fiebre es un signo de infección y controlarla es de vital importancia. Según Zenaira Albornoz para registrar la temperatura esta debe ser escrito con lápiz bicolor azul. Además de respetarse el valor establecido para cada espacio en la cuadrícula que es de 2 puntos por cuadro, debe colocarse un punto y unirlo con una línea con el punto anterior para obtener la gráfica y verificar la curva febril. También debe registrarse según la rutina del servicio.

CUADRO N° 9

Registro de la presión arterial del paciente en la cuadrícula de signos vitales.

Alternativa	SI	%	NO	%	No Aplica	%
Medicina Interna	53	50.48%	1	0,95 %	0	0%
Pediatría	0	0%	51	48.52%	0	0%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados, se verifico que el 50.48 % del personal de medicina interna, registra la presión arterial en la cuadrícula de signos vitales, y solo un 0,95% no lo hace; mientras que un 48.57% que corresponde al personal de pediatría no lo registra; La presión arterial (PA) es un parámetro que permite verificar el estado de salud del paciente y su evolución, además de arrojar datos de gran importancia para el tratamiento y la protección de la vida del usuario; en el blog de enfermería, hojas de registro y graficas de hospitalización Zenaira Albornoz expone que uno de los elementos que debe de registrarse en la hoja de signos vitales.

CUADRO N° 10

Personal de enfermería que registra los líquidos orales que ingiere el paciente en la cuadrícula de signos vitales

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	17.2%
No	87	82.8%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados solo el 17.2% del personal de enfermería registra los líquidos orales que ingiere el paciente mientras que el 82.8% no los registra. Genaro M. Chacón Mendoza, en su blog Método de grafica historia clínica explica que “el registros del balance Hídrico se encuentra debajo de la cuadrícula de signos vitales, debe de llenarse cada 24 horas, después de cerrar el Balance Hídrico en el turno noche”. Registrar los líquidos orales es de suma importancia para llevar un monitoreo de las entradas y salidas de líquidos diarios, (balance hídrico), en paciente con patologías de bajo y mediano riesgo si bien este dato se lleva en una hoja diferente a la cuadrícula es importante tener un respaldo de la información, si se presentan confusiones o hay variación en el estado de salud del paciente.

CUADRO N° 11

Personal de enfermería que registra los vómitos y evacuaciones del paciente en la cuadrícula de signos vitales.

Alternativa	Vómitos	Porcentaje	Evacuaciones	Porcentaje
Si	95	90.5%	100	95.2%
No	10	9.5%	5	4.8%
No aplica	0	0%	0	0%
Total	105	100%	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados se encontró que el 90.5% del personal de enfermería registra los vómitos del paciente, mientras que el otro 9.5% no lo hace. En cuanto a las evacuaciones se observa que el 95.2% del personal de enfermería las registra, no así el 4.8%. Los vómito y evacuaciones son síntomas de diversas patologías, vigilarlos y registrarlos es de suma importancia para el diagnóstico y tratamiento del paciente. Genaro M. Chacón Mendoza, explica que “ el registros del balance Hídrico se encuentra debajo de la cuadrícula de signos vitales, debe de llenarse cada 24 horas y deberá de cerrarse en el turno noche”.

II. Aplicación del registro de la hoja de indicaciones médicas..

CUADRO N° 12

Personal de enfermería que registra el cumplimiento de las dietas.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	103	98.1%
No	2	1.9%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de los expedientes cotejados el 98.9% del personal de enfermería registra en la hoja de indicaciones médicas el cumplimiento de la dieta, mientras que solo el 1.9% no lo hace. La dieta es parte importante del tratamiento para la recuperación de la salud del usuario, ya que en muchas patologías el llevar una dieta adecuada es un factor determinante para el mantenimiento óptimo de la salud. Además, esta cubre las necesidades fisiológicas y nutricionales por tanto esta debe estar individualizada según las características de cada paciente. El profesional de enfermería debe velar por el estricto cumplimiento de la dieta, así como de su registro ya que evidencian el cumplimiento de su rol. Según las Normas para el expediente clínico en el ISSS afirma lo siguiente “Para registrar el cumplimiento de indicaciones, se debe anotar la hora, firma y sello de la enfermera que cumplió la indicación, al lado derecho de la misma en la hoja de ordenes médicas”. Por lo tanto, se deberá respetar las normas para registrar esta acción ya que evidencia las acciones independientes del profesional de enfermería.

CUADRO N° 13

Personal de enfermería que registra el cumplimiento de la toma de signos vitales.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	100%
No	0	0%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de los expedientes cotejados el 100% del personal de enfermería registra en la hoja de indicaciones medicas el cumplimiento de la toma de signos vitales. Los signos vitales son parámetros al observar y medir los cambios de estos se pueden detectar problemas de salud, realizar un análisis sobre el estado de salud y ejecutar acciones encaminadas al mantenimiento, mejoría y recuperación del estado de salud. El personal de enfermería es el responsable de realizar esta acción ya que el cuidado prestado en las áreas de hospitalización es de vigilancia continua. Esto queda evidenciado gracias a que se lleva un registro de su cumplimiento en la hoja de indicaciones médicas la cual debe de contener firma y sello de la enfermera que cumplió la indicación, según se establece en las Normas para el expediente clínico en el ISSS.

CUADRO N° 14

Personal de enfermería que registra el cumplimiento de toma de exámenes de laboratorio.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	103	98.1%
No	2	1.9%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de los expedientes cotejados el 98.1% del personal de enfermería registra en la hoja de indicaciones médicas el cumplimiento de la toma de exámenes de laboratorio, mientras que solo el 1.9% no lo hace. El registrar de la toma de exámenes debe estar respaldado por la firma y sello de la enfermera que cumplió la indicación, según se establece en las Normas para el expediente clínico en el ISSS. Además, es de sumamente importancia su registro, ya que con este acto se lleva un control de los exámenes tomados; También ayuda a la comunicación entre el personal de enfermería y demás equipo de salud; aporta comodidad y bienestar al usuario ya que evita que se puncione en múltiples ocasiones para tomar la muestra por el mismo examen solicitado; disminuye los costos de hospitalización, evitando que el mismo examen sea tomado en múltiples ocasiones para consultar sus resultados.

CUADRO N° 15

Personal de enfermería que registra la hora de cumplimiento de medicamentos

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	100%
No	0	0%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 100% del personal de enfermería registra la hora del cumplimiento de medicamentos. Esmirna T. en su documento titulado Responsabilidad legal del profesional de enfermería en el cumplimiento de la indicación médica afirma lo siguiente: “La administración de Medicamentos es una de las tareas más complejas en el campo laboral del profesional de enfermería y de alguna manera demanda más atención y responsabilidad de parte del profesional”. Según las Normas para el expediente clínico en el ISSS para registrar el cumplimiento de indicaciones, se debe anotar la hora, firma y sello de la enfermera que cumplió la indicación, al lado derecho de la misma en la hoja de ordenes médicas. Al hacerlo el personal de enfermería está asegurando el cumplimiento del tratamiento farmacológico, representa también la responsabilidad del que cumple el medicamento y sirve de referencia para fines legales en caso de mala praxis.

CUADRO N° 16

Personal de enfermería que registra las iniciales del personal que cumple la indicación médica.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	100%
No	0	0%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de los expedientes cotejados el 100% del personal de enfermería registra en la hoja de indicaciones las iniciales de su nombre junto a las indicaciones médicas a las que le ha dado cumplimiento. Las Normas para el expediente clínico del ISSS para registrar el cumplimiento de indicaciones, especifica la manera como se debe de evidenciar el cumplimiento de la indicación del médico en su hoja correspondiente y aclara que se debe anotar la hora, firma y sello de la enfermera que cumplió la indicación, al lado derecho de la misma en la hoja de ordenes médicas. Al registrar el cumplimiento, el personal de enfermería está asegurando el cumplimiento del tratamiento farmacológico, representa también la responsabilidad del que cumple el medicamento y sirve de referencia para fines legales.

III. Aplicación de los lineamientos legales de las notas de enfermería.

CUADRO N°17

Personal de enfermería que registra la fecha en la nota de enfermería.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	100%
No	0	0%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de los expedientes clínicos cotejados el 100% del personal de enfermería registra la fecha de la elaboración de la nota. Según el Consejo Superior de Salud Pública de El Salvador (CSSP), las notas de enfermería deben poseer componentes técnicos legales y entre ellos está la fecha al inicio de cada nota. En los registros de enfermería la fecha es de suma importancia ya que indican no solo que se ha ejecutado una acción, sino también que se da un seguimiento de esa acción, así que al colocar la fecha se contribuye al seguimiento del caso, el trabajo del profesional de enfermería y la satisfacción inmediata del problema del paciente. Además, al colocar la fecha del registro de enfermería se evidencia la secuencia cronológica del cuidado de enfermería.

CUADRO N°18

Personal de enfermería que registra la hora que realiza la nota en la hoja de enfermería.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	100%
No	0	0%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de los expedientes clínicos cotejados el 100% del personal de enfermería registra la hora de la elaboración de la nota. En los registros de enfermería la hora es de suma importancia ya que se marca un punto de partida para llevar el control de la evolución del paciente, colocar la hora también ayuda a vigilar que la nota de enfermería se ha elaborado en un momento oportuno, así como se evidencia la secuencia cronológica del cuidado de enfermería. Además, está contemplado en la normativa emitida por el Consejo Superior de Salud Pública de El Salvador (CSSP), como un componente técnico legal de la nota de enfermería.

CUADRO N° 19

Personal de enfermería que realiza la nota de enfermería de manera clara.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	88	83.8%
No	17	21.2%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 83.8% del personal de enfermería realiza registros claros, mientras que el otro 21.2% no lo realiza así. Los lineamientos para la elaboración de las notas de enfermería emitida por el Consejo Superior de Salud Pública de El Salvador (CSSP), específica que en el contenido de la nota de enfermería esta debe ser clara. Su importancia radica en que los registros de Enfermería, describen cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad, por tanto, la realización de esto por lo que deben de ser claros, lo que indican que deben ser entendibles.

CUADRO N° 20

Personal de enfermería que realiza la nota de enfermería de manera concreta.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	104	99.04%
No	1	0.96%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 99.04% del personal de enfermería realiza registros concretos, mientras que el otro 0.96% no lo realiza. Elaborar notas de enfermería concretas se refiere a la descripción del estado del paciente en forma breve, que va de la mano con el aspecto de la concisión, pero no por eso debe dejar de lado los aspectos relevantes del estado de salud del usuario. El Consejo Superior de Salud Pública de El Salvador (CSSP), en sus lineamientos para la elaboración de las notas de enfermería contempla este aspecto como un componente básico de la nota de enfermería. Además, es de suma importancia ya que ahorra tiempo al momento de hacer una revisión de la evolución del estado del paciente y tener una idea general del estado de este

CUADRO N° 21

Personal de enfermería que realiza la nota de enfermería de manera precisa.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	97	92.3%
No	8	7.7%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 92.3% del personal de enfermería que realiza las notas de enfermería de forma precisa, mientras que el otro 7.7% no lo realiza. Los componentes técnicos legales de la nota de enfermería del Consejo Superior de Salud Pública de El Salvador (CSSP), especifica que la precisión es un aspecto básico a tomar en cuenta al momento de elaborar notas de enfermería. Esto es de suma importancia ya que conlleva a describir el estado de salud del paciente de forma exacta y veraz sin omitir ni agregar información. Así mismo es de suma importancia ser preciso al elaborar una nota debido a que ayuda a tener datos fidedignos del estado del paciente.

CUADRO N° 22

Personal de enfermería que registra correctamente el estado del paciente en forma cefalocaudal y con orden lógico.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	100%
No	0	0%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 100% del personal del personal de enfermería registra correctamente y describe el estado del paciente en forma cefalocaudal y con orden lógico. Según el Consejo Superior de Salud Pública, la nota de enfermería es un registro elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional así como la evolución de la enfermedad, cuidados y procedimientos y estas deben ser elaboradas en forma cefalocaudal ya que esto permite al profesional de enfermería describir el estado y condición del paciente sin dejar pasar por alto ningún aspecto de relevancia, además ayuda a que el registro sea lógico y por lo tanto útil para que otro personal de enfermería realice el continuo del trabajo.

CUADRO N° 23

Distribución porcentual del personal de enfermería que registra notas de enfermería utilizando lenguaje técnico.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	100	95.2%
No	5	4.8%
No aplica	0	100%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 95.2% de las notas de enfermería presentan lenguaje técnico mientras que el 4.8% no lo utiliza. Según el Consejo Superior de Salud Pública a través de sus lineamientos legales para la elaboración de las notas de enfermería el vocabulario a utilizar en la nota de enfermería debe ser un lenguaje técnico. La utilización de lenguaje técnico en la elaboración de las notas de enfermería permite la claridad de las notas, la correcta identificación de una causa de problemas o problemas, facilitan además la interpretación para otros miembros del equipo de salud.

CUADRO N° 24

Personal de enfermería que evita el uso de abreviaturas al elaborar las notas de enfermería.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	6.7%
No	98	93.3%
No aplica	0	100%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 6.7% utiliza abreviaturas en la elaboración de las notas de enfermería, mientras que el 93.3% no las utiliza. La utilización de abreviaturas no está permitida, por el Consejo Superior de Salud Pública a través de sus lineamientos legales para la elaboración de las notas de enfermería debido a que ocasionan problemas cuando estas quieren ser interpretadas por otra persona que no sea profesional de la salud, además el utilizarlas puede generar confusiones al momento que se presenten problemas legales ya que la nota de enfermería es la evidencia del trabajo de enfermería.

CUADRO N° 25

Distribución porcentual de las notas de enfermería que presentan firma al final de la nota.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	100%
No	0	0%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 100% contiene en el registro de enfermería la firma del personal que la elabora. Según el Consejo Superior de Salud Pública el profesional de enfermería al realizar un registro debe contener la firma, este lineamiento se contempla en los componentes técnicos legales de las notas de enfermería. Esto se debe a que el expediente clínico es un documento legal y en caso de ser estudiado por autoridades judiciales por casos de demanda se toman en cuenta estas características legales, que pueden beneficiar o perjudicar al personal de enfermería según haya sido el caso.

CUADRO N° 26

Notas de enfermería que tienen sello con numero de Junta de Vigilancia.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	104	99.04%
No	1	0.96%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 99.04% contiene en el registro de enfermería el sello con número de junta de vigilancia, mientras que el 0.96% no lo contiene. Los lineamientos emitidos por el Consejo Superior de Salud contemplan que al realizar una nota de enfermería debe contener al final de esta el sello de JVPE (Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería). Esto se debe a que el expediente clínico es un documento legal y en caso de ser estudiado por autoridades judiciales se toman en cuenta este aspecto, ya que identifica a la persona que elaboro esa nota como autora de la misma y hace constar que está autorizada para ejercer la profesión, de lo contrario se puede caer en una situación grave de carácter legal.

CUADRO N° 27

Personal de enfermería que describe aspectos relevantes del estado del paciente

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	86	81.9%
No	19	18.1%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 81.9% del personal de enfermería registra y describe aspectos relevantes del estado del paciente mientras que el 18.1% no lo hace. Los lineamientos legales para la elaboración de las notas de enfermería especifican que las notas de enfermería deben reflejar en todo momento la condición y estado del paciente e incluir todos aquellos aspectos relevantes que sean indicio de mejoría o descompensación del estado del paciente, además de describir la calidad de la atención y la satisfacción de las necesidades de salud del paciente, de lo contrario puede incurrir en problemas legales. También ayudan al personal de enfermería a la realización, ejecución y evaluación de planes cuidados para el paciente.

CUADRO N° 28

Personal de enfermería que utiliza bolígrafo del color adecuado según turno

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	100%
No	0	0%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados en el 100% se encontró la utilización de tinta según el turno. Según el Consejo Superior de Salud Pública para la elaboración de las notas de enfermería en el área hospitalaria se utilizan dos colores diferentes, en el horario de 7am a 5 pm se utiliza tinta azul y de 5 pm a 7 am color rojo, esto ayuda a diferenciar el turno de día y de noche, lo que permite tener un orden en los registros de acuerdo al turno.

CUADRO N° 29

Porcentaje del personal de enfermería que realiza notas de enfermería de seguimiento según el turno

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	0.96%
No	104	99.04%
No aplica	0	0%
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados el 99.04% del personal de enfermería no realiza notas de enfermería de seguimiento durante el turno y solo el 0.96% lo realiza. Una de las utilidades de la nota de enfermería según el Consejo Superior de Salud Pública de es poder evaluar la evolución de la enfermedad de la persona. Las notas de seguimiento o evolución durante el turno evidencia no solo el trabajo del profesional de enfermería sino también la satisfacción de las necesidades del usuario y por ende la calidad de atención brindada, estas notas también reflejan la continuidad de la atención durante el turno.

CUADRO N° 30

Personal de enfermería que registra acontecimientos relevantes (reacciones alérgicas, transfusiones, curaciones y otros)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	52	57.7%
No	38	42.3%
No aplica	15	
Total	105	100%

Fuente: Lista de cotejo aplicado a los expedientes clínicos de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael 28 y 29 de noviembre del año 2017.

Del total de expedientes clínicos cotejados se encontró que solo el 57.7% del personal de enfermería registra acontecimientos relevantes (reacciones alérgicas, transfusiones, curaciones y otros) mientras que el 42.3%. Los acontecimientos importantes deben registrarse en el expediente clínico ya que indican un problema o necesidad de salud del paciente y la forma en la que se le da solución, este apartado no aplica en todos los casos ya que depende de la patología y situación de salud del paciente. El Consejo Superior de Salud Pública de El Salvador (CSSP) declara que la valoración del usuario por el personal de enfermería (palidez, enrojecimiento de la cara o presencia de orina oscura o turbia, entre otros.) es uno de los aspectos básicos de la nota de enfermería ya que son aspectos relevantes del estado de salud del paciente.

2. COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS.

Primera Hipótesis:

Ha1: Un porcentaje mayor o igual al 80% del personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael, realizan un manejo correcto de la cuadrícula de signos vitales.

Ho. El personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael, realiza un manejo incorrecto de la cuadrícula de signos vitales en un porcentaje menor al 80% de signos vitales.

Cuadro N° 1:

N°	Indicador	Resultados			
		Correcto		Incorrecto	
		Fr	%	Fr	%
1	Contiene el nombre completo de paciente	104	99.04%	1	0.96 %
2	Presenta el número de expediente clínico	105	100%	0	0%
3	Coloca la edad del paciente	105	100%	0	0%
4	Pone el nombre del servicio de hospitalización a la cuadrícula	105	100%	0	0%
5	Escribe la fecha de ingreso del usuario	100	95.2%	0	3.8%
6	Registra los días de estancia hospitalaria del usuario	105	100%	0	0%
7	Registra el pulso según lineamientos	104	99.04%	1	0.96%
8	Registra la temperatura según lineamientos	104	99.04%	1	0.96%
9	Registra los líquidos orales ingeridos por el paciente durante el turno	18	17.2%	87	82.8%

10	Anota el número de vómitos del usuario durante el turno	95	90.5%	10	9.5%
11	Coloca la cantidad de las evacuaciones del paciente durante el turno.	100	95.2%	5	4.8%
	TOTAL	1045	995.92	105	103.78

Aplicación del método estadístico:

Correcto	Incorrecto
$\bar{X} = \frac{\sum x}{n} \%$	$\bar{X} = \frac{\sum x}{n} \%$
$X\% = \frac{1094.26}{12} = 91.2\%$	$\bar{X}\% = \frac{104.74}{12} = 8.8\%$

Según los datos obtenidos sobre el manejo de la cuadrícula de signos vitales el 91.2% del personal de enfermería de los servicios de Medicina Interna y pediatría realiza un uso correcto de la hoja de signos vitales mientras que el 8.8% no lo hace, con estos resultados se acepta la hipótesis específica y se rechaza la hipótesis nula; lo que evidencia que la mayor parte del personal hace un uso adecuado de la cuadrícula de signos vitales.

Segunda Hipótesis:

Ha2: El cumplimiento de las acciones de enfermería en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico se registran correctamente en un porcentaje mayor o igual al 80% por personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

Ho. El cumplimiento de las acciones de enfermería en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico se registra incorrectamente en un porcentaje menor al 80% por el personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

Cuadro N° 2

N°	Indicador	Resultado			
		Correcto		Incorrecto	
		Fr	%	Fr	%
13	Registra el cumplimiento de la dieta según la indicación medica	103	98.1%	2	1.9%
14	Registra el cumplimiento de la toma de signos vitales según rutina del servicio	105	100%	0	0%
15	Registra el cumplimiento de la toma de exámenes	103	98.1%	2	1.9%
16	Contiene hora de cumplimiento de medicamentos.	105	100%	0	0%
17	Coloca iniciales del personal que cumple realización medica	105	100%	0	0%
	TOTAL	521	496.2	4	3.8

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

$$X\% = \frac{496.2}{5} = 99.2\%$$

Incorrecto

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

$$\bar{X}\% = \frac{3.8}{5} = 0.8\%$$

Con lo descrito anteriormente se acepta la hipótesis específica y se rechaza la hipótesis nula debido a que el 99.2% del personal de enfermería del servicio de los servicios de medicina interna y pediatría ha realizado un uso correcto de la hoja de indicaciones médicas mientras que el 0.8% no lo hace.

Tercera Hipótesis:

Ha3: Los lineamientos legales establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública son aplicados en un porcentaje mayor o igual al 80% en la elaboración de las notas de enfermería por el personal que labora en los servicios de Medicina interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

Ho. Los lineamientos legales establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública son aplicados en un porcentaje menor al 80% en la elaboración de las notas de enfermería por el personal que labora en los servicios de Medicina interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

Cuadro N° 3:

N	Indicador	Resultado			
		Lo aplica		No lo aplica	
		Fr	%	Fr	%
18	La nota de enfermería contiene la fecha de elaboración.	105	100%	0	0%
19	La nota de enfermería contiene la hora de elaboración.	105	100%	0	0%
20	La nota de enfermería es clara.	88	83.8%	17	21.2%
21	La nota de enfermería es concreta.	104	99.04%	1	0.96%
22	La nota de enfermería es precisa.	97	92.3%	8	7.7%
23	Describe estado de paciente en forma cefalocaudal y con orden lógico.	105	100%	0	0%
24	El profesional de enfermería utiliza lenguaje técnico en la elaboración de la nota.	100	95.2%	5	4.8%
25	El profesional de enfermería que no utiliza abreviaciones.	98	93.3%	7	6.7%
26	La nota de enfermería contiene la firma del profesional de enfermería que la realizó.	105	100%	0	0%
27	Contiene el sello con número de junta de vigilancia al final de la nota de enfermería.	104	99.04%	1	0.96%
28	La nota describe aspectos relevantes del estado de pacientes.	86	81.9%	19	18.1%

29	Utiliza tinta según lineamiento y según turno.	105	100%	0	0%
30	El personal realiza anotaciones de seguimiento durante el turno.	1	0.96%	104	99.04%
31	Se registran acontecimientos relevantes (reacciones alérgicas, transfusiones, curación y otros)	67	57.7%	38	42.3%
	TOTAL	1270	1203.2 %	200	201.8

Aplica %

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

$$X\% = \frac{1203.2}{14} = 85.9\%$$

No Aplica

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

$$X\% = \frac{201.8}{14} = 14.1\%$$

Con lo descrito anteriormente se acepta la hipótesis específica y se rechaza la hipótesis nula debido a que el 85.9 % del personal de enfermería de los servicios de Medicina Interna y Pediatría aplican los lineamientos legales establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública, mientras que el 14.1% no lo hace.

1. ANÁLISIS GENERAL DE RESULTADOS

En la investigación titulada "Aplicación de los registros del cuidado que realiza el personal de enfermería de los servicios de medicina interna y pediatría del Hospital Nacional San Rafael, en el periodo de noviembre a diciembre del año 2017", se encontraron los siguientes resultados:

Variable I: Aplicación del manejo de la cuadrícula de signos vitales

La mayoría del personal de enfermería realiza registros del cuidado correctamente en la cuadrícula de signos vitales con el nombre completo del paciente, número de registro, edad, servicio donde está ingresado, fecha de ingreso y días de estancia hospitalaria.

Además, se encontró que el 100% registra correctamente el pulso y temperatura del paciente utilizando lápiz bicolor, puntuación establecida por cuadro y horario según rutina.

Sin embargo, se encontró que el 82.8% del personal de enfermería no registra los líquidos orales que ingiere el paciente, el 9.5% no registra los vómitos y el 4.8% no registra las evacuaciones. Tomando en cuenta que el balance es el control exacto de los líquidos que ingresan y se pierden por las diferentes vías en un periodo de 24 horas, este se toma de parámetro para la reposición de iones si fuera necesario a través de la dieta y los líquidos endovenosos, además de establecer un control de los efectos del tratamiento farmacológico. No reflejar lo anterior en la hoja de signos vitales puede ocasionar problemas, más en pacientes que por su patología requieren un monitoreo de las entradas y salidas de líquidos durante el día (balance hídrico), si bien este dato se lleva en una hoja diferente a la cuadrícula es importante su registro debido a que esta hoja es de exclusivo manejo del personal de enfermería, además que estos datos son tomados en cuenta y así tener un dato más verídico al

momento de ser revisado por otros profesionales. En algunas patologías es común observar como síntoma principal el vómito, por lo que es de suma importancia vigilar las veces que el paciente lo presenta para su diagnóstico y tratamiento.

El registro de las evacuaciones permite al equipo de salud conocer si el paciente no tiene riesgo de presentar estreñimiento y si lo hay considerar el tratamiento farmacológico y otros cuidados independientes de enfermería para ayudar al paciente a realizar esta función fisiológica.

Variable II: Aplicación de registro de las indicaciones médicas.

En cuanto a las anotaciones que el personal de enfermería realiza en la hoja de indicaciones médicas se encontró que el 100% registra la toma de signos vitales, hora del cumplimiento de medicamentos y coloca las iniciales después del cumplimiento, el registro de la toma de signos vitales ayuda a valorar los cambios en el estado de salud del usuario y tomar acciones encaminadas a mejorar estas condiciones, el registro del cumplimiento de medicamentos asegura la administración del tratamiento farmacológico, anotado de forma correcta; según las normas del expediente clínico del ISSS se debe de anotar la hora, firma y sello de la Enfermera que cumplió la indicación al lado derecho, el 98.9% anota el cumplimiento de la dieta y toma de exámenes de laboratorio y solo un 1.9% no lo hace, proporcionar las dietas es determinante para el mantenimiento y restauración de la salud, con el registro de la toma de exámenes de laboratorio se aporta comodidad y bienestar al usuario ya que se evita puncionar en repetidas ocasiones para tomar la muestra por el mismo examen, además esto coadyuva en el tratamiento y diagnóstico del paciente, lo anterior refleja que la mayoría del personal realiza las acciones correspondientes como recurso relacionadas a la atención que brinda a los

usuarios. Con esto se evidencia que se cumple el cuidado de enfermería y que se satisfacen las necesidades del paciente.

Variable III: Aplicación de los lineamientos legales de las notas de enfermería.

Con respecto a los registros de enfermería se encontró que el 100 % del personal de los servicios anotan fecha y la hora al inicio, la mayoría del contenido de las mismas es concreto y preciso, un 83.8 % son claras, sin embargo se encontró que el 21.2% de estas no cumplen con esta característica, lo que puede ocasionar errores en la interpretación de los datos reflejados, según los lineamientos del CSSP una de las consideraciones a tener en cuenta cuando se registra es la legibilidad y claridad que consiste en tener una buena caligrafía y utilizar letra de legible, asimismo el 100% están descritas en forma cefalocaudal y con orden lógico, la mayoría utiliza lenguaje técnico y no hace uso de abreviaturas, también la mayoría colocan la firma y sello según junta de vigilancia al final de la nota, se evidencio además que la mayoría utiliza bolígrafo de color según el horario.

Lo anterior refleja que los registros evidencian el trabajo del profesional de enfermería y la satisfacción inmediata de las necesidades de salud del paciente, garantizando la secuencia cronológica del cuidado de enfermería; es importante mencionar que el 81.9% del personal describe aspectos relevantes del estado de salud en las anotaciones, pero un 18.1% no lo hace. El 57.7 % de las notas reflejan acontecimientos relevantes del usuario, sean estos curaciones, transfusiones u otro; al realizar una nota de enfermería estas deben de reflejar la calidad de la atención y el 42.3% no lo hace, esto indica que las notas deben ser entendibles y describirse con exactitud de lo contrario puede generar dudas en la interpretación y en la fidelidad de la misma, en caso de auditoria de un expediente clínico, puede traer consecuencias de carácter legal para el personal de enfermería que las elaboro.

CAPÍTULO VI.

A. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados obtenidos durante la investigación se presentan las siguientes conclusiones:

1. El personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael realiza un registro correcto de los datos de identificación en la hoja de signos vitales, gráfica correctamente el pulso y la temperatura de los usuarios, respetando la puntuación establecida por espacio, utilizando el color adecuado y cumpliendo la rutina del servicio para hacer el registro. Sin embargo, un porcentaje considerable del personal no registra la cantidad de líquidos orales administrados al paciente, vómitos y evacuaciones durante el turno con lo que se pierde información valiosa para el equipo de salud, ya que se dificulta el control del seguimiento de la evolución del estado de salud de los usuarios.

2. En la hoja de indicaciones médicas se constató que todo el personal de enfermería registra correctamente cumplimiento de la dieta, toma de signos vitales, hora de cumplimiento de medicamentos, toma de exámenes de laboratorio y colocan las iniciales de la persona que cumple la indicación al lado derecho de la misma en cada turno, asegurando así la satisfacción

de las necesidades de los usuarios, el cumplimiento del tratamiento y la prestación de los cuidados de enfermería.

3. En la elaboración de los registros de enfermería se corroboró que el personal aplica en su mayoría los lineamientos emitidos por el Concejo Superior de Salud Pública, lo cual es importante ya que el expediente clínico es un documento legal y este debe mantener un orden en los registros sistemáticos y continuos, así como la evolución del estado de salud del paciente durante el turno. Sin embargo, se encontró que un porcentaje considerable no describe aspectos ni acontecimientos relevantes del estado de salud del paciente y no realiza notas de seguimiento.

2. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

1. Actualizar el Manual de Procedimientos de Enfermería e incluir los lineamientos para el registro del cuidado en el expediente clínico proporcionado por el profesional de enfermería, ya que es de suma importancia tener una base escrita que sirva de dirección para el accionar del profesional.
2. Coordinar con el CSSP, para dar a conocer los Lineamientos para la elaboración de nota de enfermería.

Al departamento de enfermería

3. Elaborar un manual de procedimientos que incluya los lineamientos para registrar el cuidado proporcionado por enfermería en el expediente clínico.

A las jefaturas de unidad:

4. Incluir los Lineamientos para la elaboración de nota de enfermería para reforzar los conocimientos del personal.
5. Monitorear que se realicen las notas de seguimiento en los diferentes servicios.

Al personal de enfermería.

6. Elaborar notas de seguimientos del cuidado a pacientes asignados durante el turno.
7. Registrar en la hoja de signos vitales los líquidos orales ingeridos, vómitos y evacuaciones del paciente, como medida para vigilar el metabolismo del paciente y evitar posibles complicaciones.

8. Elaborar notas de enfermería claras en su contenido, registrando aspectos y acontecimientos pertinentes del estado de salud de los usuarios.

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA IMPORTANCIA DEL REGISTRO DEL CUIDADO, COMO UN MÉTODO SISTEMÁTICO DE VALIDACIÓN DEL QUEHACER Y COMO RESGUARDO LEGAL, DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y PEDIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL.

POR:

Polanco Castillo, Carlos Enrique

Reyes Mejía, Jonathan Vladimir

Velásquez Ramos, Luis Roberto

DOCENTE ASESORA

Licda. Sandra Dalila Valiente de Peña.

Ciudad Universitaria, 25 de febrero de 2018.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Introducción.....	i
I. Justificación.....	4
II. Objetivos	
A. Objetivo General	5
B. Objetivos Específicos.....	5
III. Metas	6
IV. Generalidades de la propuesta.....	7
V. Descripción de la propuesta	8
VI. Plan educativo	10
Bibliografía	

INTRODUCCIÓN

Las notas de enfermería han evolucionado a lo largo de la historia, creando un registro escrito del estado de salud de la persona atendida, los registros de enfermería, según el Código de Ética de El Salvador, son los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, además escriben cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad.

Según el Consejo Superior de Salud Pública (en adelante CSSP), la nota de enfermería es un registro elaborado por el personal acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional así como la evolución de la enfermedad, cuidados y procedimientos y estas deben ser elaboradas en forma cefalocaudal ya que esto permite al profesional describir el estado y condición del paciente sin dejar pasar por alto ningún aspecto de relevancia, además ayuda a que el registro sea lógico y por lo tanto útil para que otro personal de enfermería realice el continuo del trabajo.

La utilización de lenguaje técnico en la elaboración de las notas permite la claridad, la correcta identificación de una causa de problemas, facilitan además la interpretación para otros miembros del equipo de salud.

Los lineamientos legales para la elaboración de las notas de enfermería especifican que estas deben reflejar en todo momento la condición y estado del paciente e incluir todos aquellos aspectos relevantes que sean indicio de mejoría o descompensación del estado de salud, además de describir la calidad de la atención y la satisfacción de las necesidades de salud, de lo contrario

puede incurrir en problemas legales. Además, ayudan al personal a la realización, ejecución y evaluación de planes cuidados para el paciente.

Si la enfermera no registra durante el turno todas las acciones realizadas, posteriormente no tendrá como evidenciar que el trabajo fue cumplido, dejara espacio para suposiciones por parte de terceras personas y no se llevara un control de la evolución del estado de salud del usuario.

Las notas de seguimiento o evolución durante el turno evidencia no solo el trabajo del profesional de enfermería sino también la satisfacción de las necesidades de la persona atendida y por ende la calidad de atención brindada, estas notas también reflejan la continuidad de la atención durante el turno.

El CSSP, declara que la valoración del usuario por el personal de enfermería (palidez, enrojecimiento de la cara o presencia de orina oscura o turbia, entre otros.) es uno de los aspectos básicos de la nota de enfermería ya que son aspectos relevantes del estado de salud del paciente. Es necesario que el personal de enfermería refuerce sus conocimientos y sus habilidades en cuanto a la elaboración de los registros, esto para evitar errores en el ejercicio de su profesión, por lo que se considera importante potenciar las capacidades individuales de los mismos y concientizarlos para que mejoren la calidad de los registros elaborados en sus servicios.

Debido a lo anterior y según resultados de la investigación surge la siguiente propuesta de intervención educativa sobre la importancia del registro del cuidado, como un método sistemático de validación del quehacer y como resguardo legal, del personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

El presente documento contiene un objetivo general y los objetivos específicos, orientados al desarrollo de las capacidades y a reforzar los conocimientos sobre la importancia del registro del cuidado proporcionado por el personal de enfermería a través de las notas de seguimiento.

También la justificación en donde se plantea el porqué de la necesidad de elaborar esta propuesta de intervención para la solución de una necesidad propia del personal de enfermería de los servicios de Medicina Interna y pediatría, se mencionan además los beneficios de la misma.

Además, se plantean los resultados esperados con la intervención, encaminadas al cumplimiento de los objetivos planteados.

Así mismo se presentan las generalidades de la propuesta, especificando a los responsables de llevarla a cabo y los beneficios a obtener. Luego la descripción de la propuesta donde se detalla la metodología y organización para la ejecución de la misma.

Finalmente, el plan educativo que es una guía que rige como se llevara a cabo el cumplimiento de la propuesta

I. JUSTIFICACION

Una de las funciones más relevantes del personal de enfermería es registrar el cumplimiento de las actividades realizadas durante el ejercicio profesional, existen lineamientos emitidos por el CSSP dentro de los cuales se encuentran especificadas las características que deben cumplir las notas de enfermería, ya que el expediente clínico es un documento legal; sin embargo estos lineamientos no incluyen otros registros que realiza el profesional.

Según los resultados de la investigación se obtuvo lo siguiente:: un 21.2% de las notas de enfermería no presentaban redacción en forma clara, un 18.1% no describían aspectos relevantes del estado de salud de los usuarios y el 99.04% de los expedientes clínicos cotejados no se encontró la realización de notas de seguimiento, por lo que se considera importante desarrollar esta propuesta de intervención, ya con ella se pretende dar elementos para reforzar los conocimientos en el personal conforme a la investigación, tomando como base los aspectos o características que el CSSP propone para la elaboración de estas.

Se considera que la propuesta será impulsora de cambios en el personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría de Hospital Nacional San Rafael, ya que potenciarán las capacidades individuales de los recursos para que se empoderen de la importancia en la elaboración correcta de los registros del cuidado; siendo los principales beneficiarios los 35 recursos.

La relevancia social radicara en la concientización y el empoderamiento por parte del personal de enfermería, ya que así se puede mejorar la calidad de atención de la población que atiende.

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

Fortalecer los conocimientos sobre la importancia del registro del cuidado, como un método sistemático de validación del quehacer y como resguardo legal, del personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

Objetivos específicos:

- a) Describir la utilidad de las notas de enfermería dentro del ejercicio de la profesión, enfatizando en las anotaciones de seguimiento del cuidado.
- b) Reforzar los conocimientos sobre las características en la elaboración de las notas de enfermería.
- c) Efectuar monitoreo para la evaluación del cumplimiento de los lineamientos para la elaboración de notas de enfermería según el CSSP.

III.METAS

- a. Que el 100% del personal de enfermería conozca la utilidad de las notas dentro del ejercicio de la profesión, enfatizando en las anotaciones de seguimiento del cuidado.

- b. Que el 100% del personal de enfermería refuerce los conocimientos sobre las características en la elaboración de las notas de enfermería.

- c. Realizar monitoreo al 100% del personal de enfermería de los servicios de Medicina Interna y Pediatría para garantizar que se apliquen los lineamientos emitidos por el CSSP para la elaboración de las notas de enfermería.

IV. GENERALIDADES DE LA PROPUESTA

- Nombre de la Propuesta:

Propuesta de intervención educativa sobre importancia del registro del cuidado, como un método sistemático de validación del quehacer y como resguardo legal, del personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

- Dirigido a:

Personal de enfermería de los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

- Lugar:

Hospital Nacional San Rafael de Santa Tecla.

- Responsables de la validación y aprobación:

Departamento de enfermería, jefaturas de enfermería de los servicios de Medicina Interna y Pediatría.

- Ejecución de la propuesta:

La propuesta será ejecutada según criterio de la institución y las jefaturas de cada servicio para ser incluida en el programa de educación continua.

Grupo beneficiado:

Profesionales de enfermería que laboran en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael

V. DESCRIPCION DE LA PROPUESTA

Esta propuesta de intervención educativa sobre importancia del registro del cuidado, como un método sistemático de validación del quehacer y como resguardo legal, del personal de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Pediatría del Hospital Nacional San Rafael.

Está diseñada para ser aplicada por las enfermeras jefes de unidad de los servicios antes mencionados, en colaboración con el equipo de enfermeras supervisoras del departamento, para así garantizar que los profesionales de enfermería conozcan la importancia de la elaboración de las notas de seguimiento durante el turno y la aplicación de los lineamientos para la elaboración de notas de enfermería establecidos por el CSSP.

Esta propuesta será realizada en dos fases secuenciales, de la siguiente manera:

Fase educativa, Esta fase se desarrollará en una jornada de 8 horas, en la cual se implementará el plan educativo y llevara una agenda, iniciando con la presentación de los resultados de la investigación, posteriormente se impartirán las temáticas sobre los registros del cuidado de enfermería basados en los lineamientos emitidos por el CSSP, tales como: Definición, componentes, características de las notas de enfermería, así como la utilidad, clasificación y tipos de notas de enfermería y las sanciones legales, posteriormente se realizara un taller con presentaciones de casos.

La persona responsable de la ejecución deberá elaborar un listado del personal para la creación de grupos de tutoría, tomando en cuenta que todos los profesionales de enfermería participen en el desarrollo de la actividad y establecerá el día y la hora de ejecución de las tutorías, enfocándose en el

fortalecimiento de las capacidades individuales del personal y en el empoderamiento del tema.

Fase de monitoreo, en esta fase se evaluará si el personal de enfermería está tomando en cuenta lo antes reforzado, en colaboración con el departamento de enfermería deberán realizar una supervisión pasando una lista de chequeo al azar.

VI. PLANEAMIENTO EDUCATIVO

Objetivo específico: Describir la utilidad de las notas de enfermería dentro del ejercicio de la profesión, enfatizando en las anotaciones de seguimiento del cuidado.

Nombre del responsable: _____

Jefe de área: _____

Institución: _____

Servicio: _____

Objetivos del tema	Estrategia de enseñanza aprendizaje	Tiempo	Contenido	Material didáctico	Evaluación
<p>Conceptualizar las notas de enfermería.</p> <p>Describir los tipos de registros del cuidado proporcionado por el personal de</p>	<p>Expositiva y participativa</p>	<p>90 minutos</p>	<p>Definición de notas de enfermería</p> <p>Utilidad de las notas de enfermería.</p>	<p>Proyector multimedia</p> <p>Computadora laptop</p> <p>Lineamientos para la elaboración de notas de enfermería del CSSP.</p>	<p>Realizar preguntas:</p> <p>¿Qué es una nota de enfermería?</p> <p>¿Cuál es la utilidad de las notas de enfermería?</p>

enfermería.			<p>Tipos de notas de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nota de recibo ✓ Nota de entrega ✓ Nota de traslado ✓ Nota de seguimiento ✓ Nota de procedimiento <p>Clasificación de notas de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Notas narrativas ✓ Notas según formato SOAP ✓ Notas focalizadas 	Código de ética de la profesión de enfermería.	
-------------	--	--	---	--	--

PLANEAMIENTO EDUCATIVO

Objetivo específico: Reforzar los conocimientos sobre las características en la elaboración de las notas de enfermería.

Nombre del responsable: _____

Jefe de área: _____

Institución: _____

Servicio: _____

Objetivo específico	Estrategia de enseñanza aprendizaje	Tiempo	Contenido	Material didáctico	Evaluación
Describir los lineamientos para la elaboración de notas de enfermería emitidos por el CSSP, enfatizando en las características de las mismas	Expositiva participativa	45 minutos	Características de las notas de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Exactitud ✓ Integridad ✓ Uso de tinta ✓ Contenido de las notas de enfermería ✓ Información de las notas de enfermería 	Proyector multimedia	Realizar preguntas ¿Qué características debe tener una nota de enfermería?
	Elaboración de notas	1 hora 45 minutos		Computadora laptop	
	Discusión de casos			Lineamientos para la elaboración de notas de enfermería del	

<p>Concientizar sobre la importancia de la elaboración de las anotaciones del cuidado de enfermería, por medio de la presentación de casos clínicos.</p>	<p>Taller</p> <p>Formación de grupos de trabajo</p> <p>Elaborar una nota de enfermería con un caso hipotético</p>		<p>Lineamientos para la elaboración de notas de enfermería</p> <p>Presentación de casos.</p> <p>Elaboración de notas de enfermería</p>	<p>CSSP.</p> <p>Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud</p> <p>Notas de enfermería impresas</p> <p>Hojas de papel bond</p> <p>Lapiceros</p> <p>Pizarrón</p> <p>Plumones de pizarra</p>	<p>Mencione infracciones relacionadas con las notas de enfermería</p> <p>Mencione sanciones de la ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud.</p>
--	---	--	--	---	---

VII. BIBLIOGRAFÍA DEL PROYECTO

- Consejo Superior de Salud Pública, Unidad de enfermería, ministerio de salud y junta de vigilancia de la profesión de enfermería. lineamiento notas de enfermería. San Salvador 2016[citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/06/notas-de-enfermeria-lineamientos.pdf.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Tanya Rivera. Registros asistenciales, fundación universitaria del área andina. [Publicado el 12 de junio de 2011, citado el 31 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/tannya91/registros-de-enfermeria>.
2. Rosana Tessa. Registros de enfermería [internet] 18 de agosto de 2013 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: <http://www.rosanatessa.com/registros-de-enfermeria>.
3. Carmen Vargas-Cubero, María Aurelia Ruiz-Sánchez, Aspectos Legales de las notas de Enfermería, ISSN 1049 – 1992, Enfermería en Costa Rica 2003.
4. Carlos Augusto Sanchez Morales. Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricio/expediente clinico [sede web] [actualizada el 30 de noviembre del 2016]. disponible en innsz.mx/opencms/contenido/transparencia/expedienteclinico.html
5. Vilma Esther V., Noé Félix E., José Rafael E, Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2º edición, San Salvador, marzo 2009 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: www.iss.gov.sv/index.php?...norma-para-el-expediente-clinico-en-el-iss...
6. Licdo en enfermería Genaro M. Chacon mendoza, Metodo de grafica historia clinica, publicado 20 de sept. del 2011 , disponible en: <https://es.slideshare.net/licgenaro/mtodo-de-grfica-historia-clnica-enfermerix>

7. registro/gráficas de hospitalización [sede web] [Actualizado: jueves, 14 de marzo de 2013] disponible en: [Uhttp://enfermeriazenaira.blogspot.com/2013/03/hojas-de-registro.html?m=1](http://enfermeriazenaira.blogspot.com/2013/03/hojas-de-registro.html?m=1)
8. Esmirna T. Responsabilidad legal del profesional de enfermería en el cumplimiento de la indicación médica [internet] citado el 31 de marzo de 2017. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos73/responsabilidad-legal-profesional-enfermeria/responsabilidad-legal-profesional-enfermeria2.shtml#ixzz4cfpw5Q9r>
9. Consejo Superior de Salud Pública, Unidad de enfermería, ministerio de salud y junta de vigilancia de la profesión de enfermería. lineamiento notas de enfermería. San Salvador 2016[citado el 31 de Marzo de 2017] Disponible en cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/06/notas-de-enfermeria-lineamientos.pdf
10. Técnicas en enfermería clínica, cuarta edición, volumen 1 Capítulo III, PAG 57-59
11. Vilma Esther V., Noé Félix E., José Rafael E., Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2º edición, San Salvador, marzo 2009 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: www.iss.gov.sv/index.php?...norma-para-el-expediente-clinico-en-el-iss...
12. Decreto 307. Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud. fecha de emisión 10 de marzo de 2016 y fecha de publicación 08 de abril de 2016, sección 2 página 24 [consultado el 07 de abril de 2017] Disponible en <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/ley-de-deberes-y-derechos-de-los-pacientes-y-prestadores-de-servicios-de-salud>

13. Natorabet. modelo y teoría de enfermería Patricia Benner. Slideshare [internet] 7 DE JULIO DE 2014[consultado el 31 de marzo de 2017] Disponible en:<https://es.slideshare.net/natorabet/patricia-benner-modelos-y-teoras-en-enfermera>.
14. Marisol torres Santiago, Rosa Amarilis Zárate Grajales, Reyna Matus Miranda, Calidad de los registros de Enfermería, elaboración de un instrumento de evaluación, Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, Volumen 8; No. 1, Enero-Marzo 2011.
15. Diccionario de la Lengua Española y de Nombres Propios, Océano Grupo editorial S.A ISBN: 84-494-0055-4, Pág. 14
16. R. Sampieri. Metodología de la investigación. Capítulo 5
17. Diccionario de la Lengua Española y de Nombres Propios, Océano Grupo editorial S.A ISBN: 84-494-0055-4 Pag.271
18. Enciclopedia jurídica 2014 pág. [www. Enciclopedia-diccionario-jurídico-html](http://www.encyclopediadiccionariojuridico.html)
Visitada 20.5.17
19. Diccionario ABC [EDICION 2017]; visitado el 20/5/17, página de internet disponible en : <https://www.definicionabc.com/social/exclusion.php>
20. Fidedigno disponible en www.wordreference.com/definicion/fidedigno consultado en mayo de 2016.
21. Español, Oxford living Dictionaries [CONSULTADO EL 19-5-17] URL disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/focalizar>

22. Imagenológico disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Imagenología> consultado en mayo de 2016
23. The free dictionary by farlex [edición 2005]; visitado el 19/5/17, página de internet disponible en : <http://es.thefreedictionary.com/INCLUSION>.
24. Diccionario ABC [EDICION 2017]; visitado el 20/5/17, página de internet disponible en : <https://www.definicionabc.com/social/incapacitado.php>
25. Diccionario de la Lengua Española y de Nombres Propios, Océano Grupo editorial S.A ISBN: 84-494-0055-4 Pag.535.
26. Responsabilidad ética consultado en mayo de 2016. disponible en www.ehowenespanol.com › Finanzas Escrito por Josh Fredman

ANEXO N: 1



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



LISTA DE COTEJO SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS REGISTROS DEL CUIDADO EN EL EXPEDIENTE CLINICO REALIZADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y PEDIATRIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL.

OBJETIVO: Verificar la aplicación en el registro de los cuidados de enfermería en notas de enfermería, cuadrícula de signos vitales e indicaciones médicas.

I. APLICACIÓN DEL MANEJO DE CUADRICULA DE SIGNOS VITALES

Nº	VARIABLE A OBSERVAR	SI	NO	NO APLICA
1.	Contiene el nombre completo de paciente			
2	Presenta el número de expediente clínico			
3	Coloca la edad del paciente			
4	Pone el nombre del servicio de hospitalización a la cuadrícula			
5	Escribe la fecha de ingreso del usuario			
6	Registra los días de estancia hospitalaria del usuario			
7	Coloca los días de operados del paciente			

8	Grafica el pulso en la cuadrícula de signos vitales siguiendo los criterios:			
	✓ Registro con lápiz bicolor (rojo)			
	✓ Registra la puntuación establecida por cuadro (4 puntos por cuadro)			
	✓ Registra según horario de rutina (mañana y tarde)			
9	Grafica la temperatura en la cuadrícula de signos vitales utilizado:			
	✓ Lápiz bicolor azul			
	✓ La puntuación establecida por cuadro (2 puntos por cuadro)			
	✓ El horario de rutina (mañana y tarde)			
10	Escribe el valor de la presión arterial en el lugar asignado			
11	Registra los líquidos orales ingeridos por el paciente durante el turno			
12	Anota el número de vómitos del usuario durante el turno			
13	Anota el número de evacuaciones del usuario durante el turno			

II. APLICACIÓN DEL REGISTRO DE LAS INDICACIONES MÉDICAS.

Nº	VARIABLE A OBSERVAR	SI	NO	NO APLICA
14	Registra el cumplimiento de la dieta según la indicación medica			
15	Registra el cumplimiento de la toma de signos vitales según rutina del servicio			
16	Registra el cumplimiento de la toma de exámenes			

17	Contiene hora de cumplimiento de medicamentos.			
18	Coloca iniciales del personal que cumple realización medica			

III. APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS LEGALES DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA

Nº	VARIABLE A OBSERVAR	SI	NO	NO APLICA
19	La nota de enfermería contiene la fecha de elaboración.			
20	La nota de enfermería contiene la hora de elaboración			
21	Las notas de enfermería son:			
	✓ La nota de enfermería es clara			
	✓ La nota de enfermería es concreta			
	✓ La nota de enfermería es precisa			
	✓ Describe estado de paciente en forma cefalocaudal y con orden lógico.			
22	El profesional de enfermería utiliza lenguaje técnico en la elaboración de la nota			
23	El profesional de enfermería utiliza abreviaturas			
24	La nota de enfermería contiene la firma del profesional de enfermería que la realizo			
25	Contiene el sello con número de junta de vigilancia al final de la nota de enfermería			
26	La nota describe aspectos relevantes del estado de pacientes.			
27	Utiliza tinta según lineamiento y según turno.			
28	El personal realiza anotaciones de seguimiento durante el turno.			
29	Se registran acontecimientos relevantes (reacciones alérgicas, transfusiones, curación y otros			

ANEXO N:2**PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACION.**

Cantidad	Descripción	Valor unitario	Valor total
500	Impresiones	\$0.05	\$25.00
3	Anillado	\$1.50	\$4.50
5	Folders	\$0.25	\$1.25
150 Horas	Internet	\$0.50	\$ 75
4	Fastener	\$0.15	\$0.60
1	Protocolo	\$12.00	\$12.00
40	Transporte	\$0.25	\$10.00
200	Fotocopias	\$0.02	\$4.00
Informe final			
600	Impresiones	\$0.05	\$30.00
5	Folders	\$0.25	\$1.25
5	Fastener	\$0.15	\$0.75
3	Empastado	\$5.00	\$15.00

1	Otros gastos	\$ 60	\$60.00
1	Presentación de trabajo de investigación	\$100.00	\$100.00
Subtotal			\$329.35
Imprevistos			\$32.94
Total			\$362.29

ANEXO: 3
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Meses	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Noviembre	Diciembre	Enero
Actividades								
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:								
Antecedentes del problema, situación problemática, enunciado del problema		X						
Justificación, Objetivos.			X					
CAPITULO II MARCO TEÓRICO			X	X				
CAPITULO III Sistema de hipótesis Operacionalización de variables					X			
CAPITULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO								
1. Tipo de estudio					X			
2 .Área de estudio					X			
3.Universo, Población y Muestra					X			
4. Criterios de inclusión y exclusión					X			
5. Métodos, técnicas e instrumentos					X			
6. Procedimientos 6.1 Prueba piloto 6.2 Plan de recolección de datos					X			

6.3 Plan de procesamiento de datos								
7. Plan de Análisis e Interpretación de datos					X			
8. Comprobación de Hipótesis					X			
9. Marco ético de la Investigación.					X			
CAPITULO V PRESENTACION, ANALISIS INTERPRETACION DE RESULTADOS.								
1. Presentación de datos						X		
2. Comprobación de Hipótesis						X		
3. Análisis general de resultados						X		
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.							X	
FUENTES DE INFORMACIÓN.							X	
Revisión de informe final								X
Incorporación de correcciones al informe final								X
Entrega final de informe final								X
Preparar defensa de Tesis								X

ANEXON: 4

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

A

Acrónimo: Voz formada por las iniciales o siglas de varias palabras.

Atenuante: según el derecho penal en el art.23 es una circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal de carácter ambivalente o mixto.

Auditoria: Inspección o verificación de la contabilidad de una empresa o una entidad, realizada por un auditor con el fin de comprobar si sus cuentas reflejan el patrimonio, la situación financiera y los resultados obtenidos por dicha empresa o entidad en un determinado ejercicio.

C

Conciso: Que expresa las ideas con pocas y adecuadas palabras.

Correlacional: estudio que tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables miden cada una de ellas y después cuantifican y analizan la vinculación.

D

Dictamen: Opinión y juicio que se forma o emite sobre una cosa.

DUI: Documento Único de Identidad

E

Esclarecedor: aclaratoria, explicativo, claro evidente demostrativo, convincente.

Exclusión: La idea de exclusión se aplica al ámbito social cuando se hace referencia a la acción de marginar voluntaria o involuntariamente a una porción de la población la exclusión

se refiere a la acción de dejar afuera a una persona o cosa, esta puede referirse a una situación en concreto como separar a una persona de un grupo de terminado, cuando esto pasa en el ámbito de las relaciones sociales personales, el impacto real que

puede tener es que la persona que quede fuera del grupo se sienta ofendida, pero no habrá una mayor repercusión a nivel global.

F

Fidedigno: Que es digno de ser creído o que merece crédito.

Focalizar: Hacer converger argumentos, ideas o conceptos diferentes hacia un punto o aspecto considerado central por ser el más importante o aquel en el que coinciden todos ellos.

I

Imagenológico: Se llama imagen médica al conjunto de técnicas y procesos usados para crear imágenes del cuerpo humano, o partes de él, con propósitos clínicos o para la ciencia médica

Incapacidad: Hace referencia a la condición de inferioridad de capacidades o habilidades que una persona puede presentar en su vida (desde su nacimiento, a partir de un evento específico o en un momento particular que luego puede subsanarse). La incapacidad es, en otras palabras, no contar con aquellas capacidades o habilidades que se consideran dentro de los parámetros normales para un ser humano. Si bien hay miles de diferentes tipos de incapacidades, podemos señalar dos principales que son las más fáciles de observar o distinguir las mentales y las físicas

La noción de incapacidad surge como oposición, obviamente, a la de capacidad. Cuando hablamos de una incapacidad estamos haciendo referencia a una condición en la cual una capacidad estimada como normal o regular en un individuo, no está presente por diferentes razones.

Indefensión: Situación o estado de la persona que está falta de la defensa, ayuda o protección que necesita.

Índole: Del latín índoles, índole es la condición o naturaleza de las cosas. El concepto también se utiliza para nombrar a la inclinación natural propia de cada ser humano.

Inclusión: Es un enfoque que responde positivamente a la diversidad de las personas y a las diferencias individuales, entendiendo que la diversidad no es un problema, sino una oportunidad para el enriquecimiento de la sociedad, a través de la activa participación en la vida familiar, en la educación, en el trabajo y en general en todos los procesos sociales, culturales y en las comunidades

Innegable: Que no puede ser negado o puesto en duda.

J

JVPE: Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería.

K

Kárdex: El Kardex es un documento, tarjeta o registro utilizado para mantener el control de la mercadería cuando se utiliza el método de permanencia en inventarios, con este registro podemos controlar las entradas y salidas de las mercaderías y conocer las existencias de todos los artículos que posee la empresa para la venta.

N

Neonatología: (palabra compuesta del griego véo-, néo-, "nuevo"; del latín natus, "nacido" y del griego -λογία, -logía, "estudio" o "conocimiento") es una rama de la pediatría dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del ser humano durante los primeros 28 días de vida, desde la atención médica del recién nacido en la sala de partos, el período hebdomadario (los primeros 7 días postparto), hasta los 28 días de vida del niño, posterior a los cuales se le considera como "lactante" entrando ya al campo de la pediatría propiamente dicha. Los principales pacientes de los neonatólogos son los recién nacidos que están enfermos o requieren un cuidado especial debido a que son prematuros, tienen bajo peso o sufren malformaciones

Notario: m. Funcionario público autorizado para dar fe de los contratos, testamentos y otros actos extraoficiales.

P

POA: Plan Anual Operativo

Praxis: La palabra praxis tiene como significado "práctica", esta es una terminología griega la cual identifica a la praxis como el proceso en el que se es transformado la teoría a la práctica, es decir, la praxis es la aplicación de una metodología estudiada y la misma se hace parte de la vida cotidiana.

Prospectivo: Ben Martin (1995) describe como "el proceso de investigación que requiere mirar sistemáticamente el futuro a largo plazo en ciencia, tecnología, economía y sociedad; con el objetivo de identificar las áreas de investigación estratégicas y las tecnologías genéricas emergentes.

R

Responsabilidad ética: Significa cumplir obligaciones en todas las áreas éticas, o en tantas como sea posible. Cuando ocurre un dilema ético, los individuos involucrados deben elegir entre una amplia variedad de principios éticos y evaluar cuáles deben ser enfatizados.

T

Transversal: se recolectan datos en un solo momento en un tiempo único su propósito es describir las variables y analizar su coincidencia e interrelación en un momento dado.

U

(UCI) Unidad de Cuidados Intensivos: Es un servicio sumamente especializado ya que los pacientes que allí se atienden padecen enfermedades graves que deben atenderse con capacidad y prontitud, así como con todo lo necesario para atender toda clase de padecimientos.

La importancia de la terapia intensiva es central si tenemos en cuenta que este es el espacio en el cual los enfermos o pacientes más delicados deben ser atendidos por profesionales de la salud, de manera constante a fin de evitar cualquier tipo de sobresalto o cambio abrupto en el estado de su salud. En ella, enfermeros están al permanente cuidado de los pacientes y son constantes también las visitas de médicos y otros profesionales

