

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA “DR. JOSÉ G. PARRES”

**“Implementación de escalas de valoración física
y por patrones funcionales como base para
Registros clínicos de Enfermería”**

División Ciencias Biológicas y de la Salud

Departamento de Enfermería

Lic. En Enfermería

Supervisora del Proyecto de Mejora:

Vo. Bo. Mtra. Raquel Ramírez Villegas



Elaborado por:

PESS Saúl Jaime

Periodo: 01 Agosto 2020 – 31 Julio 2021

Supervisora del Hospital:
L.E. Alejandra Adame Garduño

Índice

- Introducción
- Justificación
- Planteamiento del problema
- Objetivos del proyecto
- Objetivo general
- Objetivos específicos
- Metas
- Limites
- Marco teórico y conceptual
- Marco legal
- Problemas jerarquizados
- Matriz decisional
- Matriz FODA
- Diagrama causa-efecto
- Ficha técnica del indicador
- Diagrama de Pareto
- Desarrollo del tema
- Plan de actividades
- Conclusiones
- Referencias bibliográficas
- Anexos



[Handwritten signature]
SECRETARIA DE SALUD
DEL ESTADO DE MORELOS
SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS
HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA
"DR. JOSÉ G. PARRÉS"
DIRECCIÓN

[Handwritten signature]
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA EN ENFERMERÍA
HOSPITAL GENERAL
DE CUERNAVACA
"DR. JOSÉ G. PARRÉS"
L.E. Meza Elena García Maldonado.
Coordinación de Enseñanza en Enfermería.
Hospital General de Cuernavaca.
"Dr. José G. Parres."

[Handwritten signature]
P.A.
L.E Rosa María Domínguez Meza.
Coordinadora Estatal de Servicio social.
De Enfermería de Servicios de Salud
de Morelos



SERVICIOS DE SALUD
DE MORELOS

[Handwritten signature]
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARIA DE
EDUCACION PUBLICA
CENTRO DE BACHILLERATO
TECNOLÓGICO
INDUSTRIAL Y DE
SERVICIOS No. 232
170C1000SZ
Lic. Cesar Rebolledo Valle.
Director del Centro de Bachillerato Tecnológico
Industrial y de Servicios 232.

Introducción

La profesión de enfermería ha experimentado cambios drásticos en todo el mundo a partir de la segunda mitad del siglo XX. Los historiadores han interpretado esos cambios como signos de la revolución cultural o profesional. Este cambio ha enfatizado la importancia de la atención enfermera y ha hecho hincapié en el tipo de información que enfermería recoge para su diagnóstico, plan de cuidados y evaluación.

El aspecto central explicativo de todos estos cambios es el hecho de que enfermería reconoce que hacen juicios clínicos paralelamente a aquellos que están asociados directamente con la enfermedad o patología, es decir, los juicios médicos. Los profesionales de enfermería llevan a cabo actividades en relación a esos juicios propios y en el proceso de desarrollo del diagnóstico de enfermería aumenta la calidad de la salud de la comunidad o grupo sobre el que actúa.

En la acción que día a día lleva enfermería, desarrollan un lenguaje específico para comunicar estos juicios que determinan sus diagnósticos, sus intervenciones y resultados.

Por lo tanto, desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería. 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.

Los registros de Enfermería forman parte esencial que se integran en el expediente clínico de cualquier institución hospitalaria, el cual lo consideramos como un documento médico-legal. Es de suma importancia mencionar que conforman la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente, son por excelencia un medio de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud, su realización correcta permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente.

Por lo tanto, este proyecto de mejora se centra en estandarizar los registros y notas clínicas del cuidado de enfermería con el fin de enfocarnos en la seguridad del paciente que es lo primordial ya que esto proporciona y mejora las medidas de control de calidad.

Justificación

Cuando nos referimos al término diagnóstico de enfermería en relación a un proceso, se hace con la intención de mostrar el proceso de razonamiento y juicio clínico que nos llevara a la creación del diagnóstico en sí. El interés puesto en la atención integral de Enfermería y particularmente en los patrones funcionales de salud nos lleva a determinar que los diagnósticos realizados por enfermería parecerán lo suficientemente validos siempre que la atención prestada al paciente produzca una información, a su vez, valida y de confianza; y eso principalmente se centra en la valoración y por consiguiente en saber estructurar las notas y registros de enfermería.

Las anotaciones de enfermería son variadas, complejas y consumen tiempo. La gravedad del estado del paciente deberá determinar el tiempo que se dedica al registro, sin embargo, en la realidad el profesional de enfermería pasa la mayor parte del tiempo repitiendo las anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina. Como resultado de todo ello, con mucha frecuencia quedan sin anotar importantes observaciones y diálogos específicos, por falta de tiempo. Además, es posible que pase por alto una importante información escrita, ya que los médicos y enfermeras no leen con regularidad las notas de evolución.

Puede afirmarse que hasta hace pocos años, la profesión de enfermería no ha dado la suficiente importancia a los registros. Es un hecho en nuestra profesión relativamente actual y en fase de cambio, que existe hoy todavía un amplio colectivo de profesionales que consideran los registros y notas clínicas de enfermería como una obligación administrativa que les aparta de su labor asistencial. Diversas razones se recurren para seguir justificando su postura: la falta de tiempo, la carga de trabajo asistencial, falta de aplicabilidad, dificultades con la metodología, incluso admiten algunos las dificultades de plasmar por escrito nuestro trabajo, por la falta de costumbre o por el desconocimiento del lenguaje adecuado.

Así entonces, es importante que el personal de enfermería se enfoque en realizar valoraciones adecuadas y unificadas así como personalizadas para los usuarios y pacientes que ingresan a hospitalización; ya que son tareas que nos llevan a engrandecer la profesión y permite que el personal se interese por capacitarse más en cuestión al cuidado y lograr gracias a ello una recuperación pronta del paciente.

Planteamiento del problema

La continua actualización de la información en los diferentes ámbitos requiere el compromiso de parte del personal para poder vencer los nuevos retos que se presentan día a día, demostrando así el nivel de competencia con el que cuenta el personal para brindar una atención de calidad, la cual quedara plasmada por un correcto registro de las actividades realizadas durante la atención al paciente. Sin embargo, a pesar de la ardua labor que realizan las enfermeras diariamente, aun no se es reconocida debido a que no hay un correcto registro de las actividades realizadas.

Existe un formato llamado Hoja de Enfermería en el cual se puedan plasmar de manera correcta las actividades realizadas durante la jornada laboral, una correcta valoración y la evaluación de la eficacia de las intervenciones aplicadas a cada paciente, siendo esto nuestra evidencia de la atención proporcionada al paciente, al igual que las respuestas que presente el paciente según lo aplicado.

Por consecuente podemos decir que los registros son base fundamental del trabajo que realizan las enfermeras durante su jornada laboral, sin embargo durante la aplicación de los mismos se suele omitir información valiosa, haciéndolos repetitivos, de manera que se observa que el personal no aplica una correcta valoración a la hora de realizar sus notas de enfermería.

Objetivos del proyecto

- Reflejar la calidad de los cuidados de Enfermería
- Proporcionar información para la comunicación, educación, valoración, investigación, auditorias de coordinación de calidad y documentación legal valida.
- Fortalecer los juicios clínicos y valoraciones de enfermería en el personal de enfermería que labora en el hospital.
- Permanecer la buena gestión de los cuidados, disminuyendo los días de estancia intrahospitalaria gracias a la valoración, diagnostico e intervenciones de enfermería.

Objetivo general

Mejorar los procesos técnico-administrativos, para alcanzar estándares tanto de calidad técnica como de calidad interpersonal, mediante la implementación de estándares en los registros del cuidado de enfermería; priorizando la valoración como base para la realización de cualquier intervención o cuidado de enfermería.

Objetivos específicos

- Promover la participación activa de los profesionales de enfermería en la búsqueda de soluciones para la mejora continua de la calidad de los servicios.
- Desarrollar en el personal un enfoque asistencial que tiene al paciente como eje central, y por tanto requiere una atención interdisciplinar basándose en las necesidades del paciente.
- Lograr una amplia identificación y participación en un proyecto y fin común, evolución y mejora del paciente para llegar al camino de la excelencia.
- Verificar los registros y datos obtenidos durante la capacitación para obtener resultados que promuevan un impulso en el personal para seguir actuando profesionalmente y con criterios de investigación.

Metas

- Reconocer la importancia de los registros, enfatizando su finalidad asistencial e investigadora.
- Perpetuar que por el reconocimiento de los derechos de los pacientes tenemos la obligación legal de registrar toda valoración e intervención realizada.
- Mantener en el profesional un ámbito de actuación propia, en relación con los registros de enfermería.

- Interiorizar que los registros son además de un medio para avanzar en la calidad de los cuidados son un derecho del paciente y quede constancia escrita sobre su tratamiento efectuado.
- Manejar el sustento metodológico sobre las planeaciones de cuidados de enfermería.
- Favorecer el lenguaje adecuado ya que mejora la calidad asistencial y el desarrollo del conocimiento enfermero.
- Disminuir la variabilidad de los cuidados, garantizando su continuidad.

Limites

Para el logro de los objetivos, el proceso de capacitación funcional buscara alcanzar lo siguiente:

Tener cobertura en todos los diferentes turnos que maneja es hospital, los cuales son: Matutino, Vespertino, Nocturno A y B, Jornada Acumulada Diurna y Jornada Acumulada Nocturna.

Se capacitara a todo el personal de enfermería que labora en el Hospital General de Cuernavaca "Dr. José G. Parres", en sus diferentes categorías y puestos: Jefes de servicio, enfermeras especialistas, licenciadas en enfermería, enfermeras generales y auxiliares de enfermería, pasantes y estudiantes de enfermería.

Marco Teórico y Conceptual

Florence Nightingale

Nacimiento: 12 de mayo de 1820 en Florencia, Italia

Fallecimiento: 13 de agosto de 1910 en East Wellow, Inglaterra

Es recordada sobre todo por su trabajo como enfermera durante la guerra de Crimea y por su contribución a la reforma de las condiciones sanitarias en los hospitales militares de campo. Sin embargo, lo que no se conoce tan bien sobre esta increíble mujer es su amor por las matemáticas, especialmente por la estadística, y cómo este amor jugó un papel importante en las labores que realizó durante su vida.

Nightingale lleva el nombre de la ciudad donde nació, la Villa Colombia en Florencia, Italia. Sus padres, William Edward Nightingale y su esposa Francés Smith, viajaron por Europa durante los primeros dos años de su matrimonio. La hermana mayor de Nightingale había nacido un año antes en Nápoles. Los Nightingale llamaron a su primogénita el nombre griego de la ciudad, Parthenope.

William Nightingale se apellidaba Shore pero lo cambió a Nightingale después de heredar de un pariente rico, Peter Nightingale de Lea, cerca de Matlock, Derbyshire. Las niñas crecieron en el campo y pasaban mucho tiempo en Lea Hurst en Derbyshire. Cuando Nightingale tenía unos cinco años su padre compró una casa llamada Embley cerca de Romsey en Hampshire. Con esto la familia pasaba los veranos en Derbyshire y el resto del año en Embley. Al viajar entre estos lugares visitaban Londres, la Isla de Wight y a sus parientes.

En un principio, la educación de Parthenope y Florence estuvo en manos de una institutriz, después su padre, educado en Cambridge, asumió esa responsabilidad. A Nightingale le encantaban sus lecciones y tenía una habilidad natural para estudiar. Bajo la influencia de su padre Nightingale se familiarizó con los clásicos, Euclides, Aristóteles, la Biblia y temas políticos.

En 1840 Nightingale suplicó a sus padres que la dejaran estudiar matemáticas en vez de hacer trabajo de estambre y practicar las cuadrillas, pero su madre no aprobaba esta idea. Aunque William Nightingale amaba las matemáticas y había legado este amor a su hija, la exhortó a que siguiera estudiando temas más apropiados para una mujer. Después de muchas batallas emocionales, los padres de Nightingale finalmente le dieron permiso para que se le enseñara matemáticas. Entre sus tutores estuvo Sylvester, quien desarrolló la teoría de invariantes junto con Cayley. Se dice que Nightingale fue la alumna más destacada de Sylvester. Las lecciones incluían aritmética, geometría y álgebra y, antes de que estudiara la enfermería, pasó tiempo enseñando a niños.

La religión jugó un papel importante en la vida de Nightingale. Su visión imparcial de la religión, inusual en su época, se debía a la actitud liberal que encontró en su hogar. Aunque sus padres crecieron en la Iglesia Unitaria, Frances Nightingale prefirió una denominación más convencional y a las niñas las criaron en la fe anglicana. El 7 de febrero de 1837, Nightingale creyó escuchar el llamado de Dios, mientras caminaba por el jardín de Embley, aunque en ese momento no sabía cuál era ese llamado.

Nightingale desarrolló un interés en los temas sociales de su época pero en 1845 su familia se oponía firmemente a la sugerencia de Nightingale de adquirir experiencia en un hospital. Hasta ese entonces, el único trabajo de enfermería que había hecho había sido cuidar de parientes y amigos enfermos. A mediados del siglo XIX la enfermería no era considerada una profesión adecuada para una mujer educada. A las personas que proporcionaban los cuidados en esa época les faltaba entrenamiento y tenían fama de ser mujeres burdas e ignorantes.

Mientras Nightingale estaba en un viaje por Europa y Egipto iniciado en 1849, con los amigos de la familia Charles y Selina Bracebridge, tuvo la oportunidad de estudiar los distintos sistemas hospitalarios. A principios de 1850, Nightingale empezó su entrenamiento como enfermera en el Instituto de San Vicente de Paul en Alejandría, Egipto, que era un hospital de la Iglesia Católica. Nightingale visitó el hospital del Pastor Theodor Fliedner en Kaiserwerth, cerca de Dusseldorf en julio de 1850. Nightingale regresó a esa ciudad en 1851 para entrenar como enfermera durante tres meses en el Instituto para Diaconisas Protestantes y después de Alemania se mudó a un hospital en St. Germain, cerca de París, dirigido por las Hermanas de la Caridad. A su regreso a Londres en 1853, Nightingale tomó el puesto sin paga de Superintendente.

Marzo de 1854 trajo consigo el inicio de la Guerra de Crimea en la que la Gran Bretaña, Francia y Turquía le declararon la guerra a Rusia. Aunque los rusos fueron derrotados en la batalla del río Alma el 20 de septiembre de 1854, el periódico The Times criticó las instalaciones médicas británicas. En respuesta a ello, Sidney Herbert, Secretario de Guerra británico, le pidió a Nightingale en una carta a su amiga que se convirtiera en enfermera-administradora para supervisar la introducción de enfermeras en los hospitales militares. Su título oficial era Superintendente del Sistema de Enfermeras de los Hospitales Generales Ingleses en Turquía. Nightingale llegó a Escutari, un suburbio asiático de Constantinopla (hoy Estambul) con 38 enfermeras el 4 de noviembre de 1854 su entusiasmo, su devoción y su perseverancia no cederían ante ningún rechazo o dificultad. Firme e infatigablemente se ocupaba de su trabajo con tal criterio, autosacrificio, valor, ternura y todo ello con una actitud tranquila y sin ostentación que se ganaba los corazones de todos aquellos a quienes sus prejuicios de oficiales no les impedían apreciar la nobleza de su trabajo y de su carácter.

Aunque ser mujer implicaba que Nightingale tenía que luchar contra las autoridades militares a cada paso, fue reformando el sistema hospitalario. Las condiciones eran lastimosas, como resultado de la

guerra los soldados permanecían tirados sobre el suelo rodeados de alimañas y en operaciones nada higiénicas, no debe sorprendernos que cuando Nightingale llegó a Escutari las enfermedades como el cólera y el tifus cundieran en los hospitales. Esto implicaba que los soldados heridos tuvieran una probabilidad siete veces mayor de morir en el hospital de una enfermedad que de morir en el campo de batalla. Mientras estuvo en Turquía, Nightingale recolectó datos y organizó un sistema para llevar un registro; esta información fue usada después como herramienta para mejorar los hospitales militares y de la ciudad.

Los conocimientos matemáticos de Nightingale se volvieron evidentes cuando usó los datos que había recolectado para calcular la tasa de mortalidad en el hospital. Estos cálculos demostraron que una mejora en los métodos sanitarios empleados, produciría una disminución en el número de muertes. Para febrero de 1855 la tasa de mortalidad había caído de 60% al 42.7%. Mediante el establecimiento de una fuente de agua potable así como usando su propio dinero para comprar fruta, vegetales y equipamiento hospitalario, para la primavera siguiente la tasa había decrecido otro 2.2% Nightingale usó esta información estadística para crear su Diagrama de Área Polar, o „coxcombs“ como los llamó ella. Éstos fueron usados para dar una representación gráfica de las cifras de mortalidad durante la Guerra de Crimea (1854- 1856).

El área de cada cuña coloreada, medida desde el centro es proporcional a la estadística que representa. La parte exterior azul representa muertes debidas a enfermedades infecciosas prevenibles o mitigables o, en otras palabras, enfermedades contagiosas como el cólera y el tifus. Los pedazos centrales rojos muestran las muertes por todas las demás causas. Las muertes en los hospitales de campo británicos alcanzaron su máximo en enero de 1855 cuando 2 761 soldados murieron por enfermedades contagiosas, 83 por heridas y 324 por otras causas, con un total de 3, 168 muertes. El promedio de hombres en la armada ese mes fue de 32 393. Usando esta información, Nightingale calculó una tasa de mortalidad de 1 174 por cada 10 000, de los cuales 1 023 de cada 10 000 se debían a enfermedades infecciosas. De haber continuado así y sin la sustitución frecuente de tropas, entonces las enfermedades por sí mismas habrían acabado totalmente con el ejército británico en Crimea.

Sin embargo, estas condiciones insalubres no se limitaban a los hospitales militares de campo. Al volver a Londres en agosto de 1856, cuatro meses después de la firma del tratado de paz, Nightingale

descubrió que en época de paz, los soldados de entre 20 y 35 años de edad tenían una tasa de mortalidad del doble de la de los civiles. Usando sus estadísticas, ilustró la necesidad de una reforma sanitaria en todos los hospitales militares. Al impulsar su causa, Nightingale consiguió llamar la atención de la Reina Victoria y el Príncipe Alberto así como la del Primer Ministro, Lord Palmeston. Sus deseos de llevar a cabo la investigación formal le fueron concedidos en mayo de 1857 y llevaron al establecimiento de la Comisión Real para la Salud del Ejército. Nightingale se escondió de la atención pública y empezó a preocuparse por las tropas apostadas en la India. En 1858 se convirtió en la primera mujer electa socia de la Royal Statistical Society por sus contribuciones a las estadísticas del ejército y hospitalarias.

En 1860 abrió la Escuela de Entrenamiento y Hogar Nightingale para Enfermeras en el hospital de St. Thomas en Londres, con 10 estudiantes. Era financiada por medio del Fondo Nightingale, un fondo de contribuciones públicas establecido en la época en que Nightingale estuvo en Crimea y que contaba con £50 000. La escuela se basaba en dos principios. El primero, que las enfermeras debían adquirir experiencia práctica en hospitales organizados especialmente con ese propósito. El otro era que las enfermeras debían vivir en un hogar adecuado para formar una vida moral y disciplinada. Con la fundación de esta escuela Nightingale había logrado transformar la mala fama de la enfermería en el pasado, en una carrera responsable y respetable para las mujeres. Nightingale respondió a la petición de la oficina de guerra británica de consejo sobre los cuidados médicos para el ejército en Canadá y también fue consultora del gobierno de los Estados Unidos sobre salud del ejército durante la Guerra Civil estadounidense.

Casi durante el resto de su vida Nightingale estuvo postrada en cama debido a una enfermedad contraída en Crimea, lo que le impidió continuar con su trabajo como enfermera. No obstante, la enfermedad no la detuvo de hacer campaña para mejorar los estándares de salud; publicó 200 libros, reportes y panfletos. Una de esas publicaciones fue un libro titulado Notas sobre enfermería (1860). Este fue el primer libro para uso específico en la enseñanza de la enfermería y fue traducido a muchos idiomas. Las otras obras publicadas de Nightingale incluyen Notas sobre los hospitales (1859) y Notas sobre la enfermería para las clases trabajadoras (1861). Florence Nightingale creía firmemente que su trabajo había sido su llamado de Dios. En 1874 se convirtió en miembro honorífico de la American

Statistical Association y en 1883 la Reina Victoria le otorgó la Cruz Roja Real por su labor. También fue la primera mujer en recibir la Orden al Mérito de mano de Eduardo VII en 1907.

El Monumento de Crimea, fue erigido en 1915 en Waterloo Place, Londres, para honrar la contribución que hizo Florence Nightingale a esa guerra y a la salud del ejército. Nightingale tuvo que luchar doblemente con las autoridades militares: por reformar el sistema de hospitales y por ser mujer que ordenaba cómo efectuar las reformas. Pero lo más importante es que utilizó sus conocimientos matemáticos para recoger datos, efectuar estadísticas y calcular la mortandad en los hospitales y mostrar, con sus estadísticas en la mano cómo había mejorado la sanidad.

La enfermería se había considerado hasta entonces un arte y no una ciencia, pero Florence Nightingale rechazó estas ideas, luchó por integrar esta disciplina en un sistema interdependiente, que le permitió elaborar, con las limitaciones de la ciencia de esa época, una doctrina que durante más de un siglo fue una técnica, dependiente de la medicina y también de la enfermedad. En 1860 fundó la escuela de enfermería en el hospital de San Thomas en Londres la cual logró que en definitiva la carrera de enfermería fuera respetable.

Marco legal

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO

La revisión y actualización de esta norma, tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

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

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente,

que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

Objetivo

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

Campo de aplicación

Esta norma, es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

Definiciones

Para los efectos de esta norma, se entenderá por:

Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Cartas de consentimiento informado, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, fijo o móvil, público, social o privado, donde se presten servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de pacientes, cualquiera que sea su denominación, incluidos los consultorios.

Expediente clínico, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones

correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Generalidades

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

Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente; y

Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

El expediente clínico en consulta general y de especialidad deberá contar con:

Historia clínica.- Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:

Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas;

Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud.

Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

- Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);
- Signos vitales, según se considere necesario.
- Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente;
- Diagnósticos o problemas clínicos;
- Pronóstico;
- Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

Nota de interconsulta

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con:

- Criterios diagnósticos
- Plan de estudios
- Sugerencias diagnósticas y tratamiento
- Nota de referencia/traslado

Nota de referencia

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de:

- Establecimiento que envía;
- Establecimiento receptor;
- Resumen clínico, que incluirá como mínimo:
- Motivo de envío;
- Impresión diagnóstica (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);
- Terapéutica empleada, si la hubo.

Notas de urgencias

Notas medicas de hospitalización

Nota preoperatoria

Nota preanestesica

Nota postoperatoria

Nota de egreso

De los reportes del personal profesional y técnico

Hoja de enfermería.

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

- Habitus exterior;
- Gráfica de signos vitales;
- Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita;
- Procedimientos realizados; y
- Observaciones.
- De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:

- Fecha y hora del estudio;
- Identificación del solicitante;
- Estudio solicitado;
- Problema clínico en estudio;
- Resultados del estudio;
- Incidentes y accidentes, si los hubo;
- Identificación del personal que realizó el estudio;
- Nombre completo y firma del personal que informa.

APENDICE A (Informativo)

Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad

CALIDAD DE LOS CRITERIOS Y CUMPLIMIENTO NORMATIVO	
DI	INTEGRACION DEL EXPEDIENTE
1.	Existe el expediente clínico solicitado
2.	Tiene un número único de identificación
3.	Se incorpora un índice guía en las carpetas
4.	Los documentos están secuencialmente ordenados y completos
5.	Escrito con letra legible en lenguaje técnico médico
6.	Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras
7.	Se anexa la lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas
D2	HISTORIA CLINICA
1.	Ficha de Identificación

2.	Antecedentes heredo familiares
3.	Antecedentes personales no patológicos
4.	Antecedentes personales patológicos
5.	Padecimiento actual
6.	Interrogatorio por aparatos y sistemas
7.	Exploración física (habitus exterior, signos vitales, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales)
8.	Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros
9.	Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)
10.	Diagnóstico(s) o problemas clínicos
11.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico
D3	EN GENERAL DE LAS NOTAS MEDICAS NU NE NT NI NPE-O NPE-A NP0-Q NPO-A
1.	Nombre del paciente

2.	Fecha y hora de elaboración
3.	Edad y sexo
4.	Signos vitales (Peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura)
5.	Resumen del interrogatorio
6.	Exploración física
7.	Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
8.	Diagnóstico(s) o problemas clínicos
9.	Plan de estudio y/o Tratamiento (indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad)
10.	Pronóstico
11.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico
D4	ESPECIFICACIONES DE LAS NOTAS MEDICAS (D4-D11)x

	NOTAS DE URGENCIAS (NU)
12.	Motivo de la consulta
13.	Estado mental del paciente
14.	Se menciona destino de paciente después de la atención de urgencias
15.	Se precisan los procedimientos en el área de urgencias
D5	NOTAS DE EVOLUCION (NE)
12.	Existencia de nota médica por turno
13.	Evolución y actualización de cuadro clínico
D6	NOTAS DE REFERENCIA/TRASLADO (NT)
12.	Motivo de envío
13.	Establecimiento que envía y establecimiento receptor
14.	Nombre del médico responsable de la recepción del paciente en caso de urgencia
D7	NOTAS DE INTERCONSULTA
12.	Criterio diagnóstico
13.	Sugerencias diagnósticas y de tratamiento
14.	Motivo de la consulta
D8	NOTA PRE-OPERATORIA (NPE-O)
12.	Fecha de la cirugía a realizar
13.	Diagnóstico pre-operatorio
14.	Plan quirúrgico
15.	Riesgo quirúrgico
16.	Cuidados y plan terapéutico preoperatorio
D9	NOTA PRE-ANESTESICA (NPE-A)
12.	Evaluación clínica del paciente
13.	Tipo de anestesia
14.	Riesgo anestésico
D10	NOTA POST-OPERATORIA (NPEO-Q)

12.	Operación planeada
13.	Operación realizada
14.	Diagnóstico post-operatorio
15.	Descripción de la técnica quirúrgica
16.	Hallazgos transoperatorios

17.	Reporte de gasas y compresas
18.	Incidentes y accidentes
19.	Cuantificación de sangrado
20.	Resultados e interpretación de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico transoperatorios
21.	Estado post-quirúrgico inmediato
22.	Plan manejo y tratamiento post-operatorio inmediato
23.	Envío de piezas y biopsias quirúrgicas para examen macroscópico
D11	NOTA POST-ANESTESICA (NPO-A)
12.	Medicamentos utilizados
13.	Duración de la anestesia
14.	Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia
15.	Cantidad de sangre o soluciones aplicadas
16.	Estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano
17.	Plan manejo y tratamiento inmediato
D12	NOTA DE EGRESO
1.	Nombre del paciente
2.	Edad y sexo
3.	Fecha y hora de elaboración
4.	Signos vitales (peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura)

5.	Fecha y hora del ingreso/egreso hospitalario
6.	Días de estancia en la unidad
7.	Se identifica si es reingreso por la misma afección en el año
8.	Diagnóstico(s) de ingreso. Contiene diagnóstico principal y diagnósticos secundarios
9.	Resumen de la evolución y el estado actual
10.	Manejo durante la estancia hospitalaria
11.	Diagnóstico(s) final(es)
12.	Fecha y hora de procedimientos realizados en su caso
13.	Motivo de egreso (máximo beneficio, por mejoría, alta voluntaria, exitus)
14.	Problemas clínicos pendientes
15.	Plan de manejo y tratamiento
16.	Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria
17.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico
D13	HOJA DE ENFERMERIA
1.	Identificación del paciente
2.	Hábitus exterior
3.	Gráfica de signos vitales
4.	Ministración de medicamentos (fecha, hora, vía, dosis, nombre de quien aplica el medicamento)
5.	Procedimientos realizados
6.	Valoración del dolor (localización y escala)
7.	Nivel de riesgo de caídas
8.	Observaciones
9.	Nombre completo y firma de quien elabora

D14	DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMEINTO
1.	Fecha y hora del estudio

2.	Estudio solicitado
3.	Problema clínico en estudio
4.	Especifica incidentes o accidentes
5.	Descripción de resultados e interpretación por el médico tratante (excepto estudios histopatológicos)
6.	Nombre completo y firma del médico
D15	REGISTRO DE LA TRANSFUSION DE UNIDADES DE SANGRE O DE SUS COMPONENTES
1.	Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos
2.	Fecha y hora de inicio y finalización de la transfusión
3.	Control de signos vitales y estado general del paciente, antes, durante y después de la transfusión
4.	En caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo y manejo, así como, los procedimientos para efecto de la investigación correspondiente
5.	Nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como del personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión
D16	TRABAJO SOCIAL (EN SU CASO)
1.	Se integra copia en el expediente clínico del estudio socioeconómico de trabajo social
2.	Nombre completo y firma del médico
D17	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*
1.	Nombre de la Institución a la que pertenece el establecimiento médico
2.	Nombre o razón social del establecimiento médico
3.	Título del documento
4.	Lugar y fecha
5.	Acto autorizado
6.	Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado

7.	Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva*
8.	Nombre y firma de la persona que otorga la autorización*
9.	Nombre y firma de los testigos* (en caso de amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente o en la condición fisiológica o mental del paciente)
10.	Nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado
11.	Se elaboran tantos consentimientos como eventos médicos lo ameritan

* En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico.

D18 HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO

1.	Nombre y dirección del establecimiento
2.	Nombre del paciente
3.	Fecha y hora del alta hospitalaria
4.	Nombre completo, edad, parentesco y firma de quien solicita el alta voluntaria
5.	Resumen clínico
6.	Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo
7.	En su caso, nombre completo y firma del médico
8.	Nombre completo y firma de los testigos

D19 HOJA DE NOTIFICACION AL MINISTERIO PUBLICO

1.	Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador
2.	Fecha de elaboración
3.	Identificación del paciente
4.	Acto notificado
5.	Reporte de lesiones del paciente en su caso

6.	Agencia del ministerio público a la que se notifica
7.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico que realiza la notificación
8.	Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica
D20	NOTA DE DEFUNCION Y DE MUERTE FETAL
1.	Se integra copia en el Expediente Clínico
2.	Nombre completo, cédula profesional y firma de quien lo elabora
3.	Fecha y hora de elaboración
D21	ANALISIS CLINICO
1.	Existe congruencia clínico-diagnóstica
2.	Existe congruencia diagnóstico-terapéutica
3.	Existe congruencia diagnóstico-pronóstico

INDICADOR DE REGISTROS CLÍNICOS Y NOTAS DE ENFERMERÍA

Es el registro de las observaciones, cuidados, procedimientos y medicamentos administrados al paciente en base a indicaciones médicas y a planes de cuidados de enfermería.

1. Documenta en los registros clínicos los datos de identificación de la persona
2. Documenta en la hoja de registro clínico datos objetivos de la persona
3. Describe en la nota de enfermería de ingreso del paciente el estado físico, psicológico y el plan de intervenciones
4. Registra el plan de intervenciones

Ejemplo de actividades que debe contener cada intervención:

Monitorización respiratoria: frecuencia, ritmo y saturación de oxígeno

Monitorización de líquidos: nombre de la solución, cantidad, goteo, frecuencia, hora de inicio y término

Los componentes sanguíneos: tipo, cantidad, hora de inicio y término

Total de ingreso o ingesta: vía oral, enteral, parenteral.

Total de egresos: emesis, uresis, evacuaciones, drenajes, succión o drenaje de líquidos a través de sondas.

Balance hídrico de 24 horas.

5. Describe en la nota de continuidad de enfermería los datos de la evolución al tratamiento de intervenciones de enfermería

Verificar que en la nota de continuidad este documentado el tratamiento iniciado en la nota de ingreso o la nota anterior:

La fecha y hora

La continúa evaluación de los signos vitales y síntomas de las condiciones físicas, biológicas, psicológicas y emocionales de las personas.

Revaloración y ajustes de las intervenciones establecidas en el plan de cuidados.

La modificación a las medidas de seguridad acordes a la evolución y el estado actual de la persona

El nombre completo, rubrica y clave del personal del salud que proporciona la atención.

6. Documenta los registros clínicos y notas de enfermería observando continuidad por día y por turno

7. Documenta en la nota de enfermería las acciones orientadas a detectar factores de riesgo

8. Documenta en la nota de egreso de la persona el plan de alta.

Problemas Jerarquizados

1. Información no valida ni de confianza al no realizar la valoración idónea al paciente hospitalizado.
2. Falta de estructura en las notas y registros de enfermería.
3. No se valora al paciente como ser único y en todas sus esferas (biopsicosocial)
4. Resistencia por parte del personal de enfermería para realizar una valoración completa que llevara a un diagnostico propio de enfermería.
5. Falta de comunicación entre el personal de enfermería que impide un correcto seguimiento al tratamiento requerido por el paciente.

Matriz decisional

Problemas jerarquizados	Efectividad ¿Resolverá todo o parte del problema?	Factibilidad ¿se puede establecer la solución?	Factor tiempo ¿Qué tan rápido dará resultados?	Orientación al usuario ¿Satisface los requisitos del	Eficacia ¿Es una solución costo-efectividad?
-------------------------	--	---	---	---	--

¿Es una solución de corto o largo plazo?
usuario?
¿Mejora el servicio?

1	++	+++	+	++	+++
2	++	+++	++	+++	+++
3	+++	+++	++	++	+++
4	+	++	+	++	+++
5	+	++	+	++	+++

+ Difícilmente ++ Posiblemente +++ Si se resolverá

Matriz FODA

	ANÁLISIS INTERNO	
	FORTALEZAS	DEBILIDADES
ANÁLISIS DEL ENTORNO	<ul style="list-style-type: none"> -Constante capacitación e investigación por el departamento de enseñanza. -Constantes supervisiones internas por la Coordinación de Calidad en Enfermería. -Apoyo de los Pasantes de Enfermería para la elaboración e implementación de proyectos de mejora. 	<ul style="list-style-type: none"> -Incremento en el número de pacientes atendidos por Enfermera (o) -Falta de tiempo para realizar una valoración más allá de la toma de signos vitales. -Disminución en el apoyo de recursos financieros para la realización de proyectos de mejora de Enfermería.
OPORTUNIDADES	FO (MAXI-MAXI)	DO (MINI-MAX)
<ul style="list-style-type: none"> -Apoyo por parte de diversas instituciones de salud y organizaciones para capacitar al personal sobre temas de importancia. -Supervisiones externas de acreditaciones. -Constante apoyo por los estudiantes de Enfermería de las diferentes instituciones educativas. 	<p>La constante capacitación por el departamento de enseñanza permite que otras instituciones y organizaciones se interesen en seguir apoyando al hospital y por lo tanto promueve a que las supervisiones tanto internas como externas, tengan resultados favorables; es un trabajo que día a día se logra gracias al apoyo de todo el personal, incluyendo pasantes y estudiantes de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -El apoyo constante de las diferentes instituciones educativas permite que exista un enfoque docente dentro del hospital, ya que los estudiantes son un gran respaldo para el personal de enfermería y permite dar un cuidado más adecuado y personal para cada paciente. -El apoyo de diferentes instituciones y organizaciones permite la financiación de capacitaciones, cursos y proyectos para seguir promoviendo el enfoque investigador en el hospital, permitiendo así que las supervisiones externas sean a favor del mismo.
AMENAZAS	FA (MAXI-MINI)	DA (MINI-MINI)



<ul style="list-style-type: none">-Falta de asistencia a las capacitaciones por el personal de enfermería.-Retraso en las entregas de constancias por parte externa.-Estrés laboral y malas relaciones interpersonales.	<ul style="list-style-type: none">-La supervisión constante de la coordinación de calidad permite detectar factores que no propicien un ambiente laboral estable como es el estrés y las malas relaciones interpersonales, esto permite que se toman medidas para trabajar en ello y crear un ambiente saludable que beneficie al personal y principalmente al paciente.-El apoyo de los pasantes de enfermería y su trabajo en los proyectos de mejora permite que el personal muestre más interés en asistir a capacitaciones para seguir mejorando en cuestión a la profesionalización de Enfermería.-La constante capacitación e interés por parte del departamento de enseñanza permite agilizar la entrega de constancias, esto favorece en motivar al personal a seguir asistiendo para beneficio de su propio carácter científico.	<ul style="list-style-type: none">-El incremento en el número de pacientes que se atienden en el hospital por enfermera (o) hace que el estrés laboral y las malas relaciones interpersonales se hagan presentes en el día a día del trabajo; esto coadyuva a que se observe la falta de tiempo para realizar valoraciones más allá de la toma de signos vitales.-La situación es crítica cuando se observa disminuido el apoyo en recursos financieros para la elaboración de cursos y capacitaciones al personal; se ve afectado en la asistencia a los mismos por el personal de enfermería ya que no se observa una motivación que llame la atención de los trabajadores.
---	--	--

Diagrama Causa-Efecto



FICHA TÉCNICA PARA LA DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

PROCESO: EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA HOJA DE ENFERMERÍA EN RESPECTO A LOS REGISTROS CLÍNICOS

7

NOMBRE DEL INDICADOR:

NOTAS Y REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA

OBJETIVO DEL INDICADOR:

EVALUAR LAS CONDICIONES GENERALES DE LA HOJA DE ENFERMERÍA EN RELACION A LA CEDULA DE EVALUACIÓN.

ENFOQUE: PROCESO

DIMENSIÓN: TÉCNICA

ATRIBUTO: EFECTIVIDAD

ÁREA: HOSPITALIZACIÓN

FÓRMULA(S) DEL INDICADOR:

LA (O)S ENFERMERA (O)S QUE LLENAN LA HOJA DE ENFERMERÍA CORRECTAMENTE
PACIENTES HOSPITALIZADOS

DESCRIPCIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LA FÓRMULA:

SE CONSIDERARÁN EN EL NUMERADOR TODOS LOS CASOS DE PACIENTES QUE SEAN INGRESADOS A HOSPITALIZACIÓN CON EL BUEN CORRECTO DEL LLENADO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA.

FUENTES DE DATOS

EXPEDIENTES CLÍNICOS, HOJA DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

CEDULA DE EVALUACIÓN DE HOJA DE ENFERMERÍA

TIPO DE MUESTRA

SE REVISARÁN 30 HOJAS DE ENFERMERÍA DEL MES DE FEBRERO A MARZO DEL 2017.

ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO:

ORIGEN DEL INDICADOR:

SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD INDICAS

CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:

ESTADÍSTICAS MEDIANTE GRÁFICAS Y DIAGRAMAS DE FLUJO PARA DESCRIBIR LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS EVALUACIONES.

ACTIVIDADES

EVALUACIÓN DE LAS HOJAS DE ENFERMERÍA
FACILITACIÓN DE LAS EVALUACIONES Y ESCALAS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA
ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PROYECTO.
CAPACITACIÓN

PERIODICIDAD

FEBRERO Y MARZO 2017

RESPONSABLE

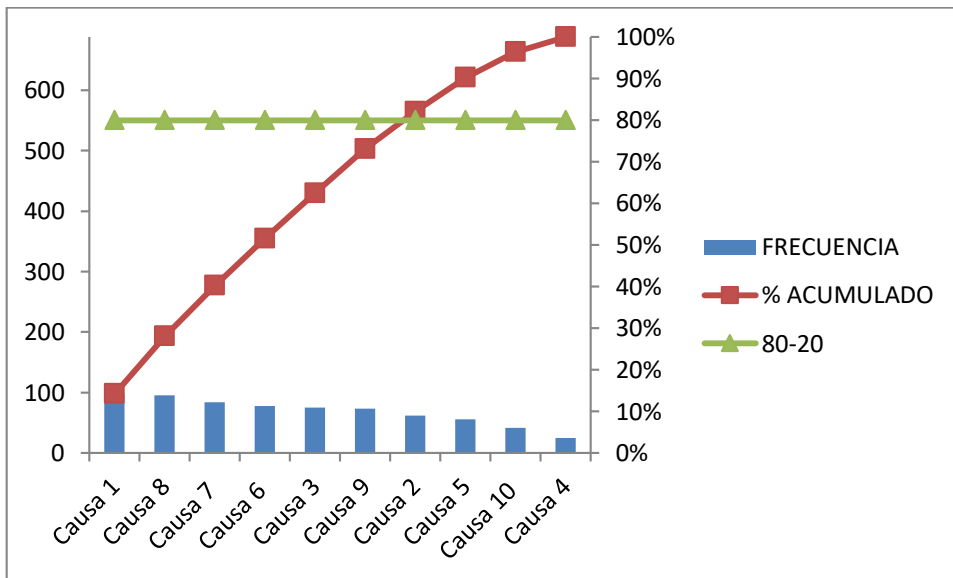
L.E ALEJANDRA ADAME GARDUÑO
PASANTES DE ENFERMERÍA GENERACIÓN 2016-2017

VALIDACIÓN Y ANÁLISIS

EL ASESOR DEL PROYECTO REVISARÁ EL INFORME Y LOS DATOS ADQUIRIDOS MEDIANTE LAS ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON CONFORME A LA FICHA TÉCNICA YA ELABORADA.

Diagrama de Pareto

Causas y efectos sobre una mala valoración del paciente para la realización del plan de cuidados e intervenciones de enfermería



N°	CAUSAS
1	Falta de conocimiento para realizar una valoración correcta
2	Falta de comunicación entre el personal durante el cambio de turno
3	Estrés laboral
4	Métodos de trabajo implementados por el mismo personal para el término pronto de la jornada laboral
5	Falta de equipo y material funcional para una adecuada toma de signos vitales
6	Omisión de datos subjetivos durante la valoración
7	Falta de tiempo
8	Demanda de población y aumento de pacientes hospitalizados
9	Poco interés por parte del personal
10	Equipo y material no adecuado para la exploración física (datos no fidedignos).

Desarrollo del tema

Este proyecto está realizado con la finalidad de hacer una mejora en el sector salud, vamos enfocados en los registros de enfermería que integran el expediente del paciente ya que es algo médico-legal y si se hace en su forma correcta obtendremos resultados favorables.

Desde años anteriores, han mejorado el porcentaje de mejoría en registros clínicos, en el año del 2014 estaba deficiente el personal en las notas y registros de enfermería, poco a poco fue mejorando gracias a implementaciones y capacitaciones para una buena valoración de enfermería. En la actualidad ya se ven mejoradas estas estadísticas.

Seguimos en pie nuestro objetivo que es mejorar los procesos técnicos-administrativos mediante la implementación de estándares en los registros del cuidado de enfermería, priorizando la valoración como base para la realización de cualquier intervención o cuidado de enfermería.

Como otros objetivos que tenemos en mente es promover y lograr la implementación en la evolución y mejora del paciente para llegar al camino de la excelencia, esto lo lograremos verificando los registros y datos durante la capacitación para obtener resultados favorables que ayuden a que el personal siga actuando profesionalmente y sean críticos de investigación.

Iniciamos nuestro proyecto valorando las hojas de enfermería de diferentes turnos, no hubo resultados buenos así que decidimos implementar, nos reunimos como equipo y valoramos y propusimos varias implementaciones:

- Decidimos realizar hojas con escalas de valoraciones tanto pediátricas como para el paciente adulto, las pegamos en una totalidad de todas las carpetas de enfermería de algunos servicios seleccionados, para una mejor valoración del paciente
- Hicimos un rotafolio para una buena valoración de enfermería del paciente, realizamos capacitaciones con ese material pasando a los servicios a capacitar al personal de enfermería de los diferentes turno, teniendo buenas críticas y llegando al objetivo cumplido También se capacito al personal en el auditorio de esta institución donde todo fue favorable.
- Hicimos lonas con tablas de valoración pediátricas y se colgaron en sus diferentes servicios.
- Concursamos en el foro anual de pasantes, representando nuestro proyecto de mejora.

- Instalamos los libros de NIC, NOC y NANDA en todas las computadoras de los servicios de esta institución

Estamos pendientes de nuestro proyecto, con nuestra finalidad de hacer una mejoría a esta nuestra institución ya que esto mejorara y beneficiara al paciente que es nuestra proridad.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

N°	Actividad	Agosto			Septiembre			octubre			Noviembre			Diciembre			Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio			Julio					
		P	R	NR	P	R	NR	P	R	NR	P	R	NR	P	R	NR	P	R	NR	P	R	NR	P	R	NR	P	R	NR	P	R	NR	P	R	NR	P	R	NR			
2	1.Recolpilacion de información 2.Planteamiento del problema 3. Elaboración de instrumento de evaluación	P	R	NR																																				
3	4.analisis de estrategias a implementar				P	R																																		
4	5. Marco teórico 6.Revisión de norma 04							P	R																															
5	7.Revicion de instrumento con asesor de proyecto										P	R																												
6	8.Elaboración de diagrama de Ishikawa 9.Elaboracion de matriz FODA													P	R																									
7	10. Revisión de objetivo general del proyecto con asesor 11.Elaboracion de la introducción																P	R																						

Plan de actividades

- Se integraron hojas con escalas de valoración desde pediátricas hasta del adulto mayor en los servicios correspondientes.
- Se brindaron capacitaciones al personal de enfermería, tanto como pasantes y estudiantes de los diferentes servicios y de los diferentes turnos, con la utilización de un rotafolio donde se brindó información de la valoración de enfermería.
- Se imprimieron lonas con tablas de valoración y se colocaron en los diferentes servicios.
- Con esto mismo se participó en el concurso anual de pasantes, representado este proyecto de mejora.
- Se instaló los libros NIC, NOC Y NANDA en las computadoras de los servicios de esta institución.

Conclusiones

En base al material proporcionado y la realización de capacitaciones en los servicios, lo logro en un lapso de dos meses una mejoría significativa en las valoraciones, de manera rápida y eficaz; a pesar del exceso de trabajo, viéndose reflejado en el registro de la nota de enfermería. Actualmente se sigue trabajando para aportar mayor material de apoyo, así como continuar con las capacitaciones, buscando que en un futuro próximo se haga más fácil la realización de planes de cuidado de enfermería.

Referencias bibliográficas

<http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n6/art17.pdf>

<https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/6B276772-CAC4-4790-810D-A61458561AC2/a725b57c-c56a-45ad-a794-fe9942e52081/a725b57c-c56a-45ad-a794-fe9942e52081.pdf>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal133i.pdf>

[http://euit.fdsll.cat/wp-content/uploads/2019/07/DEONTOLOGIA Y MARCO LEGAL EN ENFERMERIA.pdf](http://euit.fdsll.cat/wp-content/uploads/2019/07/DEONTOLOGIA_Y_MARCO_LEGAL_EN_ENFERMERIA.pdf)

<http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2430-003-004.pdf>

http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_implementation_cuidados_enfermeria.pdf

<https://www.isotools.org/2015/03/12/claves-para-conocer-los-indicadores-de-calidad-de-enfermeria/>

Anexos

MORELOS Secretaría de Salud
SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS
HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA
"DR. JOSÉ G. PARRES"
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA EN ENFERMERÍA

Implementación de escalas de valoración física y por patrones funcionales como base para Registros clínicos de Enfermería

Autores: Primer, Bárbara; Saldaña, Araceli; Yocelin Rivera Horcasitas, Adolfo; Angai Primitivo Hernández, Graciela; Rosano Vilchis, Eloisa; María del Carmen Vega Ortiz.
Pagantes de enfermería adscritos al HGC: "Dr. José G. Parres" Correo: johannita.montez1@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los registros de Enfermería forman parte esencial que se integran en el expediente clínico de cualquier institución hospitalaria, el cual se considera como un documento médico-legal. Es de suma importancia mencionar que conforman la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente.

ANTECEDENTES

Desde 2014 dentro del Hospital General de Cuernavaca se dieron los primeros pasos para desarrollar buenas notas de enfermería derivado del anterior sistema "no registrado, no fue realizado", muchas de las notas sufrían de los criterios que conformaban el indicador de registros y notas de enfermería, el incumplimiento se derivaba o bien de falta de interés o de la evolución del paciente, desde que se recibe hasta que se realiza nuevamente la entrega-recepción con el turno.

Para el 2015 el reto fue mucho mayor, ya que apoyados por la Coordinación Estatal de Enfermería se capacitó un equipo específico de enfermeras que pudieran ser monitores y que pudieran diseñar las guías del personal en cuanto al PLACE (Planes de Cuidados Estandarizados), sin embargo no todo el personal estaba capacitado para realizar los diagnósticos de enfermería conforme a lo especificado en la normatividad.

En el 2016 y derivado de la Acreditación de Cáncer de Colón y Roldo, el servicio de Endoscopia, empezó a tener un registro en base al PLACE (NANDA, NOC, NIC, en donde su hoja de enfermería le permite realizar el diagnóstico de enfermería y clasificar las intervenciones que hará con su paciente. De lo anterior existía aun la necesidad de realizar dichos registros con calidad en los diferentes servicios del hospital. Todos los esfuerzos por capacitar al personal acerca del PLACE y de los Planes de Cuidados Estandarizados Básicos en Educación Clínica, originó la necesidad de abordar la forma en que entraba lo que se observa del paciente, con lo que se está registrando del mismo, es decir, la pretensión del equipo del proyecto de mejora registrar al principio, a las valoraciones mediante escalas que permitan observar y medir como se encuentra el paciente, y reforzar la valoración mediante los patrones funcionales de Margary Gordon.

OBJETIVO GENERAL

- Implementar las escalas de valoración física y por patrones funcionales como base para registrar los registros y notas de enfermería, a través de capacitaciones continuas al personal de enfermería adscrito en los diferentes servicios del Hospital General de Cuernavaca "Dr. José G. Parres".

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, observacional a Enfermería del Hospital General de Cuernavaca. La recolección de datos se centra en la utilización de escalas de evaluación a las notas de enfermería previa a la capacitación al personal. La muestra fue seleccionada aleatoriamente en relación a la planta de Enfermería que maneja la Jefatura y Supervisión del área personal.

- Se integraron las escalas de valoración física y valoración por patrones funcionales al área donde el personal de enfermería realiza sus notas de enfermería, en las tablas donde se tienen los fichas, expedientes clínicos, y en lugares visibles donde pudieran realizar la consulta de las mismas.
- Las valoraciones fueron adaptadas de acuerdo al tipo de servicio, por ejemplo Pediatría y Adultos, se integraron en los servicios de hospitalización.
- Se realizaron capacitaciones tanto en el auditorio del hospital como en los diferentes servicios, se realizó la valoración del paciente y realizando al mismo tiempo su diagnóstico de la NANDA.
- Se capacitaron al personal de enfermería, en cuanto a las valoraciones ya existentes.
- Se valoraron las valoraciones en el equipo de cómputo del personal de enfermería.



RESULTADOS

Las escalas de valoración se encuentran en todos los servicios del Hospital.

Se capacitó al 70.2% del personal de enfermería en cuanto a las valoraciones ya estandarizadas tanto la física como de patrones funcionales.

Se integró en todos los computadores del Hospital el material en digital, así como la taxonomía NANDA, NOC, NIC, así como los Planes de Cuidados Integrados y las Guías de Práctica Clínica preparadas por el personal de enfermería y servidos de apoyo para la misma. Hoy de Enfermería que se implementará en acorde a la Coordinación Estatal de Enfermería.

Con la implementación de estos formatos estandarizados por servicios, y a través de la elaboración de sus Diagnósticos dentro al personal de Enfermería realizar sus intervenciones de enfermería y verificar la evaluación de los mismos, contar con un registro en acorde a la normatividad.

CONCLUSIONES

La capacitación constante al Personal de Salud sobre la valoración del paciente tanto física como en base a los patrones funcionales y el manejo de los Diagnósticos de la NANDA y Catálogo de PLACE, Guías de Práctica Clínica permitieron mejorar la calidad de los registros clínicos en acorde a la normatividad vigente a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

PALABRAS CLAVE

- Valoración
- Diagnóstico
- Registros

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Secretaría de Salud y Planes de Enfermería del HGC "Dr. José G. Parres" 2015-2017.
2. NOM-004-SSA3-2012. De la Secretaría.
3. Libro NANDA 2015 - 2017. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificador.

