

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Escuela de Salud Pública de México

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS NOTAS EN LA HOJA DE ENFERMERÍA
EN EL HOSPITAL DE LA NIÑEZ OAXAQUEÑA**

**Trabajo para obtener el diploma de:
Especialización de Enfermería en Salud Pública**

**Presenta:
L.E. Irma Reyes Cruz**

Director:
M.S.P. Erick Azamar Cruz

Asesores:
M.C.E. Criseida Pineda Robles
L.E. Catalina Martínez Martínez

Oaxaca de Juárez, Oaxaca. 15 de Mayo de 2012.

ÍNDICE

I. Introducción.....	3
II. Antecedentes	4
III. Justificación.....	5
IV. Planteamiento del problema	6
V. Objetivos.....	7
VI. Marco Teórico	8
VII. Marco de Referencia.....	21
VIII. Metodología	23
VIII.1 Diseño de Estudio.....	23
VIII.2 Universo.....	23
VIII.3 Muestreo.....	23
VIII.4 Fuentes de información.....	24
VIII.5 Variables.....	24
VIII.6 Instrumento de recolección y procesamiento de la información.....	24
VIII.7 Plan de Análisis	25
VIII.8 Limitaciones	26
VIII.9 Aspectos éticos.....	26
IX. Resultados y discusión	26
X. Conclusiones	30
XI. Recomendaciones	30
XII. Bibliografía.....	31
XIII. Anexos.....	33

I. Introducción

La enfermería como disciplina permite al profesional ser autónomo y pertenecer al equipo de salud, siendo éste la base para la realización del presente trabajo, el profesional de enfermería recibe durante su formación los componentes teórico-básicos sobre la importancia y uso de los registros de enfermería y de cómo estos demuestran la ejecución del cuidado proporcionado al paciente, así como demostrar el nivel de productividad en la prestación de servicios. La enfermera en el ámbito hospitalario, se encamina al cuidado directo de los pacientes y la realización de notas y registros que evidencian la aplicación del proceso, garantizando la continuidad del cuidado.

Las notas y registros de enfermería son un soporte documental, donde queda plasmada la información de las actividades e intervenciones que efectúa el personal de enfermería referente al paciente, en cuanto a valoración, tratamiento, intervenciones, cuidado y evolución, su principal objetivo es registrar las medidas asistenciales, enfocadas a prestar cuidados de calidad, además tienen una finalidad docente-investigadora y de gestión, facilitando el análisis estadístico que contribuye al desarrollo de la profesión y a la mejora de los cuidados, otro de sus propósitos es jurídico-legal, debido a que los registros constituyen una prueba objetiva de los actos realizados por el profesional.

Por ello, el personal de enfermería debe conocer su importancia, así como las implicaciones que conllevan las omisiones en el marco legal, ya que el desconocimiento de la ley no le exime de su cumplimiento. Para que las notas y los registros de enfermería sean adecuados, deben ser integrados conforme a los estándares básicos establecidos en las disposiciones legales en la materia, lo cual favorecerá indudablemente la eficiencia de la actuación del personal, permitiendo además, la diferencia entre los demás integrantes del equipo de salud, manifestando así el rol autónomo en beneficio de enfermería.

II. Antecedentes

La comunicación escrita es una herramienta de trabajo imprescindible para el personal de enfermería ya que a través de ella manifiesta su intervención y su proceder en la atención del paciente.¹

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería, después de los cuidados, las notas y los registros en el expediente constituyen una de las funciones más importante de la enfermera, una vez realizado los cuidados de enfermería y evaluado las respuestas, el siguiente paso es anotar las valoraciones, intervenciones y respuestas.²

Un estudio realizado por Carmen Vargas y Ruiz Sánchez en Costa Rica sobre los aspectos legales de las notas de enfermería en el año 2003, reporta que fueron encontradas diversas fallas como: el que no se registra la hora en que se escribe la nota, el uso de abreviaturas no autorizadas y no se reporta la evolución del paciente.³

En la investigación “factores que afectan el correcto llenado de los registros de enfermería realizada en el hospital general de zona Villa Coapa”, se reportó que las enfermeras no conocen la NOM-168.SSA.1998 y que la carga de trabajo no les permite realizar correctamente los registros de enfermería.⁴

El Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, en México, realizó una investigación sobre: la trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico, entre los hallazgos más importantes destaca una alta incidencia de enfermeras que no registran los aspectos psico-emocionales, socioeconómicos y espirituales aún cuando se proporcionen al paciente.⁵

La revista CONAMED hace referencia al estudio realizado sobre el nivel de cumplimiento de la NOM 168-SSA1-1998 por el personal de enfermería en el Instituto Nacional de Salud, entre los principales hallazgos se encontraron omisiones de registro del nombre y firma de quien los elabora, la vía de ministración de medicamentos y se identificaron documentos con tachaduras,

borraduras e ilegibilidad, lo cual repercute en la calidad de la atención y seguridad del paciente.⁶

El sistema integral de calidad (Sicalidad) crea un lineamiento relativo a la redacción de las notas de enfermería, consistente en los indicadores de calidad para la evaluación de la atención de enfermería, en el año 2004 inicia con tres indicadores: vigilancia y control de venoclisis instalada, trato digno por enfermería y ministración de medicamentos por vía oral, estos fueron seleccionados por su importancia y frecuencia en la práctica diaria y su cumplimiento por ser responsabilidad directa del área de enfermería. En una segunda etapa se integraron para su evaluación tres nuevos indicadores, los cuales están directamente relacionados con la seguridad del paciente, prevención de caídas, prevención de úlceras por presión y prevención de infección de vías urinarias por instalación de sonda vesical. Estos indicadores están estrechamente relacionados con las notas y los registros de enfermería, es importante resaltar que los últimos tres indicadores son asuntos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus países miembros determinaron hacer un seguimiento sistemático y establecer acciones que le permitan disminuir sus efectos, debido a que en algunos casos han sido causa de quejas o inconformidad ante instancias como la comisión nacional de arbitraje medico (CONAMED) o bien de una demanda con responsabilidad legal. Actualmente en el sistema Integral de calidad, está en proceso la elaboración del indicador para la evaluación de los registros clínicos y notas de enfermería.⁷

III. Justificación

Las notas y registros de enfermería son esenciales en el ejercicio profesional, pues es el reflejo de calidad de la atención que se brinda a los pacientes, de ahí la importancia de registrar la valoración, las intervenciones y los resultados, basándose en normas oficiales, criterios de calidad, lineamientos humanísticos, éticos y científicos.

El personal que proporciona los cuidados al paciente ha sido y seguirá siendo la enfermera, aplicando sus intervenciones con conocimientos científicos y tomando como guía modelos de atención que ayuden a restablecer la salud óptima e integral del ser humano, la intervención de enfermería es la base fundamental de los sistemas de salud y parte esencial del éxito de la atención de la misma.

Según la OMS una de las funciones principales de la enfermería es desarrollar la práctica, basada en un pensamiento crítico y de investigación, sin embargo, la enfermera no deja constancia escrita de sus intervenciones por lo que es imposible identificar y constatar lo específico e imprescindible que aporta en la atención de salud de las personas. En la medida que los profesionales de enfermería den visibilidad escrita a la forma como contribuyen al bienestar del paciente y puedan recuperar y analizar datos de su práctica, tendrán cada vez más herramientas para demostrar que los cuidados de enfermería marcan una diferencia. Actualmente la Comisión Nacional de Arbitraje Médico reconoce la importancia de las notas de enfermería como parte del expediente clínico y documento médico-legal. Así mismo el sistema integral de calidad utiliza como instrumento de evaluación de la calidad las notas de enfermería. De lo anterior se deriva la importancia de registrar el cuidado que refleja el ejercicio profesional basándose en lineamientos humanísticos, éticos y científicos tomando en cuenta las normas legales y profesionales.

En el área de enfermería del Hospital de la Niñez Oaxaqueña no se ha efectuado evaluación de sus notas y registros hospitalarios, por ello se plantea el siguiente estudio de investigación para identificar las fortalezas y debilidades existentes y así fundamentar propuestas de mejora.

IV. Planteamiento del problema

El cuidado es la ciencia y el campo central unificador y dominante que caracteriza a la enfermería, no solo comprende la satisfacción de las necesidades, sino que también se debe reconocer como otro aspecto del cuidado a las notas de

enfermería ya que en ellas la enfermera hace constar su trabajo y en él se refleja el conocimiento científico y la creatividad del profesional de enfermería.

A pesar de la importancia que tienen las notas de enfermería, la gran mayoría de las enfermeras no cumplen con los criterios legales ni con las normas básicas de la profesión en su redacción, la realidad demuestra que se realizan en forma rutinaria, sin dejar la evidencia del cuidado proporcionado al paciente, hasta el momento no se cuenta con un estándar único para la redacción de las notas de enfermería pero si existen directrices que deben de ser consideradas al momento de realizarlas o redactarlas. Sin embargo se ha observado que en cada institución el profesional de enfermería redacta sus notas con diferentes criterios, no aplicando las normas básicas ni legales en su elaboración aún cuando las notas de enfermería funcionan como un documento legal.

En el hospital de la Niñez Oaxaqueña se ha observado que las notas de enfermería no son elaboradas de acuerdo a las normas básicas de la profesión ni a las normas legales por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la calidad de las notas en la hoja de enfermería en el servicio de hospitalización en el Hospital de la Niñez Oaxaqueña “Dr. Guillermo Zarate Mijangos”, en el primer semestre del año 2011?

V. Objetivos

Evaluar la calidad de las notas en la hoja de enfermería en el Hospital de la Niñez Oaxaqueña “Dr. Guillermo Zarate Mijangos”, en el primer semestre del año 2011.

Objetivos específicos:

1. Identificar el cumplimiento de las normas en la estructura de las notas y registros hospitalarios de enfermería.
2. Verificar el cumplimiento de las normas en el contenido de las notas y registros de enfermería.

3. Identificar el reporte de indicadores de la evaluación de calidad relacionado con la seguridad del paciente en las notas y registros de enfermería.

VI. Marco Teórico

EVALUACIÓN

El expediente clínico ha sido tradicionalmente el instrumento para evaluar la calidad con que se otorga la atención de salud, por el personal médico y recientemente por el de enfermería, la función principal de la evaluación es la verificación de la calidad de los registros en el expediente clínico, tanto en presentación y contenido, como reflejo de la calidad con que se otorga la atención médica, con retroinformación al personal involucrado con objeto de superar los registros y la calidad de la atención.⁸

Desde la creación de nuestro sistema único de salud en el país, ha sido motivo de preocupación el control de la calidad de los servicios de salud, estando siempre integrada la enfermería a los métodos aplicados. La enfermera incide en numerosos factores de la estructura y procesos en nuestros objetivos de calidad, los cuales se encuentran estrechamente vinculados en la representación de enfermería en los diferentes niveles administrativos del sistema de salud y en la aplicación de la atención de enfermería basada en los programas, normas y reglamentos, en estos y otros elementos, enfermería incide en los resultados del sistema de salud, al controlar el comportamiento de los factores de estructura y procesos, mediante instructivos elaborados al efecto, lo que a su vez utiliza en la retroalimentación del sistema.⁹

El Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector salud, presentó una metodología para evaluar la calidad de los servicios que otorgan las instituciones de salud, con base en los procedimientos realizados y experiencias del sector. Esta metodología permite integrar el diagnóstico situacional operativo de las unidades de atención médica, así como facilitar la identificación de los problemas en la prestación de los servicios y la elaboración de alternativas de solución, que contribuye de esta manera a lograr una adecuada atención, con mayor calidad y

eficiencia en beneficio de los pacientes, su ámbito de aplicación es prácticamente en todos los niveles jerárquicos, desde el nivel de departamento o servicio hasta el nivel macro sectorial, debiendo ejecutarse en forma permanente, sistemática y continua, se considera que, como primer paso para poder promover la calidad de la atención médica, debería conocerse cuáles son los aspectos que la determinan, cómo identificarlos y cómo asignar un juicio de valor a través de su verificación.

El Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación ha definido a la evaluación de calidad de la atención médica como: "el análisis metodológico de los factores ambientales y tecnológicos que intervienen en el proceso de la atención de los pacientes; asignando valores uniformes a cada concepto o componente para su estudio mediante una organización institucional establecida. La evaluación incluye el conocimiento del grado de satisfacción del usuario, del prestador de los servicios y de la institución, también se extiende a la formación de recursos humanos y al desarrollo científico del personal".⁸

CALIDAD

Uno de los expertos más reconocidos Avedís Donabedian, considera que la calidad es un atributo de la atención que ofrece las instituciones de salud, la cual puede obtenerse en diversos grados y se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica. Acorde con este autor, la calidad en medicina promueve, facilita y garantiza los mayores niveles de salud y bienestar a la población, además, incorpora y resuelve los aspectos, circunstancias concretas de cada demanda de atención, tomando en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales. Donabedian clasifica la calidad en dos dimensiones la técnica y la interpersonal, la primera el grado de calidad esta dado por el equilibrio entre el riesgo y beneficio, la segunda es por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones. Hay una tercera dimensión, la infraestructura.⁹

En 1966 introduce los conceptos estructura, proceso y resultado, que hoy en día son los paradigmas dominantes de la **evaluación de la calidad** en estos servicios, conceptualiza a la calidad en proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas en todas las partes del proceso de atención, sin descartar los valores éticos ni las tradiciones de las distintas profesiones participantes.

En lo que respecta a los sistemas para evaluar la calidad de la atención adapta su teoría y utiliza indicadores de estructura, proceso y resultado, la primera se enfoca al análisis de la configuración física y organizativa, el proceso se refiere a las actividades encaminadas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios y finalmente el indicador de resultado mide los efectos de la atención en el estado de salud de los usuarios, se considera necesario utilizar los tres tipos para realizar una evaluación global de la calidad.⁹

NOTAS DE ENFERMERÍA

Varios autores coinciden cuando definen a las notas de enfermería y la describen como una actividad o función muy importante donde se plasma la valoración, los cuidados proporcionados, la respuesta del paciente al tratamiento, los eventos significativos, además de servir como un documento legal porque forma parte del expediente clínico y porque en él se describe los problemas y estado de salud del paciente, así como su evolución en respuesta al tratamiento e intervenciones realizadas por el equipo de salud.

Ortiz Carrillo en su artículo el registro de enfermería como parte del cuidado, menciona que las notas de enfermería son: una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos, tanto personales como familiares que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad o estado de salud actual.¹⁰

El objetivo de la elaboración del informe de la evolución del paciente es identificar las necesidades físicas, sociales, mentales y espirituales del paciente, para darle la atención requerida, debido a esto es necesario registrar diariamente en el expediente, el tratamiento dietético, farmacológico y quirúrgico llevado a cabo durante la permanencia del paciente en el hospital. ¹⁰

Las notas de enfermería tienen como propósito: ¹¹

1. Comunicar información sobre hechos, cifras de la atención de salud del paciente a otros integrantes del equipo interdisciplinario.
2. Las notas de enfermería permiten que el equipo de supervisión evalúe el desempeño diario del personal en relación con pacientes específicos.
3. Permite disponer de un registro permanente del estado de salud del paciente, se especifican las fechas en que se registra la información, de modo que este tiene valor como documento histórico, incluso años después puede ser útil, para conocer algunos datos de salud del pasado en esa persona.
4. Por último sirve como documento legal para referencia en caso de demanda.

Bases legales en la elaboración de las notas de enfermería

Las notas de enfermería por ser un documento legal ameritan ser elaboradas bajo ciertos requisitos y normas que respalden las acciones del profesional de enfermería.

En nuestro país destaca por su importancia la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998, del expediente clínico, en la cual se encuentra el ordenamiento dirigido a sistematizar, homogenizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contienen los registros de los elementos técnicos esenciales, la cual constituye una herramienta de obligatoriedad para los sectores públicos social y privado del sistema nacional de salud, así mismo orienta al desarrollo de una cultura de calidad.¹²

Según el diario oficial mexicano emitido el jueves 30 de septiembre de 1999: Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso. Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o número de expediente. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora, deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

Varios autores como Vargas Cubero Blanca, Carpenito Moy Linda Juall, Bruner Sholtis Lilian, Ibarra Fernández Antonio José, coinciden que para la elaboración y organización de las notas de enfermería se pueden usar las siguientes reglas mnemotécnicas: ¹³

SOVPIE: datos subjetivos (fundamentalmente a las percepciones del paciente y sus síntomas), datos objetivos (información observada o medida), valoración inicial (sacar conclusiones en la interpretación de los datos y nivel del progreso de salud de la persona asistida), plan inmediato (actuaciones diseñadas para tratar el problema), intervención, evaluación de resultados, esta es la más común.

VIRA: valoración, intervención, respuesta, acción, DAR: datos, acción y respuesta, DIE: datos, intervención, evaluación, PIE: problemas, intervención, evaluación, OPCO: objetivo, preciso, completo, oportuno, SOAP: subjetivo, objetivo, análisis, plan, SVIR: signos y síntomas, valoración, intervención y resultados.

Aunque hasta el momento no se cuenta con un estándar único para la redacción de las notas de enfermería todos los autores investigados coinciden que

existen directrices que deben ser consideradas al momento de redactar las notas de enfermería destacando las siguientes: ¹⁴

Con relación a su estructura:

- Escribir con letra clara y legible: se recomienda usar letra de molde o de imprenta, ortográfica y gramaticalmente correcta de manera que toda persona pueda leerlo y entenderlo.
- Sin tachaduras, enmendaduras, no uso de líquidos correctores, corregir los errores tachando solamente con una línea para que sea legible, anotar al lado error con firma de la enfermera responsable.
- No dejar líneas en blanco, los espacios en blanco deben ser tachadas con una línea de forma que no pueda registrarse información adicional.
- Deberá contener fecha, hora y turno en que se elabora la nota.
- Nunca escribir con lápiz, siempre se escribirá con tinta de modo que el registro sea permanente y puedan identificarse los cambios, el color de la tinta será de acuerdo al reglamento de la institución.
- No añadir las notas, no sobreponer notas entre las líneas ya escritas.
- Usar sólo abreviaturas aceptadas universalmente, utilizar abreviaturas, símbolos y términos aceptados por la institución, evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado (ejemplo, insuficiencia renal IR, insuficiencia respiratoria IR).

Con relación a su contenido:

Valoración: Deben realizar con una secuencia céfalo-caudal, se anotará el estado de salud, de conciencia y emocional, signos y síntomas e identificación de los factores de riesgo de los indicadores de calidad.

Diagnóstico: Juicio clínico sobre la respuesta de una persona a problemas de salud o problemas vitales reales o potenciales que proporciona la base para la selección de la intervenciones.

Planeación, ejecución y evaluación: Registro de la respuesta y los progresos del paciente hacia los objetivos de salud así como la revaloración y modificación del plan, tratamiento e intervención de enfermería y resultado de la intervención.

Registro de los factores de riesgo y sus medidas de prevención de acuerdo a los indicadores de calidad antes mencionados.

Cada una de estas etapas debe cumplir con los siguientes criterios:

- Completas: la omisión de un dato o de un cuidado proporcionado es más grave, en caso de una demanda legal, que registrarlo incompleto o impreciso, además de un perjuicio para conocer la evolución del paciente.
- Concreta: debe ser breve y no se deben de utilizar siglas.
- Exacta: se deben registrar todos los hechos con precisión y cuidado, siempre se debe escribir la fecha y hora en la que el paciente recibe tratamiento o atención.
- Verídica: los registros deben ser reales y deben registrarse inmediatamente después de realizar el procedimiento o actividad, nunca se deben registrar actividades antes de ser realizadas.
- Ordenada: los registros se deben hacer en forma secuencial y cronológica.
- Usar términos apropiados: sólo se registran informaciones que pertenecen a los problemas de salud y cuidado del paciente, es inapropiado citar la información que el paciente trasmita para el registro, a no ser que tenga relación con el problema.
- Describir situaciones emergentes que se presenten con relación al paciente.

El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de escribir una buena nota, completa, precisa y minuciosa, es de todos conocido que en un aspecto legal lo que no está escrito no está hecho y lo anotado u omitido en ellas es permanente.

REGISTROS DE ENFERMERIA

Los registros clínicos de enfermería 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 de los pacientes.

Los registros de enfermería es un instrumento que permite evaluar el progreso en la recuperación del paciente, además en ella se detallan las acciones de la enfermera, la eficiencia y la efectividad de las mismas, también documenta la atención de enfermería individualizada.¹⁵

Hontangas en su artículo calidad en los registros de enfermería menciona que los registros de enfermería es el soporte documental donde queda plasmada toda la información sobre la actividad de enfermería referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución.¹⁶

Basurto menciona que los registros de enfermería son el soporte documental donde queda plasmada la información sobre la calidad de atención de enfermería referente a una valoración, tratamiento y evolución de una persona concreta.⁴

En los proyectos de Sicalidad se puede localizar dentro de la dimensión de calidad técnica y seguridad del paciente, el expediente clínico integrado y de calidad, entre las acciones principales se destaca establecer un diagnóstico de los aspectos críticos que han afectado el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico (NOM 168-ssa-1998) la cual representa el instrumento para la regulación de este y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad. Esta Norma en su apartado 9.1 establece que deberán elaborarse los registros clínicos de enfermería, por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo: Hábitus exterior: facies, actitud, estado de marcha, constitución, conformación, movimientos anormales y estado de conciencia.¹² Gráfica de signos vitales: temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y tensión arterial.

Ministración de medicamentos: nombre de medicamento, fecha, hora, cantidad y vía de ministración. Se registrarán las acciones concretas de enfermería independiente ó derivada de la prescripción médica encaminadas a dar solución al problema. En este apartado, enfermería registra diariamente datos objetivos y subjetivos que ayudan a documentar la frecuencia y extensión de varias funciones orgánicas, anotando la respuesta o reacción adversa al tratamiento.¹⁷

Los registros de enfermería en SICALIDAD

La subsecretaria de innovación y calidad a través de SICALIDAD como resultado de la primera jornada técnica, “el expediente clínico como un instrumento de mejora en la calidad de la atención médica”, efectuada el 8 de mayo del 2008; en las que destacan para el área de enfermería las siguientes recomendaciones:¹⁸

1. Nombre y firma legible en toda la información.
2. Conjunto básico de datos que debe incluir la nota de egreso.
3. Apego general a la NOM-SSA1-168.
4. Se recomienda una atención especial a la existencia y estandarización de las notas y hojas de observaciones de enfermería que deben de incorporarse al expediente clínico

Recomendaciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico con relación a los registros de enfermería.

La CONAMED emite recomendaciones generales para mejorar la atención de enfermería dentro de las cuales se encuentran el establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud, establece que:¹⁹

- Se aplicará en cada uno de los documentos (expediente clínico, reporte, informe, entre otros) los lineamientos establecidos por la institución.
- Realizar los registros en forma clara, legible, veraz, oportuna y confiable.
- Utilizar terminología técnico-médico de uso y aceptación universal.
- Elaborar y considerar a los registros clínicos y de enfermería como evidencia del cuidado.

Bárbara Kozier menciona 13 directrices generales para realizar el registro hospitalario de enfermería:²⁰

1. Fecha y hora: debe registrarse en el formato de 12 (9:00am ó 9:00pm) ó en el formato convencional de 24 hrs (9:00 ó 21:00), para evitar confusiones si se trata de horas de la mañana o de la tarde.
2. Frecuencia: el registro debe realizarse tan pronto como sea posible después de una valoración o una intervención, no debe realizarse antes de proporcionar los cuidados de enfermería.
3. Legibilidad: deben ser legibles y de fácil comprensión para evitar los errores de interpretación.
4. Permanencia: debe realizarse con tinta oscura para que el registro sea permanente y puedan identificarse los cambios.
5. Terminología aceptada: debe utilizarse abreviaturas, símbolos de uso habitual y términos especificados por la institución y las utilizadas de forma universal.
6. Escritura correcta: es esencial escribir correctamente las palabras para realizar un registro exacto, cuidar la ortografía.
7. Firma: cada registro de enfermería debe llevar la firma del profesional de enfermería que lo realiza, la firma debe incluir el nombre y el código de titulación (Est.E estudiante de enfermería, AE auxiliar de enfermería, EG enfermera general, LE licenciada en enfermería, EE enfermera especialista).
8. Exactitud: antes de realizar cualquier registro es importante verificar el nombre del paciente y prestar especial atención cuando hay pacientes con mismo nombre y/o apellidos, las anotaciones exactas consisten en hechos u observaciones y no en opiniones e interpretaciones, cuando se comete un error de registro, este debe tacharse y deben escribirse las palabras “anotación incorrecta” encima o junto a la entrada original, no se debe borrar, tapar ni ocultar con liquido corrector, debe escribirse en todas las líneas, pero nunca entre ellas, si aparece un espacio en blanco en una anotación, debe trazarse una línea en dicho espacio para que no pueda registrarse información adicional en otro momento o por otra persona.

9. Secuencia: deben documentarse los acontecimientos en el orden en que suceden, los problemas deberán actualizarse o eliminarse según proceda.
10. Propiedad: sólo debe registrarse la información pertinente a los problemas de salud y los cuidados del paciente.
11. Compleción: la información que se registra debe ser completa y útil para el paciente y para los profesionales sanitarios, los registros de enfermería deben reflejar el proceso de enfermería, debe registrar todas las valoraciones, las intervenciones de enfermería dependientes e independientes, los comentarios y las respuestas del paciente a las intervenciones y las pruebas, la evolución hacia la ejecución de los objetivos y la comunicación entre los miembros del equipo de salud, los cuidados que se omiten deben registrarse, anotando qué, porqué y a quién notificó la omisión.
12. Concisión: deben ser breves, además de completas, con el fin de ahorrar tiempo en la comunicación, se deben omitir el nombre del paciente y la palabra paciente y finalizar cada idea o frase con un punto.
13. Conciencia legal: una documentación completa y exacta debe proteger legalmente al profesional de enfermería y todo el equipo sanitario, es la mejor prueba de lo que realmente le ocurrió al paciente.

Todas estas referencias tienen como base principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales para mejorar la calidad de la información registrada, esto influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir con las normas o estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas.

En el hospital de la Niñez Oaxaqueña se aplican lineamientos para la redacción y evaluación de los registros de enfermería emitidos por los Servicios de Salud de Oaxaca:²¹

1. Escribir con el color de tinta correspondiente al turno; azul – matutino, verde – vespertino, rojo – nocturno y negro – especial.
2. Hacer las anotaciones legibles.
3. Procurar no cometer errores, no borraduras, tachaduras y enmendaduras.

4. Evitar las repeticiones constantes de términos.
5. Usar solo las abreviaturas aceptadas en terminología médica.
6. Al terminar de escribir las anotaciones correspondientes de su turno se debe firmar con su nombre y apellido completo.

También se cuenta con el formato llamado “hoja de enfermería” que es uso exclusivo del personal de enfermería para realizar el registro hospitalario de manera integral e individualizada del paciente, contiene 9 apartados: ²¹

1. Registro de los datos de identificación del usuario: nombre, número de expediente, edad, sexo, peso, talla, nombre del servicio, número de cama, diagnóstico de ingreso, fecha de ingreso y número de días de hospitalización.
2. Signos vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y tensión arterial.
3. Ingresos y egresos: cantidad de líquidos que ingiere el paciente por vía oral, cantidad de soluciones parenterales ministrados, cantidad y tipo de componentes sanguíneos ministrados, medicamentos ministrados; número de evacuaciones, cantidad de uresis, vómito y drenes por las diversas sondas instaladas.
4. Estudios de diagnóstico: estudios solicitados a laboratorio, imagenología, interconsultas dentro y fuera de la institución.
5. Medicamentos: nombre, dosis, vía y la hora de aplicación.
6. Signos y síntomas: datos objetivos y subjetivos identificados durante el turno.
7. Medidas asistenciales: cuidados propios e independientes de enfermería.
8. Respuesta y evolución: positivos o negativos identificados en el paciente.
9. Identificación del profesional de enfermería: nombre completo y función que desempeña.

PROCESO DE ENFERMERÍA

El instrumento de evaluación de la calidad de los registros clínicos de enfermería debe incluir el proceso de atención de enfermería como lenguaje universal para describir y efectuar los registros clínicos y reflejar las funciones independientes,

interdependientes y dependientes del profesional de enfermería y su contribución a la calidad y seguridad de la atención a la salud.

El proceso enfermero es un método por el cual se analiza al individuo, incluyendo su entorno, de manera ordenada y sistemática, para poder planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Permite al profesional de enfermería asegurar la calidad de atención del individuo por ser un método en el que podemos analizar ordenadamente los aspectos de la salud que están alterados para poder intervenir y luego evaluar el impacto de la intervención de enfermería.²²

Fases del proceso enfermero. El proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas, valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución-intervención y evaluación.

Valoración: es la recolección de los datos de la salud de las personas de forma organizada y sistemática, necesarios para hacer el diagnóstico, en esta fase se identifican los problemas reales o potenciales del individuo que permiten plantear los logros que se requieren en el futuro, facilita la intervención de enfermería y se logra a través de la recolección de información, registro de los datos obtenidos, información general, motivo de consulta, resumen de la historia clínica médica, antecedentes familiares, medicación, patrones de la vida y examen físico.

Diagnóstico de enfermería: es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería.

Planteamiento del cuidado: incluye el establecimiento de prioridades, formulación de los resultados esperados, formulación de las intervenciones de enfermería y registro del plan de cuidados,

Ejecución: se refiere a todas las actividades que la enfermera desarrolla con el paciente y para el paciente, con el fin de lograr los resultados esperados, consta de varias actividades, validar el plan, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recolección de datos.

Evaluación: es un proceso continuo, que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería, consta de tres partes: la evaluación de logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

VII. Marco de Referencia

El Hospital de la Niñez Oaxaqueña es una unidad de Especialidad Pediátrica con cobertura estatal.

VII.1 Ubicación Geográfica

Se encuentra ubicada en la carretera Oaxaca – Puerto Ángel km. 12.5 en la comunidad de San Bartolo Coyotepec, perteneciente al distrito centro, en la región de los Valles Centrales, en el estado de Oaxaca.²³

Oaxaca (pronunciado *oajaca*, wa'xaka), es uno de los 31 estados que junto con el Distrito Federal conforman las 32 entidades federativas de México, al norte colinda con el estado de Veracruz, al noroeste con Puebla, al oeste con Guerrero, al este con Chiapas y hacia el sur posee casi 600 km de costa en el Océano Pacífico. En él alberga una rica composición multicultural donde conviven más de 16 grupos étnicos.²⁴



Ubicación geográfica del Hospital de la Niñez Oaxaqueña.

El Hospital cuenta con tres principales servicios: MEDICINA CRÍTICA que comprende urgencias, terapia intensiva pediátrica y neonatal; HOSPITALIZACIÓN que está integrado por medicina interna, quemados, cirugía, oncología e infectología y CONSULTA EXTERNA que actualmente cuenta con 19 especialidades médicas pediátricas, además del área de cirugía ambulatoria y los servicios de apoyo: laboratorio de análisis clínicos, imagenología y rayos x, servicios paramédicos y administrativos.²⁵

VII.2 Misión

Proporcionar atención médica pediátrica integral de alta especialidad a la población abierta en un ámbito de respeto y dignidad con apoyo de tecnología avanzada, así como fomentar la formación de recursos humanos calificados y promover investigación de elevado nivel para coadyuvar a mejorar la calidad de vida, de la niñez oaxaqueña.

VII.3 Visión

Ser una institución líder en atención médica de alta especialidad en la pediatría, generadora de conocimientos, formadora de recursos humanos en investigación a nivel estatal y nacional, en un entorno de respeto, armonía y dignidad.

VII.4 Objetivos

Brindar atención especializada pediátrica, médico-quirúrgica integral con calidad, calidez y equidad a través de acciones preventivas, curativas y de rehabilitación a la población infantil y adolescente de 0 a 18 años de edad, así como los pacientes referidos por otro nivel o institución, la formación capacitación y desarrollo de recursos humanos para la salud e investigación.

VII.5 Morbilidad

De forma descendente, las principales causas de morbilidad son: malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, neumonía e influenza, tumores malignos, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, infecciones respiratorias agudas, hernia de cavidad abdominal, enfermedades infecciosas intestinales, apendicitis y enfermedades del esófago.

VII.6 Mortalidad

Las principales causas de mortalidad son: ciertas afecciones originadas en el período perinatal, septicemia, neumonía e influenza, malformaciones congénitas,

deformidades y anomalías cromosómicas, enfermedades del corazón, tumores malignos, hepatitis viral, epilepsia, anemias y enfermedades cerebro vasculares.

II.7 Plantilla del personal de enfermería

El Hospital de la Niñez Oaxaqueña cuenta con 150 enfermeras, de los cuales: 9 son auxiliares de enfermería, 51 enfermeras generales, 70 licenciadas en enfermería y 20 enfermeras con especialidad de pos técnico, en el servicio de hospitalización labora 45 enfermeras distribuidas en los cuatro turnos existentes: matutino, vespertino, nocturno y especial.

VIII. Metodología

VIII.1 Diseño de Estudio

El diseño fue descriptivo y retrospectivo

VIII.2 Universo.

Hojas de enfermería de **615** expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el área de hospitalización en el primer semestre de 2011, de los cuales: (114 son de medicina interna, 19 de quemados, 270 de cirugía, 38 de oncología y 174 de infectología), encontrados en el archivo clínico del hospital de la Niñez Oaxaqueña.

VIII.3 Muestreo.

Tipo aleatorio estratificado, utilizando la siguiente fórmula:

$$no = \left[\frac{Z}{\epsilon} \right]^2 * p * q \quad no = \left[\frac{1.96}{0.05} \right]^2 * (0.92) * (0.08) = 113.09 \quad n = \frac{no}{1 + \frac{no}{N}} = 96$$

$$n = \frac{113.09}{1 + \frac{113.09}{615}} = \frac{113.09}{1 + 0.183886178} = \frac{113.09}{1.183886178} = 95.52 = \mathbf{96}$$

Proporción de cada estrato: Número de expediente clínico por servicio:

$114/615 = 0.18$	$0.18 \times 96 = 17.28 = 18$
$19/615 = 0.03$	$0.03 \times 96 = 2.88 = 3$
$270/615 = 0.43$	$0.43 \times 96 = 41.28 = 42$
$38/615 = 0.06$	$0.06 \times 96 = 5.76 = 6$
$174/615 = 0.28$	$0.28 \times 96 = 26.88 = 27$

Estrato = servicio	Exp. Clínico	Muestra
Medicina interna	114	18
Quemados	19	3
Cirugía	270	42
Oncología	38	6
Infectología	174	27
TOTAL	615	96

VIII.4 Fuentes de información

1. Expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el área de hospitalización del hospital de la Niñez Oaxaqueña.
2. Expedientes clínicos utilizados en el mes de enero a junio de 2011.
3. Expedientes clínicos existentes en el archivo clínico del hospital de la Niñez Oaxaqueña.

VIII.5 Variables

Variable dependiente: Calidad de las notas en la hoja de enfermería.

VIII.6 Instrumento de recolección y procesamiento de la información

El instrumento es una cédula de cotejo que sirvió como guía de evaluación, fue diseñada para evaluar el indicador de notas y registros de enfermería en relación al cumplimiento de la NOM 168, proceso enfermero y los lineamientos de Sicalidad, la información obtenida es confidencial y utilizada sólo para la investigación, sus respuestas fueron catalogadas en cumplimiento “si cumple” y “no cumple” consta de 6 apartados, en el primer apartado se anotó el número de expediente revisado, en el segundo se anotó el servicio al que pertenece el

expediente, en el tercero se anotó el turno, únicamente el apartado 4 y 5 constituye 39 criterios evaluados específicamente, dándole un valor de 1.0, 2.0, 2,5 ó hasta 5.0 a cada uno, dependiendo del criterio que fue evaluado, el valor global es de 50.0 que equivale el 100%, su escala de evaluación es 100% = excelente, 99 a 90% = bueno, 89 a 80% =regular, 79 a 70% = deficiente y de 69 a 0% = malo, en el sexto y último apartado se anotó la puntuación total por cada expediente revisado.

Instrucciones: Se rellenó de la siguiente manera, en el apartado de:

1. Número de expediente: se anotó el número del expediente revisado.
2. Servicio: se anotó “1” si es medicina interna, “2” quemados, “3” cirugía, “4” oncología y “5”infectología.
3. Turno: Se anotó “1” si es matutino, “2” vespertino, “3” nocturno y “4” especial.
4. Notas de enfermería: en cada casilla se anotó “1” si cumple y “0” no cumple.
5. Registros de enfermería: en cada casilla se anotó “1” si cumple y “0” no cumple.
6. Puntuación total: se anotó la sumatoria obtenida de cada columna.de los apartados 4 y 5 únicamente.

VIII.7 Plan de Análisis

El análisis se realizó en el sistema operativo Windows Statistical Product Service Solutions (SPSS versión 18), después se efectuó limpieza de la base de datos, el agrupamiento y la categorización de las variables, posteriormente se realizó un análisis univariable, donde se describieron las características generales del estudio, por medio de la construcción de indicadores para las variables categóricas.

El análisis de la información así como la interpretación de los resultados fue elaborado por el investigador principal, la información obtenida es comparada con los estudios existentes y bibliografías actualizadas, con respecto al tema para pautas de investigaciones posteriores.

VIII.8 Limitaciones

La identificación del nivel de cumplimiento fue difícil debido a que se encontraron notas y registros con falta de ortografía y palabras muy mal escritas, expedientes que estaban ocupados porque el paciente se encontraba hospitalizado durante el periodo de la evaluación.

VIII.9 Aspectos éticos

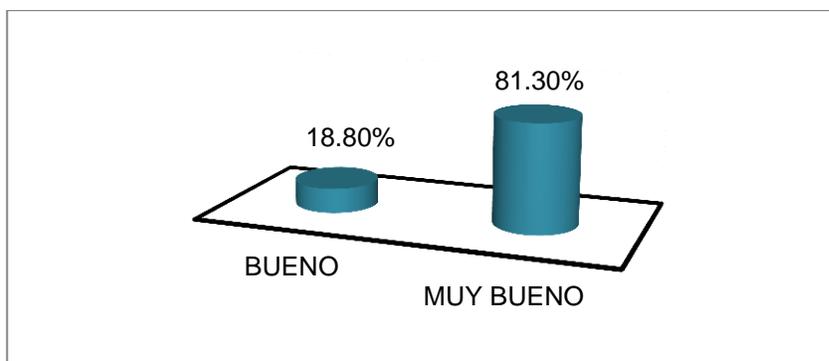
El presente trabajo no presentó implicaciones éticas, legales y ningún riesgo personal, laboral y social porque la información obtenida es de uso confidencial y solo es utilizado con propósito académico, se garantiza el anonimato de los autores de las notas participantes en el estudio.

IX. Resultados y discusión

Se revisaron 96 expedientes clínicos en donde se evaluó la calidad de las notas en las hojas de enfermería; de los cuales 18 fueron del servicio de medicina interna, 3 de quemados, 42 de cirugía, 6 de oncología y 27 de infectología.

Con respecto a la calidad de las notas en las hojas de enfermería se encontró de manera global lo siguiente: el 81.3% en la categoría de “muy bueno”. Figura 1.

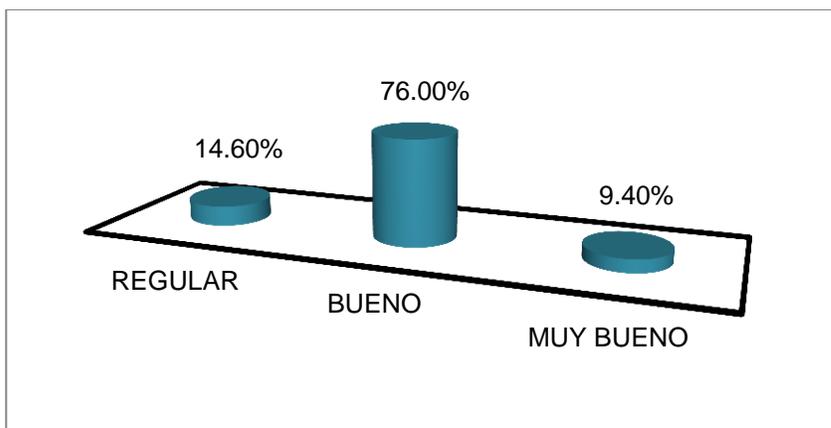
Figura 1: NOTAS Y REGISTROS DE ENFERMERÍA



Fuente: Expedientes clínicos del HNO

En relación al cumplimiento de las normas en la estructura y contenido de las notas de enfermería se identificó que el 9.4% obtuvo la categoría de “muy bueno”.
Figura 2.

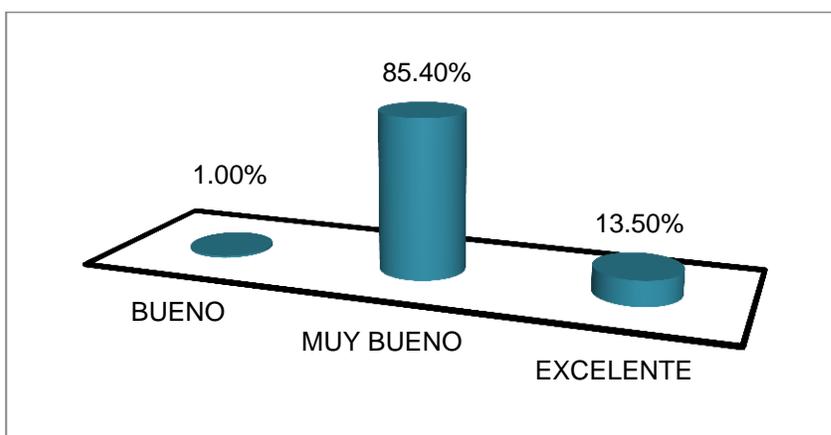
Figura 2: NOTAS DE ENFERMERÍA



Fuente: Expedientes clínicos del HNO

Respecto al contenido de los registros de enfermería se verificó que 13.5% obtuvo la categoría de “excelente”.
Figura 3.

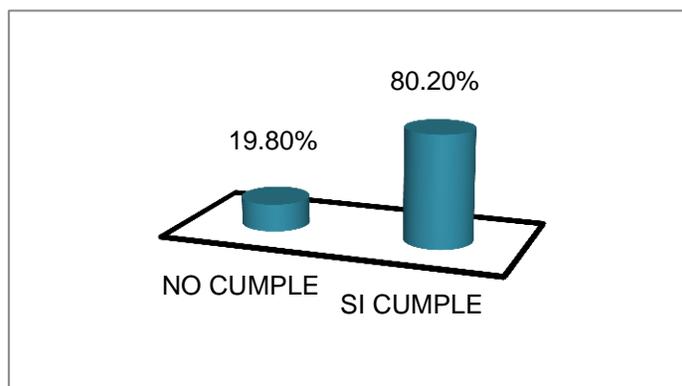
Figura 3: REGISTRO DE ENFERMERÍA



Fuente: Expedientes clínicos del HNO

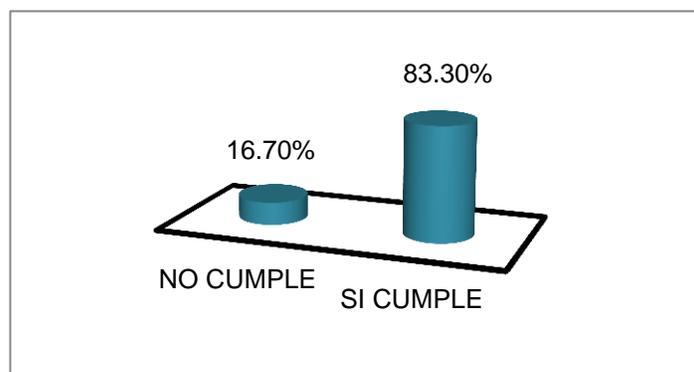
Para la evaluación de cumplimiento de los indicadores de calidad se tomaron en cuenta dos apartados: registro de los factores de riesgo de acuerdo a los indicadores de calidad en la atención de enfermería, en el que 80.2% si cumplen; con respecto al registro de las medidas de prevención para las caídas, úlceras por presión e infección de vías urinarias el 83.3% cumplen (Figura 4 y 5).

Figura 4: REPORTA LOS FACTORES DE RIESGO DE ACUERDO A LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.



Fuente: Expedientes clínicos del HNO

Figura 5: ANOTA LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA LAS CAÍDAS, ÚLCERA POR PRESIÓN E INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS.



Fuente: Expedientes clínicos del HNO

Al revisar de forma específica cada punto de las notas y registros de enfermería el incumplimiento fue en 9.4% en “la escritura clara y de fácil lectura”, 38.5% en anotar la hora de elaboración de la nota de enfermería, 50% no anota hora de eventos relevantes en el paciente, 89.6% no anota el nombre completo del autor, con respecto a que si el personal que elabora la nota de enfermería firma al final, se encontró que el 95.8% no cumple, el 99% en nota libre de borraduras, tachaduras y uso de corrector, el 42.7% en anotar el estado emocional del paciente, el 79.2% en reporta el resultado de las intervenciones realizadas en el paciente y el 83.3% no cumple con el registro del número de expediente (Tabla 1). El resto de los aspectos se cumple de un 96.6% al 100%.

Tabla 1. Porcentaje de cumplimiento en los aspectos específicos evaluados en la calidad de las notas en la hoja de enfermería.		
Aspectos a evaluar	Sí cumple (%)	No cumple (%)
La escritura es clara y de fácil lectura	90.6	9.4
Anota hora de elaboración de la nota	61.5	38.5
Anota hora de eventos relevantes en el paciente	50.0	50.0
Nombre completo del autor	10.4	89.6
Firma del autor	4.2	95.8
Esta libre de borraduras, tachaduras y uso de corrector	1.0	99.0
Estado emocional	57.3	42.7
Reporta el resultado de las intervenciones realizadas	20.8	79.2
Registra número de expediente	16.7	83.3

Fuente: Expedientes clínicos del HNO.

X. Conclusiones

Los resultados del estudio destacan que existe incumplimiento en la aplicación de las normas básicas para la elaboración de las notas y registros de enfermería, con relación a la estructura y contenido de las notas de enfermería que se refiere al apego a la Norma Oficial Mexicana 168, los resultados demuestran coincidencia con la investigación que realizó la CONAMED en relación al cumplimiento de la NOM 168 SSA1-A1998 del expediente clínico, por el personal de enfermería en un Instituto Nacional de Salud, por que los resultados destacan que hay omisión en la pulcritud en un 99%, ya que se encontraron en su mayoría el uso de correctores, letras y palabras muy mal escritas, esto repercute directamente en la calidad de atención y en la seguridad de paciente. Otro aspecto que resalta los resultados es que el 89.6% de las notas no cuenta con el nombre completo de la enfermera y el 95.8% no cuenta con la firma de la enfermera que lo elabora, se observa que sólo escriben sus nombres en diminutivo o de cómo les llamen sus compañeros en el hospital, con respecto al contenido de los registros de enfermería uno de los hallazgos encontrados fue que sólo el 16.7% cumple con registrar el número de expediente, esto indica que hay falta de responsabilidad personal y profesional de enfermería..

Los niveles inadecuados de cumplimiento a las normas para la elaboración de las notas y registros de enfermería, indican la necesidad de incrementar esfuerzos para mejorar su calidad en forma significativa, con el fin de lograr el objetivo de ser un instrumento de comunicación sobre el estado de salud del paciente, con la observancia de los principios éticos y legales para el profesional enfermería.

XI. Recomendaciones

Es de suma importancia la implementación de estrategias educativas específicas para mejorar las notas y registros de enfermería de tal manera asegurar la presencia de un estándar de calidad en la atención de enfermería, es necesario homogenizar los conocimientos de las notas y registros así como uso correcto de

los formatos exclusivos a nivel institucional para fortalecer los puntos positivos obtenidos y superar las debilidades, esto beneficiará al profesional de enfermería contra posibles inconvenientes por lo escrito u omitido en los expedientes clínicos, por lo que sugiero lo siguiente:

- Presentar los resultados obtenidos ante las autoridades de la institución evaluada para que tengan conocimiento de las debilidades y fortalezas que se encontraron.
- Programar estrategias específicas para mejorar las fortalezas existentes y aprovechar las oportunidades de mejora.
- Evaluar el conocimiento del personal de enfermería en relación con el tema.

XII. Bibliografía

- 1 Cañete Miriam, el registro de enfermería: debería hablar por sí solo, 2001-2004, (fecha de acceso julio 2011), noticias revista # 1, disponible en: www.adecra.org.ar/enfermería/registroenferm.htm
- 2 Alfaro Lefevre R. aplicación del proceso enfermero, 4ª edición en español. Ibérica. España. 1999.
- 3 Vargas Cubero Carmen y cols., Aspectos legales de las notas de enfermería, Costa Rica, agosto 2006, (fecha de acceso julio 2011), vol. 25, disponible en: www.binasss.sa.cr/revistas/enfermería/v25/pdf.
- 4 Basurto Jiménez Erika y cols. Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería en el hospital general de zona no. 32 Villa Coapa 2009 (fecha de acceso julio 2011), disponible en: www.monografias.com/trabajo/correcto-llenado-regist-clinicos-enferm.
- 5 Méndez Calixto G y cols., La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico, revista mexicana de enfermería cardiológica número 1-4, enero-diciembre 2001.

- 6 Nivel de cumplimiento de la norma oficial mexicana 168-SSA1-1998 del expediente clínico, por el personal de enfermería en un instituto nacional de salud. Rev. CONAMED 15 supl 1: 3. 2010.
- 7 Subsecretaria de innovación y calidad, dirección general de calidad y educación en salud. recomendaciones de la jornada técnica “el expediente clínico como un instrumento de mejora en la calidad de la atención médica.
- 8 Ruiz Manuel y cols, Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud.
- 9 Calidad de enfermería, revista cubana de enfermería, 1995.
- 10 Ortiz Carrillo Ofelia y col. el registro de enfermería como parte del cuidado. 2006. (Fecha de acceso julio 2011), disponible en: www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006.
- 11 Ledesma Pérez MC, introducción a la enfermería, México Edit. Limusa, 2010.
- 12 Norma oficial mexicana NOM-168-ssa1-1998, del expediente clínico.
- 13 Soyelis Angulo. Factores que influyen en el cumplimiento de la realización del registro de enfermería (SOAPE) en el área de observación de la unidad de emergencia general del hospital central universitario Barquisimeto. 2003, disponible en: <http://celessoapie.blogspot.com>
- 14 Torres Santiago Marisol, Calidad de los registros clínicos de enfermería, disponible en: www.journals.unam.mx/art icle
- 15 Balderas Pedrero ML administración de los servicios de enfermería, cuarta edición, México, Mc Graw Hill, Interamericana, 2005.
- 16 Ruiz Hontangas Antonio, Calidad en los registros de enfermería, España, disponible en: www.fac.org.ar/covc.
- 17 Elaboración de la historia clínica, disponible en: www.arkanis1.galeon.com.pdf
- 18 Subsecretaria de innovación y calidad. evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. tres nuevos indicadores de prevención y de infecciones y de seguridad para el paciente, Oaxaca.
- 19 Ochoa Victoria R. y col. Recomendaciones para mejorar la atención de enfermería. revista enfermería IMSS 2004; 12, disponible en: www.imss.gob.mx/pdf

- 20 Kozier Bárbara, Glenora Erb Audrey Berman. Fundamentos de enfermería, 7ª edición, vol. I, Mc Graw Hill, 2007
- 21 Archivo del área de enseñanza e investigación del HNO.
- 22 Zamora, Manual de enfermería, primera edición, Colombia, 2006.
- 23 Enciclopedia de los municipios de México, estado de Oaxaca
- 24 Organización territorial de México
- 25 Archivo del departamento de planeación HNO.
- 26 Hernández Sampieri Roberto. Metodología de la investigación, segunda edición, México, McGraw-Hill 1998.
- 27 Expedientes del archivo clínico del Hospital de la Niñez Oaxaqueña

XIII. Anexos

PERMISO DE LOS AUTORES PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para la reproducción total o parcialmente y por cualquier medio al trabajo final titulado “Evaluación de la calidad de las notas en la hoja de enfermería” para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.

L.E. IRMA REYES CRUZ

OAXACA DE JUAREZ, OAXACA. 15 DE MAYO DE 2012.