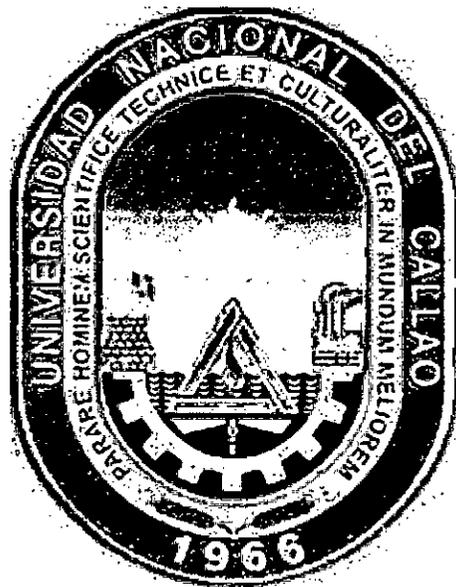


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CALIDAD DE ANOTACIONES DE ENFERMERÍA A PACIENTES DEL  
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL III JOSÉ  
CAYETANO HEREDIA. PIURA 2017**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**VEREAU NECIOSUP EDGAR VICENTE**

**Callao, 2017**

**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 04

Nº de Acta de Sustentación: 206 - 2017

Fecha de aprobación: 30 Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1663-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

## ÍNDICE

	Págs.:
<b>INTRODUCCION</b>	<b>2</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
1.1.- DESCRIPCION DE LA SITUACION DE LA SITUACION PROBLEMA	3
1.2.- OBJETIVOS	7
1.3.- JUSTIFICACION	7
<b>II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL O REFERENCIAL</b>	<b>9</b>
2.1.- ANTECEDENTES	9
2.2.- MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL	14
2.3.- DEFINICION DE TERMINOS	21
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	<b>23</b>
3.1.- RECOLECCION DE DATOS	23
3.2.- EXPERIENCIA PROFESIONAL	23
3.3.- PROCESOS REALIZADOS	23
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>26</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>30</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>31</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>33</b>

## INTRODUCCION

Las anotaciones de enfermería es el registro más relevante de la historia clínica, que permite conocer la evolución del paciente, hechos o sucesos resaltantes, así como acciones terapéuticas realizadas al paciente, con la finalidad de brindar continuidad y seguridad en el tratamiento, además de transmitir información válida y confiable al equipo de salud. Convirtiéndose así pues en un registro esencial, de gran valor médico legal, e indicador de calidad, capaz de optimizar y acreditar la calidad de la atención.

Sin embargo, muchos (as) enfermeros (as) realizan sus anotaciones de diferentes maneras, con distintos enfoques, donde se presentan observaciones y/o deducciones muy subjetivas como “pasó la noche tranquilo”, “aparentemente tranquilo”, “sin novedad”, “en aparentemente estado general”, “estacionario durante el turno”, además describen el sexo, la edad del paciente, y el diagnóstico médico que presenta. En algunas otras notas de enfermería solo se limitan a escribir los procedimientos y medicamentos que administran.

El presente informe de experiencia profesional titulado Calidad de anotaciones de enfermería a pacientes del Servicio de Emergencia del Hospital Regional III José Cayetano Heredia, Piura 2017, presenta las diversas características de elaboración de las anotaciones de enfermería a lo largo de mi experiencia profesional en el servicio de Emergencia del Hospital regional José Cayetano Heredia, con la finalidad de evidenciar falencias e implementar estrategias para mejorar los mismos y consecuentemente la calidad del cuidado.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la situación problemática**

En la actualidad la Historia Clínica es el documento médico-legal por excelencia, donde se recogen la mayor parte de los datos sanitarios de una persona y es de máxima importancia en el aspecto asistencial y administrativo. Basado en la legislación, se define la responsabilidad, como la obligación que la persona tiene de responder por las actividades que realiza en función de su actividad.

Una de las actividades que realiza a diario a todas las personas enfermas que tiene a cargo las enfermeras son los “registros de enfermería”, que permite registrar la evolución de la persona enferma, hechos o sucesos resaltantes, así como acciones terapéuticas realizadas, con la finalidad de brindar continuidad y seguridad en el tratamiento, sirviendo además como canales de comunicación entre los diferentes profesionales de salud, contribuyendo así mismo a la continuidad del cuidado. (1)

Es así como las anotaciones de enfermería son canales de comunicación entre los diferentes profesionales y facilitan la toma de decisiones en forma oportuna para contribuir a la atención continua y segura, constituyendo un documento, legal de la evolución y tratamiento del paciente en la cual se registra todas las actividades y/o cuidados que brinda el personal de enfermería, por tanto, en estos registros se evidencian las competencias de la enfermera y la calidad de atención que se brinda en la institución. (2)

Así Perry y Potter señalan que: “El registro que realiza el personal de enfermería sobre el paciente constituye un medio de comunicación”. “La documentación de enfermería continúa evolucionando viéndose incrementada su importancia, además de ser documentos permanentes, de carácter legal y escrito que comunican información relevante para el tratamiento y rehabilitación del paciente”. (3) (1)

Por consiguiente, la deficiente elaboración e integración de la Historia Clínica, afecta la atención y el seguimiento de los pacientes, teniendo como consecuencia un mal diagnóstico y tratamiento, documentación a la cual frecuentemente el personal médico, enfermería y resto del equipo de salud no le dan la importancia necesaria, siendo un instrumento de gran valor que cuando no se elabora correctamente, los pone en situación de indefensión ante cualquier duda o inconformidad que se interponga en los juzgados civiles, penales o en el mejor de los casos antes las comisiones de auditorías médicas o auditorías de enfermería. (4)

La eliminación de los registros repetitivos y narrativos puede reducir el tiempo total invertido en registros y producir una representación más exacta y útil de La práctica profesional y respuesta del paciente. Un sistema de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso hasta el alta, da también a la enfermera una óptima defensa en casos de retos o problemas éticos legales. (5)

El código de ética y deontología DL. 22315 en el capítulo III La enfermera y el ejercicio profesional, en el artículo 27, señala que: “La enfermera(o) debe ser objetivo y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos relacionados con su desempeño profesional”. (6)

En el contexto de lo expresado el registro constituye un medio de comunicación fundamental debido a que es forma esencial de las diversas fases del proceso de atención de enfermería que conlleva a la administración eficiente del cuidado del paciente. Por ello el registro es indispensable cuando se requiere de una comunicación estable y permanente sobre la información relativa al paciente para coordinar los cuidados. (2)

Este marco referencial generó algunas interrogantes ¿Cuánta importancia se le otorga al contenido de las anotaciones de enfermería?, ¿estamos olvidando aspectos importantes del cuidado y solo escribimos lo rutinario, sencillo y fácil?, ¿La práctica asistencial de enfermería se ve reflejada en las anotaciones?, ¿Cuál son las características de las anotaciones?, ¿Por qué el profesional de enfermería no realiza correctamente las anotaciones?, ¿Es la complejidad de la organización que dificulta su elaboración? o será la “falta de tiempo para escribir las notas de enfermería”, “es difícil escribir todo lo que se realiza y observar en el paciente porque la atención directa es ardua, y a veces cuando se está escribiendo se omiten aspectos por olvido, es difícil retener información cuando se atiende a varios

pacientes a la vez y no es posible dejarlos para escribir por la gran cantidad de procedimientos a realizar”.

Resulta evidente considerar que los hallazgos no son, ni pueden ser generalizados a todos los registros. Por lo cual fue necesario construir un panorama a partir de una fuente que permitiera una mirada sencilla, pero a la vez amplia de los registros, esto para establecer qué relación o similitud podía existir entre el hallazgo hecho desde un ejercicio administrativo y los registros en otros escenarios.

Para esto, se realizó una juiciosa revisión de Historias clínicas del Servicio de emergencia del Hospital Regional José Cayetano Heredia – Piura; revisión desde la cual fue posible encontrar similitudes entre las características de los registros. Si bien algunos eran claros, organizados y completos, otros no lo eran; algunos no tienen nombres ni firmas de quien los diligencia, no tienen hora o el formato de la hora no es el adecuado, muchos de los textos tienen caligrafía ilegible, se hace uso frecuente de siglas, las descripciones son pobres y en el peor de los casos no existen evidencias de la atención que el profesional brinda al paciente, como por ejemplo: “paciente sin ninguna alteración“, “paciente tranquilo durante la noche”, “paciente sin signos de alarma”, “paciente queda en observación”. Adicionalmente, el hallazgo representa un aspecto de preocupación, pues manifiestan que la ausencia o inadecuada cumplimentación de los registros de Enfermería, en muchos casos trae como consecuencia sanciones en contra del

profesional de Enfermería; sanciones que en algunos casos son evitables si el Profesional de Enfermería que realiza los registros lo hace de forma adecuada y quienes no lo realizan, se animan a hacerlo.

### 1.2. Objetivo

Describir la calidad de Anotaciones de Enfermería a pacientes del Servicio de Emergencia del Hospital Regional III José Cayetano Heredia. Piura 2017.

### 1.3. Justificación

La Historia Clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, ya que en él se registra el testimonio y se evidencia la relación entre el paciente y el hospital. Por lo que su utilidad e importancia se centra fundamentalmente en su valor legal, como informe de gestión e indicador de calidad, el mismo que permite realizar auditorías a fin de evaluar, optimizar y garantizar la calidad de los servicios prestados.

Evidentemente, los Registros de Enfermería forman parte de esta Historia Clínica, aunque específicamente, la jurisprudencia no determina las normas para estos registros, si no que emite un juicio crítico sobre el cumplimiento de la norma. Es decir, la administración y el registro de los cuidados de enfermería deben cumplir las normas de la profesión.

En este contexto, la Enfermera, en el marco de la Ley del Enfermero DL N° 27669, debe realizar las anotaciones de Enfermería en forma continua y oportuna, ya que constituye una fuente de datos para valorar y evaluar la calidad del cuidado de Enfermería que brinda en el marco de la calidad total y satisfacción del usuario,

contribuyendo en la disminución de los riesgos y complicaciones a que está expuesto.

El presente proyecto de grado pretende describir las características los registros de Enfermería, a partir del análisis de las características encontradas en registros contenidos en historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia. Entonces desde la identificación de estas características es posible orientar y facilitar el trabajo que Enfermería viene realizando en materia de los registros, siendo el resultado de esta y otras investigaciones, una invitación a reconocer como prioridad la unificación de criterios para el registro de Enfermería, como ha venido sucediendo en otros aspectos como los diagnósticos Enfermeros.

Será un aporte para la profesión en la medida que invita a reconocer la importancia de los registros, como fuente del conocimiento para Enfermería. Un ejemplo de este aporte puede ser el crecimiento y desarrollo en áreas de investigación como la Enfermería Basada en la Evidencia, lo que por supuesto repercute positivamente en el cuidado que se brinda a los pacientes. En los servicios de salud será un importante instrumento diagnóstico que ofrecerá elementos orientadores para las intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de los registros de Enfermería, pues mostrará en alguna medida cuales son las principales falencias en términos de diligenciamiento e incluso de protocolos y herramientas de registro en cada institución. De forma similar sucederá en los escenarios académicos, pues al reconocer en que aspectos está fallando Enfermería en relación al registro.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

Para el presente trabajo se revisaron algunos estudios relacionados al tema, Así tenemos:

Fernández, S.; Ruydiaz, K. Y del Toro, M. (Colombia, 2016), realizaron el estudio “Notas de enfermería: una mirada a su calidad”, en este escrito se hace una reflexión sobre los conceptos e importancia de las notas de enfermería; muestra que su importancia radica en que favorecen la comunicación entre el equipo interdisciplinario, suministrando una información clara, precisa y detallada del acto de cuidado, para articular el proceso de atención de enfermería. Se expone un reflejo de la realidad en cuanto a la delegación de funciones propias de la profesión, y evidencia la falta de liderazgo y pérdida de autonomía por parte del profesional. Las anotaciones de enfermería son tomadas como el soporte escrito del cuidado brindado en la práctica profesional. Las autoras hacen una invitación a retomar la fundamentación teórica y metodológica de las notas de enfermería y su re-significación, en aras de dar visibilidad y fortalecer el liderazgo y gestión del acto de cuidar. (7)

Mateo, S. (México, 2015), en su estudio “Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres, hospital nacional de Mazatenango, Suchitepéquez, Guatemala. Agosto a Octubre 2014”, cuyo diseño de la investigación es de tipo descriptivo, retrospectivo con un abordaje cuantitativo, los sujetos de estudio es el personal de enfermería del servicio de

cirugía de mujeres y la unidad de análisis los expedientes clínicos de pacientes egresados de dicho servicio. Concluyeron que existen algunos factores que influyen en el déficit de la elaboración de la nota de enfermería, entre los que se pueden citar el factor institucional enfatizado en la falta de supervisión y el factor personal. La ausencia de capacitaciones para el personal de una institución es sumamente preocupante puesto que no se actualizan científicamente, lo cual puede repercutir en las anotaciones de enfermería. La falta de importancia que se tiene de cómo están los registros de enfermería puede tener otros factores personales, el alto número de pacientes en un servicio, equipo de enfermería incompleto e incluso la mala ortografía y caligrafía, pueden evidenciar un déficit en la elaboración de las notas de enfermería. (8)

Cedeño, s. Y guananga, D. (Ecuador, 2013), en el estudio “Calidad de los registros de enfermería en la Historia clínica en el hospital Abel Gilbert Pontón 2013”, realizado en los servicios de Emergencia, Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y UCI, en el primer trimestre del 2013, con la finalidad de evidenciar la calidad de los registros de enfermería. Para fines de este estudio se consideró una muestra de 50 Historias Clínicas, de los servicios mencionados, escogidas aleatoriamente. Los resultados más sobresalientes evidenciados en este estudio son que el 89% no cumplen con las normas para registro correcto de los formularios versus un 11% que si cumplieron, de estos llama la atención que el Formulario 020: Signos Vitales tiene un nivel de no cumplimiento del 88%, en el formulario 022: Administración De Medicamento un 80% de incumplimiento, y el 100% de historias clínicas no cumplió con reportes de enfermería de calidad en el

formulario 005, evidenciándose la falta de conocimientos sobre normas de registros de enfermería y no están utilizando herramientas con base científica para planificar los cuidados como el PAE. En resumen, los actuales registros no reflejan la calidad de atención a los usuarios en el proceso asistencial brindado al paciente, por lo cual consideramos necesario realizar una socialización y sensibilización al personal de enfermería a través de la propuesta de un “Plan de Mejoramiento de la Calidad de los Registros de Enfermería. (4)

Farfán, G. (Colombia, 2013), en el estudio “Características de los registros de enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de enfermería”, se hizo uso de un estudio de análisis documental a través del cual se revisaron 46 expedientes y se analizaron las características encontradas en 674 registros de Enfermería correspondiente a: hoja de signos vitales, líquidos administrados y eliminados, informe de administración de medicamentos, y entrega de turno y hoja de notas de Enfermería, a través de la aplicación de una lista de chequeo. Los resultados de este análisis permitieron establecer que los registros de Enfermería han pasado a ser diligenciados en un 90% por auxiliares de Enfermería y en relación al cumplimiento de las características mínimas éticos legales y de calidad, continúan presentado falencias en su estructura lo cual afecta significativamente la continuidad del cuidado a los pacientes y la comunicación en el equipo de salud. Llamó la atención la existencia de indicadores de cumplimiento de registro contenidos en protocolos de Enfermería, que relacionan el adecuado cumplimiento de los registros con el porcentaje de glosas que la institución recibe, relacionadas con el inadecuado cumplimiento del registro, lo

que demuestra que se ha venido perdiendo el sentido del registro como evidencia del cuidado y herramienta para construcción de conocimiento en profesión. (9)

A nivel nacional se encontraron las siguientes investigaciones relacionados a la variable de estudio:

Valverde, A. (Lima, 2013), en su estudio “Calidad de los registros de enfermería elaborados por las enfermeras del servicio de centro quirúrgico del Instituto Nacional de Salud del Niño”, cuyo objetivo fue determinar la calidad de los registros de enfermería en el servicio de Centro Quirúrgico e identificar la calidad de los registros de enfermería en cuanto a su estructura y contenido. Material y Método. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal retrospectivo. La muestra fue de 54 registros de enfermería consignados en la historia clínica de pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el periodo de noviembre a diciembre del 2009 obtenida mediante el muestreo probabilístico. La técnica fue el análisis documental, y el instrumento una lista de cotejo, el cual fue aplicado previo consentimiento. Resultados. Del 100% (54), 58% (31) es medio, 20% (11) alto y 22% (12) bajo. Según dimensiones en la dimensión estructura 58% (31) es medio, 22% (12) alto y 20% (11) bajo y en la dimensión contenido 59% (32) es medio, 22% (12) alto y 19% (10) bajo. Conclusiones. La calidad de registros en su mayoría es medio con tendencia a ser baja referido a que el formato no permite un registro adecuado de información en los datos subjetivos registran datos relevantes incompletos que la enfermera menciona al momento de recepción del paciente, en el planeamiento la enfermera no formula objetivos, no consignan el diagnóstico de enfermería, no

registran los datos subjetivos, análisis e interpretación, intervenciones, plan u objetivos, ni evaluación, y un mínimo porcentaje lo considera alto respecto a que registra en las intervenciones el monitoreo de signos vitales, y los datos de filiación del paciente, registro legible y claro, no presenta enmendaduras ni borrones, presenta la fecha y hora de registro por turnos. (1)

Morales S. (2012), en su estudio “Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos - Hospital Regional Moquegua - Perú”, de tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal; su objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de los profesionales de enfermería hospitalaria. La población estuvo conformada por 64 historias clínicas correspondientes al I semestre, se aplicó una Lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. El análisis y procesamiento de los datos se hizo en el software SPSS versión 20, estadística descriptiva, se realizó pruebas de confiabilidad utilizando el alfa de Cronbach y coeficiente de correlación. Se llegó a las conclusiones: Las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE). (5)

Manco, A. (2010) investigó las “Características de las anotaciones de enfermería en el servicio de medicina el Hospital Rezola, Cañete – 2010”, cuyo objetivo fue identificar si las características de las anotaciones de enfermería evidencian

cuidado significativo en su dimensión contenido. El estudio es de nivel aplicativo tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estaba conformada por todas las historias clínicas realizadas el mes de Mayo y Junio del 2010. La técnica fue el análisis documental y el instrumento una lista de cotejo. Sus resultados fueron que del 100% 71% (53) es completa, 12% (9) es incompleta. En cuanto a las anotaciones de enfermería dimensión contenido (100%) 75, el 88%(66) es completa, 12% (9) son incompletas. En relación a la dimensión estructura (100%) 75, el 79% (59) es completa, 21% (16) incompletas. Concluyendo que las características de las anotaciones de Enfermería en el servicio de Medicina del Hospital Rezola - Cañete, en un porcentaje considerable son completas porque registra funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra datos objetivos. En cuanto a su dimensión contenido es completa, Los aspectos relacionados están dados por que Registra signos y síntomas del paciente, registra si presenta reacciones adversas al Tratamiento administrado, Señala cuidados relacionados a eliminación vesical e intestinal, señala cuidado relacionado a movilización. Lo relacionado a su dimensión estructura son completas porque registra de numero de H.C clínica, registra datos subjetivos, ejecución y evaluación. Pero existe un porcentaje significativo donde podemos evidenciar datos importantes que no deben faltar dentro de las anotaciones de enfermería. (3)

## 2.2. Marco conceptual

A continuación, se presenta la base científica que sustento los hallazgos del estudio.

## REGISTROS DE ENFERMERÍA

El fundamento teórico de este estudio hace referencia del registro de enfermería, sin embargo, es de gran importancia reseñar el proceso de enfermería, sus interrelaciones y las fases que lo integran; por ser este el método de trabajo esencial de profesional de enfermería, el cual se caracteriza por ser sistemático, dinámico, flexible con sustento teórico, científico, interactivo, universal que persigue un fin el logro de los objetivos planificados con el paciente.

Patricia Iyer refiere sobre el proceso de atención de enfermería lo siguiente:

“Método mediante el cual se aplica un amplio marco teórico a la práctica de enfermería, es un enfoque deliberativo que busca la solución de problemas, el propósito es proporcionar un marco dentro del cual se pueden satisfacer las necesidades individualizadas del paciente, familia y comunidad”. Las fases del Proceso de enfermería se describen en cinco pasos:

Valoración de las necesidades de atención, determinación de los diagnósticos, planificación de la atención del paciente, ejecución de la atención y evaluación de los resultados. Estos pasos son cíclicos, es decir cada paso se repite tantas veces como lo requieran los cambios en el estado de salud del paciente que alteran la base de datos haciendo necesario la realización de otras valoraciones si es necesario para el paciente.

El desarrollo de un sistema de registro de enfermería eficaz y profesional es posible dentro del ámbito de las normas de práctica existente. A esta afirmación, se puede juzgar la calidad de la práctica, servicio e información; donde la

comunicación entre los miembros del equipo de salud es vital para los cuidados del paciente. Normalmente los miembros del equipo, se comunican a través de reuniones, informes y registros; siendo estos un documento formal, legal la evolución y tratamiento del paciente.

Un registro es la constancia escrita el cual consta todos los hechos con el fin de tener un historial continuo de los acontecimientos ocurridos durante un periodo determinado.

Los registros de enfermería son un conjunto de documentos que sirven como medio de comunicación además de ser de carácter legal, medio de evaluación, tratamiento por el equipo de salud, permitiendo evaluar si las acciones brindadas fueron efectivas, así mismo son útiles ya que permiten planificar actividades y adecuar recursos a favor de la atención que le brinda a los pacientes.

#### CARACTERISTICAS DEL REGISTRO DE ENFERMERIA

- ✓ El registro de enfermería deberá ser un documento adecuado legalmente y reconocido por la institución a la que pertenece el servicio que lo utilice, formando parte de la Historia del paciente. Contribuirá de manera fundamental a identificar patrones de respuesta y cambios en el estado del paciente, comunicar los cuidados prestados, analizar la calidad de los mismos, facilitar la continuidad de cuidados, facilitar la comprensión de los fundamentos del trabajo enfermero, justificar los servicios prestados, así como configurar una base de datos.

- ✓ El registro de enfermería ha de ser reflejo del proceso enfermero, por tanto, deberá estar diseñado y estructurado de manera tal que recoja todas y cada una de las etapas que lo constituyen, es decir: valoración, problemas detectados.
- ✓ Deberá estar estructurado de forma clara y muy visual, con un diseño y maquetación atractiva para el profesional, de modo que los datos cruciales puedan recuperarse fácilmente. Por ello será necesario recurrir a cuantos medios técnicos avanzados se requieran en su fase de diseño.
- ✓ Así mismo existirá un espacio reservado para los datos de filiación del paciente. En los servicios donde exista el sistema de etiqueta adhesiva de identificación ésta se colocará en éste espacio.
- ✓ También será necesario incluir un espacio en donde aparezca el nombre del servicio o unidad, así como el nombre de la institución a la que pertenece. Podrán incluirse señas visuales de identificación logotipos.
- ✓ Consideramos fundamental que el primer apartado tras los datos de filiación y logotipos del centro o unidad sea el destinado a la Recepción, Acogida y Clasificación del paciente.
- ✓ Será obligatorio que, a lo largo del registro, existan distintos espacios habilitados para la firma de los diferentes profesionales de enfermería que intervengan a lo largo de la asistencia. Para dejar así constancia de la transferencia y garantizar la continuidad de cuidados entre los profesionales implicados.

- ✓ Es recomendable acogerse a un modelo teórico de Enfermería, que presida el diseño del registro, siendo nexo de unión entre todos los apartados que lo componen. Por lo tanto, habrá que adecuar los contenidos a los postulados del modelo escogido.
- ✓ Se hará uso del lenguaje común enfermero que ha sido proporcionado y difundido por diversas instituciones y estudiosos del tema con carácter internacional. Utilizando también la codificación numérica asignada en cada caso.
- ✓ En la mayoría de los casos los ítems serán cerrados para así facilitar su rápida complementación, debido a la premura y falta de tiempo que caracteriza la asistencia en urgencias y emergencias. No obstante, es necesario incluir los suficientes campos abiertos para poder añadir otras opciones que no hayan sido contempladas.
- ✓ Los contenidos de los diferentes apartados que reflejan las etapas del proceso de enfermería, ofrecerán una selección de opciones. Esta selección será obtenida cuidadosamente, teniendo en cuenta las características propias del servicio, la casuística, la experiencia clínica y de los profesionales y la bibliografía al respecto; teniendo presente en todo este proceso el concepto de Enfermería Basada en la Evidencia.
- ✓ El registro contará con un sistema autocopiativo que proporcionará una o dos copias además del original. Documentos que podrán ser utilizados en diferentes itinerarios, según los acuerdos que se establezcan atención prehospitalaria, atención primaria, archivos del centro hospitalario u otros.

- ✓ Para facilitar la comprensión de este registro a los profesionales recomendamos que, al dorso existan unas breves notas aclaratorias en las que se explique la manera de complementación correcta del registro, abreviaturas, escalas empleadas, referencias bibliográficas, etc.
- ✓ El diseño e implantación de un registro propio de Enfermería deberá ser cimentado con una implicación directa del profesional, por lo que es imprescindible poner a su alcance la información y formación necesarias. El registro deberá ser conocido a la perfección por el profesional como si de un mapa se tratara. Se deberán desarrollar, mediante entrenamiento, las habilidades necesarias para conseguir una complementación rápida y eficaz. Es fundamental que se impartan cursos, jornadas o sesiones sobre proceso enfermero y registro del mismo a estos profesionales. Así mismo es aconsejable facilitarles un manual-guía de consulta rápida de bolsillo, especialmente en los momentos iniciales.

#### LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA:

Las Anotaciones de Enfermería son parte de los registros existentes en enfermería, en la que prescriben actividades importantes.

Comprendidas desde la fase de planificación, ejecución o implementación del proceso de enfermería. Evidenciando las respuestas del paciente a su atención como su progreso hacia los resultados los que deberán ser registrados.

Kozier define a las anotaciones como: “registro que realiza el personal de enfermería sobre la valoración del estado del paciente, descripciones de los

cambios de su estado, tratamiento administrado, así como posibles reacciones y cuidados brindados.

Las definiciones mencionadas anteriormente coinciden en manifestar que las Anotaciones de enfermería son un registro que realiza el profesional de enfermería acerca de la evolución del estado clínico del paciente, así como su bienestar psicoespiritual explicitado en diversos aspectos de la atención brindada, destacando la identificación de problemas, las necesidades y resultados durante las 24 horas del día de su intervención.

#### OBJETIVOS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

- ✓ Es el resultado que se espera de la atención de enfermería, lo que se desea lograr con el usuario y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.
- ✓ La necesidad de enunciar un objetivo es para conocer específicamente lo que desea lograrse, con un enunciado claro y conciso de los objetivos, el enfermero sabrá si el objetivo deseado se alcanzó.
- ✓ Un enunciado de objetivo identifica el resultado de las acciones de enfermería Pueden ser a corto o a largo plazo.
- ✓ El objetivo establecido debe enfocarse hacia el comportamiento del usuario con el cual demuestre reducción o alivio del problema identificado en el diagnóstico de enfermería.
- ✓ El objetivo debe ser realista tomando en cuenta Las capacidades del usuario en el transcurso de tiempo determinado para dicho objetivo.

- ✓ El objetivo debe ser realista para el grado de habilidad y experiencia de la enfermera.
- ✓ El objetivo debe ser congruente y dar apoyo a otras terapias.
- ✓ Cada vez que sea posible el objetivo debe ser importante y valioso tanto para el usuario como para otros profesionales de la salud.
- ✓ Elaborar objetivos a corto plazo.

### 2.3. Definición de términos

Características de las Anotaciones de Enfermería, es toda aquella información escrita en la hoja de registro en el cual se consigna datos, con claridad y exactitud. En cuanto a su estructura y su contenido. La cual fue obtenida a través de una lista de cotejo y medido en formas completas e incompletas.

Se considera completas cuando existe precisión, claridad, significancia, concisión, comportamiento interacción, estado de conciencia, condición fisiológica, educación, plan de intervención, evaluación física.

Historia Clínica: Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley. (5)

Notas de enfermería: Es un documento en el cual se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización.

Calidad: Es una herramienta básica para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie.

La palabra calidad tiene múltiples significados. De forma básica, se refiere al conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.

Cuidados de Enfermería: Es un servicio que la enfermera ofrece a las personas desde el nacimiento hasta la muerte durante los periodos de salud y enfermedad para satisfacer sus necesidades relacionadas con las vivencias o experiencias de su salud a fin de lograr su independencia total para promover su salud. (5)

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

Para la presentación del presente Informe de experiencia profesional, la recolección de datos se llevó a cabo utilizando la técnica de recolección documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de enfermería del servicio, como las historias clínicas.

#### **3.2 Experiencia profesional**

Enfermero Asistencial en el área de Emergencias con 8 años de experiencia en el Servicio del Hospital regional III José Cayetano Heredia.

Funciones Desarrolladas: Área Asistencial:

Prestar atención integral al usuario y realizar seguimiento del estado hemodinámico, metabólico y neurológico en emergencia para resolver individualmente o como miembro del equipo de salud, los problemas de salud detectados a través de signos y síntomas de alarma. Realizar triaje en situaciones de emergencias y/ o desastres.

#### **3.3 Procesos realizados en el tema del informe**

A lo largo de mi desenvolvimiento como profesional de enfermería, he laborado en áreas periféricas (E.S I-3 San José) como enfermero en consultorios de CRED e Inmunizaciones, usando formatos propios de la atención al niño (Historia Clínica) donde registrábamos la antropometría del niño, antecedentes patológicos y/o de alergias; logros alcanzados durante la evaluación correspondiente a la edad

del niño; historial de vacunación; utilizábamos registros diarios y de seguimientos que nos permitía identificar y hacer el seguimiento correspondiente para asegurar su protección y la evaluación de CRED, logrando cumplir a cabalidad las metas establecidas como establecimiento y como DIRESA.

Cuando empecé a trabajar en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional III José Cayetano Heredia, la realidad era otra, pues como era un campo netamente asistencias y tratábamos las patologías de las personas, se brindaba el cuidado propiamente dicho; habría que registrar en un formato específico dentro de la Historia Clínica del paciente (NOTAS DE ENFERMERÍA); encontré que las notas de enfermería se hacían de manera narrativa, se presentaba al paciente considerando su edad, sexo, patología, signos vitales; registrábamos lo encontrado en el paciente (si presentaba lesiones dérmicas, algún datos objetivo que evidenciábamos en el examen físico; además de lo referido por el paciente), narrábamos también lo realizado durante el turno y terminábamos especificando como dejábamos al paciente y si algo quedaba pendiente. Por último, nuestro sello y firma que garantizaba nuestra labor realizada.

Con el transcurrir del tiempo, teniendo reuniones de servicio, creíamos conveniente actualizar los formatos, especialmente los referidos a las anotaciones de enfermería; es así que cambiamos de formato, en el cual tendríamos que colocar diagnóstico de enfermería más intervenciones y escribir alguna observación; no todos se habían adaptado a ello, algunas colegas no estaban de acuerdo puesto que les demandaría más tiempo de lo previsto con el efecto de prorrogar su hora de salida. Pues es muy cierto que nuestra carga laborar de por sí

era excesiva, en algunos casos no se podía hacer las anotaciones en algunos pacientes, priorizando aquellos pacientes complicados (Grado de dependencia III – IV).

Algunas vivencias durante mi permanencia en el servicio:

- Se presentó en una oportunidad una situación errada en las notas de enfermería, en la cual describieron una anotación que describía a una paciente portadora de CVC en SCI y FAV en MSD para HD; y resultó que la colega se había equivocado de historia clínica, la cual correspondía a un paciente varón que no dializaba y no tenía CVC.
- Otra situación que se presentó, fue la de un paciente que iba a ser operado de Apendicitis Aguda y en las notas de enfermería decía paciente cursa con Litiasis Vesicular, motivo por el cual sube a SOP.
- Paciente que llegó al servicio con respiración boqueante y que además de practicársele Reanimación Cardio Pulmonar (RCP), falleció a los 45 minutos de su ingreso, considerándosele como CASO MÉDICO LEGAL; para los trámites correspondientes de Fiscalía no se encontró Anotación de Enfermería.

#### IV. RESULTADOS

TABLA N° 1

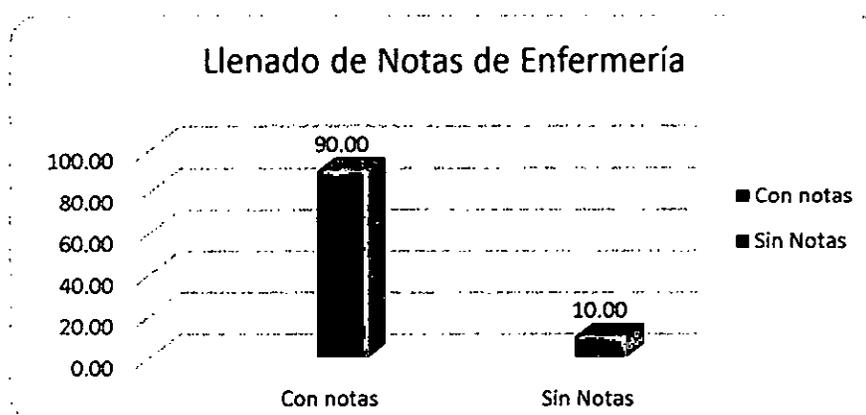
LLENADO DE NOTAS DE ENFERMERÍA EN HISTORIAS CLÍNICAS DEL  
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL III JOSÉ CAYETANO  
HEREDIA.

Historias Clínicas	N°	%
Con notas	108	90
Sin notas	12	10
TOTAL	120	100

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del hospital regional III José Cayetano Heredia.

GRAFICO N° 1

LLENADO DE NOTAS DE ENFERMERÍA EN HISTORIAS CLÍNICAS DEL  
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL III JOSÉ CAYETANO  
HEREDIA.



Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del hospital regional III José Cayetano Heredia.

Se observa que el número de historias clínicas, en las cuales hay registro de notas de enfermería es de 90%, constituyéndose en el de mayor porcentaje.

TABLA N° 2

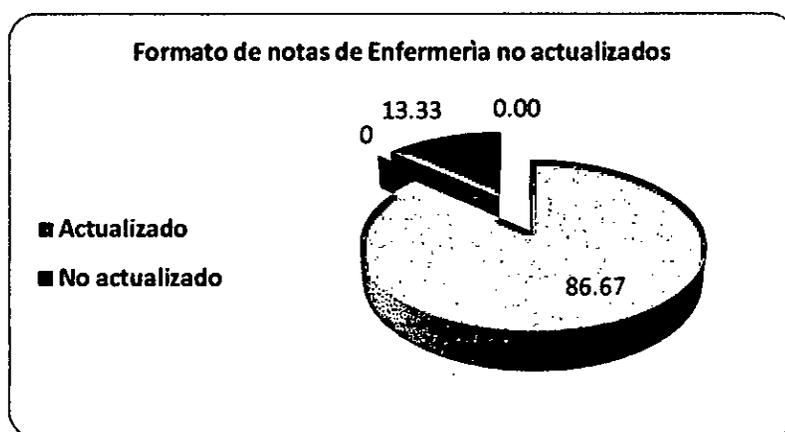
FORMATOS DE NOTAS DE ENFERMERÍA ACTUALIZADOS EN HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA.

Formatos de Notas de Enfermería	N°	%
Actualizados	104	86.67
No actualizado	16	13.33
TOTAL	120	100.00

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del hospital regional III José Cayetano Heredia.

GRAFICO N° 2

FORMATOS DE NOTAS DE ENFERMERÍA ACTUALIZADOS EN HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA.



Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del hospital regional III José Cayetano Heredia.

El 86.67% de las historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Regional, tiene formato de notas de enfermería actualizado.

TABLA N° 3

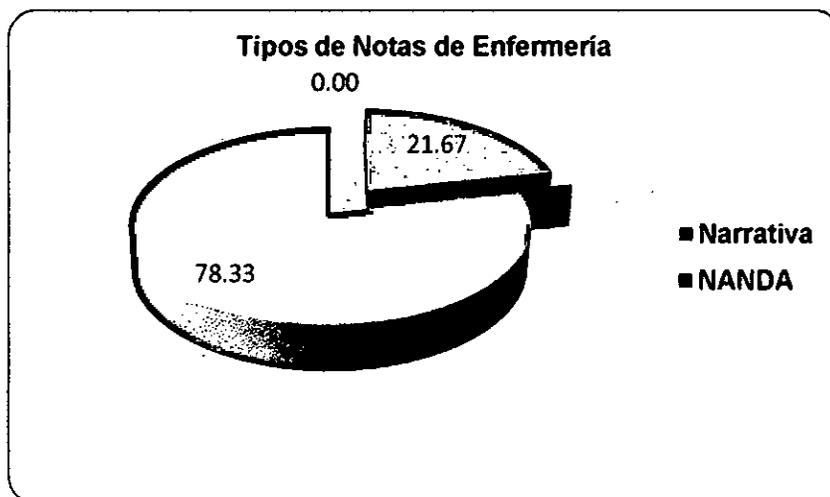
TIPOS DE NOTAS DE ENFERMERÍA EN HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA

Tipos de Notas	N°	%
Narrativos	26	21.67
NANDA	94	78.33
TOTAL	120	100.00

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del hospital regional III José Cayetano Heredia.

GRAFICO N° 3

TIPOS DE NOTAS DE ENFERMERÍA EN HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA.



Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del hospital regional III José Cayetano Heredia.

El 78.33% de las notas de enfermería redactadas en las historias clínicas del servicio de enfermería, cumplen el modelo NANDA, mientras que, en un menor porcentaje, el 21.67% de las mismas, tiene estilo narrativo, contraviniendo toda normativa NANDA.

TABLA N° 4

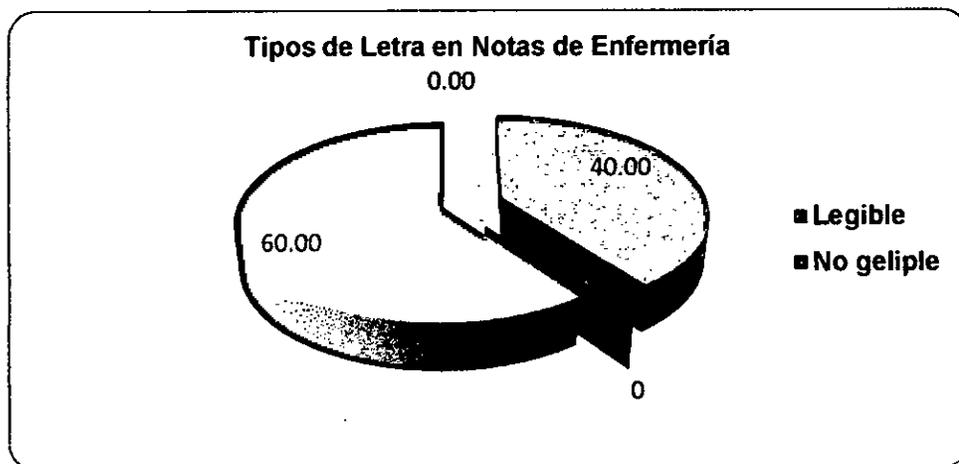
TIPOS DE LETRA EN NOTAS DE ENFERMERÍA EN HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA

Tipo de Letra	N°	%
Legible	48	40.00
No legible	72	60.00
TOTAL	120	100.00

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del hospital regional III José Cayetano Heredia.

FIGURA N° 4

TIPOS DE LETRA EN NOTAS DE ENFERMERÍA EN HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA



Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del hospital regional III José Cayetano Heredia.

El 60% de las notas de Enfermería registradas en las historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Regional III José Cayetano Herrera, tiene letra no legible, constituyendo un serio inconveniente al momento de realizar la debida planificación de acciones para con el paciente.

## V. CONCLUSIONES

- a) El 90% de Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del Hospital Regional III José Cayetano Heredia, presentan registrados las notas de enfermería.
- b) El empleo de formatos de notas de enfermería actualizados en las Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del Hospital Regional III José Cayetano Heredia, se cumple en un 86.67%.
- c) El 78.33% de las notas de enfermería registradas en las Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del Hospital Regional III José Cayetano Heredia, cumplen el modelo NANDA para su correcto llenado.
- d) El 60% de las notas de Enfermería registradas en las historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Regional III José Cayetano Herrera, tiene letra no legible.
- e) Existe un avance importante en el correcto uso y actualización de los formatos de notas de enfermería de las Historias Clínicas del Servicio de Emergencia del Hospital Regional III José Cayetano Heredia, pero no en el empleo de letra legible para su llenado, lo cual constituye un serio inconveniente al momento de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el paciente.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) A los profesionales de enfermería: Comprometerse en el correcto llenado de las notas de enfermería, la cual constituye un registro legal de nuestras actividades para con el paciente.
  
- b) Realizar actualizaciones constantes sobre Normativa NANDA, para el correcto llenado de las notas de enfermería.
  
- c) Realizar actualizaciones constantes sobre Normativa NANDA, para el correcto llenado de las notas de enfermería.
  
- d) Supervisión por parte de Jefatura de Enfermería respecto a la legibilidad de la escritura, notificando a través de documentos a los profesionales de enfermería en los que se encuentren observaciones con la forma de escritura.
  
- e) Establecer estrategias para mejorar el correcto llenado y sobre todo la forma de escritura de los profesionales, y asea a través de Cartas informativas en un inicio y de cartas Memorandum como último recurso, ya que se trata de un documento legal y que puede ser de suma importancia ante un asunto grave que se presente.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 mamani av. LILACS. [Online].; 2009 [cited 2017 enero 20. Available from:  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=707788&indexSearch=ID>.
- 2 Vizcarra CA. Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional "Dos de Mayo". [Online].; 2006 [cited 2016 diciembre 22. Available from:  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/990>.
- 3 Malpica AMM. LILACS. [Online].; 2010 [cited 2017 ENERO 22. Available from:  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=737397&indexSearch=ID>.
- 4 CEDEÑO TAPIA SJ, GUANANGA IZA C. Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el Hospital Abel Gilbert Pontón. [Online].; 2013 [cited 2017 ENERO 21. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/8750>.
- 5 MORALES LOAYZA SC. CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE. [Online].; 2012 [cited 2017 enero 21. Available from:  
[http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/unjbg/147/02\\_2013\\_Morales\\_Loayza\\_SC\\_FACS\\_Enfermeria\\_2012.pdf?sequence=1](http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/unjbg/147/02_2013_Morales_Loayza_SC_FACS_Enfermeria_2012.pdf?sequence=1).
- 6 PERU CDEE. Código de Ética y Deontología. [Online]. Available from:  
[http://cepuayali.com/download/institucionales/codigo\\_etica\\_deontologia.pdf](http://cepuayali.com/download/institucionales/codigo_etica_deontologia.pdf).
- 7 FERNANDEZ ARAGON S, RUYDIAZ GOMEZ K. Notas de enfermería: una mirada a su calidad. [Online].; 2016 [cited 2017 febrero 21. Available from:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n2/v32n2a15.pdf>.
- 8 MATEO SOCOP A. EVALUACIÓN DE LA NOTA DE ENFERMERÍA EN LOS REGISTROS CLÍNICOS DEL SERVICIO. [Online].; 2014 [cited 2017 enero 21. Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/Mateo-Amabilia.pdf>.
- 9 FARFAN NITOLA GM. Características de los registros de enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de enfermería. [Online].; 2013 [cited 2017 febrero 10. Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/13783>.

# ANEXOS



## SEGUNDO FORMATO UTILIZADO



### PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIA

ADULTO: \_\_\_\_\_

INGRESA EN: \_\_\_\_\_

Iniciativa de atención	Paciente	Diagnóstico/Problema		
		CBI	Vent.	M.R.
Mañana				
Tarde				
Noche				

Úlceras	Zona			
1 grado				
2 grado				
3 grado				
4 grado				

DATOS	Subjectivo	Objetivo	Examen físico
Mañana			
Tarde			
Noche			

S. vitales	FC	PA	FR	SO2
Mañana				
Tarde				
Noche				

Interconsultas	IV	SN

Dx. Enfermera

2

3

ACCIONES DE ENFERMERIA	M	T	NOCHE
Arrojar comida y cubrir			
Cambiar posturas			
Aspiración de secreciones			
Esudado respiratorio			
Life support por paciente			
Apoyo emocional y consejo			

ACCIONES DE ENFERMERIA	M	T	N
Control de glucosa			
Aplicar tratamiento			
Control de diuresis y BHE			

INGRESOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE	EGRESOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE
VIDAS				ORINA			
HIDRATACIÓN				DEPOSICIONES			
TRATAMIENTO				SNG			
HEMODIÁLISIS				CREMAJE			
H2O METABOLICA				INSENSIBLES			
OTROS				OTROS			
SUB TOTAL				SUB TOTAL			
TOTAL				TOTAL			
BALANCE HÍDRICO							

MAÑANA

TARDE

NOCHE

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDA J.

Diagnóstico

TERCER FORMATO UTILIZADO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de realización: \_\_\_\_\_  
 Necesidades de enfermería:

Orden	Intervención	Objetivo	Medidas	Fecha	Realizado por	Verificado por
1	...	...	...	...	...	...
2	...	...	...	...	...	...
3	...	...	...	...	...	...
4	...	...	...	...	...	...
5	...	...	...	...	...	...
6	...	...	...	...	...	...
7	...	...	...	...	...	...
8	...	...	...	...	...	...
9	...	...	...	...	...	...
10	...	...	...	...	...	...

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

Elaborado por: \_\_\_\_\_

Verificado por: \_\_\_\_\_

PROYECTO DE ATENCIONES DE ENFERMERIA SERVICIO: EMERGENCIA

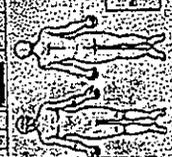
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de realización: \_\_\_\_\_  
 Necesidades de enfermería:

Orden	Intervención	Objetivo	Medidas	Fecha	Realizado por	Verificado por
1	...	...	...	...	...	...
2	...	...	...	...	...	...
3	...	...	...	...	...	...
4	...	...	...	...	...	...
5	...	...	...	...	...	...
6	...	...	...	...	...	...
7	...	...	...	...	...	...
8	...	...	...	...	...	...
9	...	...	...	...	...	...
10	...	...	...	...	...	...

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

Elaborado por: \_\_\_\_\_

Verificado por: \_\_\_\_\_



# CUARTO FORMATO UTILIZADO HASTA LA ACTUALIDAD

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ FECHA DE APLICACION: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

INTERVENCIONES	M	T	N	INTERVENCIONES	M	T	N	INTERVENCIONES	M	T	N
CPV y Subeccion de CP				CPV y Subeccion de CP				Valorar Abdomen			
Valorar Puntos Respiratorio				Valorar estado neurologico y Respuesta Pupila				Valorar Ruidos Hielo Abdomen			
Valorar Asimetría Torácica				Monitorizar oxigeno en Tráquea 30"				Cateteres de SNG			
Asesora Cierres Pulmonares				Monitorizar fono cardiaco				Valorar Barrigazo			
Administrar O2 suplementario				Administrar electrolitos parenterales				Valoración de Otorrinas			
Prevenir con lactos la Verruga Perlecion				Administrar protector nasofaringeo Endobron				Lavado Ocular			
Prevenir en la Inhibición				Administrar fto indicada, según analítica				Monitorizar Arterial			
Cuidados del TUB				Controlar Inso de TAC control				Participar en la colocación de SNG-RN			
Aspirar secreciones				Monitorizar PNC				Lavado Ocular			
Monitorio de AGA				Monitorizar T. axilares				Control de Urinase Ocular			
Nebulizaciones				Control y Mantención de General				Control de Hemoglobina			
Control de dispositivos según Monitorio				Fluido Empaño Endobroncales				Transferir y Comprobar Hematocrito			
Monitorio Ventricular				Control Diuresis RNE							
Vigilar signos de Complicación				Valorar signos de alarma							

INTERVENCIONES	M	T	N	INTERVENCIONES	M	T	N	INTERVENCIONES	M	T	N
CPV, Monitorio Cardíaco Escrito				Valorar estado de piel y Mucosas							
Control de EKG				Batido del Paciente e Higiene Bucal							
Valorar Ritmo Sinusal				Cambio de posición CPV 30"							
Valorar PAM				Ceder en posición supinada							
Valorar Oloro Torácico				Mobilización de la Piel							
Valorar Uterino Capilar				Uso de Colchon Neumático							
Uso controlado de Inhibición				Caración de Uterino							
Control de eructos cardiacos				Medidas en Preoperatorio							
Preparar para RCP											

TURNO	EVALUACION DE ENFERMERIA	ENFERMERO RESPONSABLE
M		
T		
N		





# EJEMPLO DE ILEGIBILIDAD DE LA LETRA Y FALTA DE SELLO

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Aracely Atencio Castro EDAD: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO: IRA / NOC FECHA DE APLICACION: 20-4-13

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA:  
 1. Alta riesgo de lesión de la piel  
 2. Alta riesgo de infección  
 3. Alta riesgo de deterioro de la movilidad

INTERVENCIONES	M	T	N	INTERVENCIONES	M	T	N	INTERVENCIONES	M	T	N
CVU y Saturación de O2				CVU y Saturación de O2				Valorar Alburno			
Valorar Pulso Respiratorio				Valorar estado emocional y Respiratorio Profundo				Valorar Pulso y Frecuencia Alburno			
Valorar Actitud Defensiva				Medidas educativas en el uso de SPO2				Control de SNG			
Medidas Cuidado Personal				Medidas Educativas				Valorar Esguero			
Administración de medicamentos				Administración de medicamentos				Valoración de Guedas			
Posición del paciente				Administración de medicamentos: antiácidos				Lavado Bucal			
Participar en la educación				Administración de medicamentos: antiácidos				Medidas de higiene personal			
Control de la Tm				Control de la Tm				Participar en la educación de SNG			
Medidas de ALA				Medidas PNC				Lavado Bucal			
Medidas de ALA				Medidas T adecuadas				Control de Drenaje Biliar			
Medidas de ALA				Control y Mantenimiento de Guedas				Control de Recogimiento			
Medidas de ALA				Fluido terapéutico				Transferir Documentos Médicos			
Medidas de ALA				Control Guedas SNG							
Medidas de ALA				Valorar signos de alarma							

INTERVENCIONES	M	T	N	INTERVENCIONES	M	T	N	INTERVENCIONES	M	T	N
CVU, Medidas Cardíacas Exactas				Valorar estado de Piel y Mucosas							
Control de EKG				Definición del Paciente y Registra Exacto							
Valorar Ritmo Sinusal				Control de posición G2 H2							
Valorar FAN				Cuidado en posición ortopédica							
Valorar Datos Vitales				Medidas de la Piel							
Valorar Líquido Capilar				Cuidado de Guedas							
Uso Adecuado de Inyectivo				Definición de Guedas							
Control de signos vitales				Definición de Guedas							
Preparar para RCP											

TURNO	EVALUACION DE ENFERMERIA	ENFERMERO RESPONSABLE
M	<u>Alta riesgo de lesión de la piel</u>	<u>[Firma]</u>
T	<u>Alta riesgo de infección</u>	<u>[Firma]</u>
N	<u>Alta riesgo de deterioro de la movilidad</u>	<u>[Firma]</u>