



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TESIS**

**“REGISTRO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL  
CUIDADO DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ADULTOS CRÍTICOS,  
QUE INGRESA AL SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL “VÍCTOR  
RAMOS GUARDIA”-HUARAZ-2014.”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:**

**EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**PRESENTADO POR:**

**LIC. CORAL GARCIA, IRMA TEODORA**

**CHINCHA-ICA-PERU, 2015**

## **DEDICATORIA**

A Dios todopoderoso por estar siempre con nosotros e iluminarnos al camino correcto para lograr nuestros propósitos y metas.

A mis padres, a mi hija Sofía y esposo que en muchas oportunidades los he dejado solos para recorrer este camino y llegar a mi meta, ellos que siempre nos han apoyado y los seguirán haciendo las veces que los necesitamos, brindándonos su confianza y su apoyo espiritual, siempre estarán con conmigo en nuestra mente y corazón, siempre a mi lado.

A nuestros profesores los cuales que con su valiosa ayuda espiritual y pedagógica, supieron orientarnos por el mejor camino.

A todas aquellas personas que de una y otra manera prestaron su apoyo para la culminación de mi formación profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

**A DIOS.**

Por darme la fortaleza para seguir adelante en la meta que me trazado.

A mi hija Sofía, a mi esposo por su amor y comprensión en cada momento de mi vida.

**A MIS PADRES.** Eufracia García, Rosales, Matías Coral Gómero Por sus consejos y encaminarme por un camino de éxitos

INDICE

## **INTRODUCCIÓN**

### **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	
5 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	

6 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	7
------------------------------	---

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

JUSTIFICACION E IMPORTANCIA	8
-----------------------------	---

### **CAPÍTULO II : MARCO TEORICO** 10

BASES TEÓRICAS	11
----------------	----

CARACTERÍSTICAS DE REGISTRO DE ENFERMERÍA	17
---	----

ANOTACIONES DE ENFERMERÍA	19
---------------------------	----

PRPÓSITO DE LAS ANOTACIONES	21
-----------------------------	----

TIPOS DE ANOTACIONES	24
----------------------	----

DEFINICION DE TÉRMINOS	27
------------------------	----

CONTNUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADO	
32	

### **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

HIPÓTESIS GENERAL Y PRINCIPAL	
36	

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	
37	

### **CAPITULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

TIPOS Y NIVEL DE INVESTIGACION	
38	

DISEÑO DE INVESTIGACION	
38	

### **CAPÍTULO V : ADMINISTRACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION**

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	
40	

## INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente a la enfermería se ha considerado, como una disciplina práctica y probablemente el mayor logro alcanzado en las últimas décadas se basa fundamentalmente en el conjunto de conocimiento derivado de la ciencia. Con este cambio conceptual, la Enfermería tiene ahora la brillante oportunidad de consolidar su “status profesional”, tantas veces reclamado. La profesión de enfermería en el Perú avanza al compás de la evolución de la ciencia, la tecnología, el aporte de las ciencias sociales y humanas, basándose su ejercicio en la atención de la persona, familia y comunidad. Cuidando las necesidades humanas fundamentales asumiendo plena responsabilidad ética y legal. De ahí que ante el avance científico tecnológico exige en el marco de la competitividad que el profesional elabore y/o valore los registros que cuenta con evidencia objetiva que permita reformular, mejorar o generar nuevos registros que garanticen el trabajo de Enfermería en el marco de la ley del Enfermero.

Por lo que los registros constituye una herramienta de gestión del cuidado en el cual se registra o anota los cuidados que la Enfermera proporciona diariamente a los pacientes, constituyendo un medio para evaluar la calidad de la prestación del cuidado y desarrollo de la profesión; toda vez que puede ser utilizado como evidencia en caso de demandas legales de cualquier tipo. Tiene como objetivo elaborar el registro de valoración para el cuidado de calidad de enfermería en el paciente

adulto crítico, que ingresa al servicio de Servicio de Emergencia del Hospital-“Víctor Ramos Guardia”-Huaraz-2014. Con el propósito de que a partir de sus hallazgos permita formar el desarrollo profesional del enfermero con atención segura, oportuna, continua y humana; motivando a la elaboración de las anotaciones de enfermería contribuyendo a mejorar la calidad del cuidado que se le brinda al paciente. Así como la comunicación escrita efectiva entre los profesionales que integran el equipo de salud que brindan atención al paciente en situación de emergencia.

Esta información será de mucha utilidad para los niveles directivos de Enfermería y del Hospital para la toma de decisiones sobre éstos registros tan importantes.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 . DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

#### **1.1.1 Identificación del problema.**

¿Cómo implementar y efectivizar los registros clínicos de valoración de Enfermería en el Servicio de Emergencia – Hospital “Víctor Ramos Guardia”-Huaraz-

#### **1.1.2 Descripción del problema.**

Un registro de valoración clínico de Enfermería es un soporte estructurado para la recogida de información sobre hechos u observaciones significativas, relacionados con la atención del paciente y de su familia, cuya última finalidad es facilitar el proceso de cuidar y dejar constancia escrita del mismo. Dentro de las funciones de los registros clínicos de enfermería es crear un documento legal Identificar patrones de respuesta y cambios en el estado del paciente que nos van permitir recordar cualquier procedimiento maniobra terapéutica que se realizara en el momento de identificar el problema, y al final de la valoración inicial. Comunicar los cuidados prestados, del mismo modo nos va permitir analizar la calidad de los cuidados impartidos y monitorizar la continuidad de los cuidados, facilitar la comprensión de

los fundamentos del trabajo enfermero, justificar los servicios prestados, contribuir de mismo modo a la inserción de nuevo personal, proporcionar una base de datos. Teniendo en cuenta las características de los sistemas de registro efectivos, estar adaptados a los problemas más frecuentes que presentan los pacientes del servicio de Emergencia donde va, reflejar el uso del proceso enfermero, desaconsejar la doble documentación y las anotaciones irrelevantes, contribuir al aumento de la calidad de los registros enfermeros. Donde debe estar diseñados de forma que los datos cruciales puedan recuperarse fácilmente para facilitar la comunicación, evaluación, investigación y mejora de la calidad. Pero sobre todo, ser adecuados legalmente.

## **1.2 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1 Delimitación Espacial**

EL presente proyecto de Tesis se desarrollará en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Ramos Guardia”

### **1.2.2 Delimitación Social**

Serán investigados las Enfermeras nombradas y contratadas del Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Ramos Guardia”

### **1.2.3 Delimitación Temporal**

Serán investigados en año 2014

#### **1.2.4 Delimitación Conceptual**

REGISTRO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ADULTOS CRÍTICOS, QUE INGRESA AL SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL “VÍCTOR RAMOS GUARDIA”

### **1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 Problema Principal**

Implementar el registro de valoración de enfermería para el cuidado de calidad en los pacientes adultos críticos, que ingresa al servicio de emergencia-hospital “Víctor ramos guardia”-huaraz-2014.?

#### **1.3.1 Problemas Secundarios**

Cuidados a pacientes críticos, que ingresa al servicio de emergencia-Hospital “Víctor Ramos Guardia”

### **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.4.1 Objetivo General o Principal**

Elaborar el registro de valoración para el cuidado de calidad de enfermería en el paciente adulto crítico, que ingresa al servicio de Servicio de Emergencia del Hospital-“Víctor Ramos Guardia”-Huaraz-2014.

#### **1.4.1 Objetivos Específicos**

- Identificar si con los registros de valoración clínica de Enfermería, se brindan una calidad en el cuidado del paciente en el servicio de Emergencia del Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz.
- Verificar si los registros de enfermería contienen información objetiva, completa, concisa, actualizada y organizada.
- Analizar las faltas de diligenciamiento de los registros de enfermería: letra ilegible, tachones, espacios en blanco y siglas.

### **1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.5.1 Justificación**

El registro de valoración de enfermería 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

auditorias a fin de evaluar, optimizar y garantizar la calidad de los servicios prestados en el servicio de Emergencia del Hospital Víctor Ramos Guardia.

Siendo la enfermera la que tiene mayor capacidad de informar continuamente sobre la valoración y evolución del paciente a todo el equipo de salud.

En este contexto la Enfermera en el marco de la Ley del Enfermero DL N° 27669, debe realizar las anotaciones de valoración 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.

### 1.5.2 Importancia

- **Valor Legal:** los registros de enfermería expresan literalmente las reacciones y evoluciones del paciente frente a la atención recibida, constituyéndose así en un documento legal que respalda la atención que se brinda; es por ello que deben responder a sus características; redactadas oportunamente, sin borrones.

Ni enmendaduras y refrendadas por la firma y número de la colegiatura de la enfermera (o) que lo realiza, así como también debe evidenciar los problemas, necesidades y riesgos del paciente.

- **Valor Científico:** las anotaciones de enfermería describen determinadas reacciones y resultados del cuidado brindado, constituye una fuente de investigación de nuevos métodos para el cuidado de los pacientes, así mismo una valiosa fuente de información para identificar problemas, que necesitan atención de enfermería, así como para la valoración del progreso del paciente, para actualizar el plan de cuidados y evaluar los resultados del proceso de enfermería desarrollados en la atención que brinda, aspecto inherente a la profesión de enfermería.

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes del Problema**

A pesar de la complejidad y transformaciones que vivimos en los últimos años, la salud ha cobrado un lugar importante en la agenda sanitaria mundial, al asumirse como aspecto central y condición fundamental de desarrollo sostenible. La Enfermería con el tiempo se ha desarrollado como profesión respondiendo a los cambios en la política sanitaria mundial, regional, además de las necesidades de la población, orientada cada vez más a mejorar su accionar en el cuidado del paciente, familia y comunidad.

Los servicios de Enfermería como parte de las organizaciones sanitarias han necesitado en éstos últimos años adecuar su capacidad de respuesta a las nuevas exigencias de la sociedad; así dentro de su práctica en el ámbito hospitalario, el profesional de Enfermería, dirige su quehacer al cuidado directo de los pacientes con diversos grados de complejidad, manejo de sofisticados equipos de alta tecnología, manejo de medicamentos y drogas diversas y junto con ellos el manejo de los correspondientes registros valoración de Enfermería, tales como: anotaciones de enfermería, garantizando así la continuidad del cuidado.

De modo que las Anotaciones de Enfermería como parte de los documentos que forman la historia clínica, es un formato en el que se registra el cuidado brindado al paciente, durante las 24 horas, desde la valoración, ejecución y evaluación del cuidado de enfermería según las necesidades y/o problemas que presenta el paciente; como lo señala Méndez GC: “...*en general las notas de Enfermería* sirven para registrar cinco clases de informe: medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo profesional, medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de Enfermería, medidas planeadas y ejecutadas por la Enfermera que no fueron ordenadas por el médico, conducta del paciente y otras observaciones en relación con su estado de salud y respuestas específicas del paciente al tratamiento y los cuidados” (1). Teniendo en cuenta que el proceso de atención de enfermería que constituye una herramienta para brindar atención a la persona, basado en el proceso y el método científico de comunicación que nos permite identificar y satisfacer necesidades propias del proceso salud – enfermedad.

La organización del trabajo para la atención continua en los servicios se ha establecido en turnos, de manera que el paciente y familia es atendido por diferentes profesionales lo que hace imprescindible el uso de registros sobre los cuidados que brinda el personal de enfermería para resolver los problemas de naturaleza física y emocional <sup>12</sup>de los pacientes y familia, así como, el cumplimiento en la terapia y sus efectos en la evolución de la enfermedad. Es así como la valoración 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,

---

1 Melendez G.C, (194), Notas de Enfermería, 2Da. Mexico.

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. Así Perry Potter señala 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.”*

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.

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*. 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.

Atendiendo la importancia que el registro tiene para la continuidad del cuidado del paciente, Barbara Kozier (1994) puntualiza lo siguiente: *“El personal de enfermería al momento de realizar sus registros, debe considerar los criterios indispensables de la comunicación eficaz, estas son: la simplicidad, claridad, el momento y la pertinencia, la adaptación y la credibilidad.”*<sup>3</sup>

Sin embargo a pesar de la significativa importancia que se le atribuye al registro, para la continuidad del cuidado, se evidencia al respecto estudios relacionados a las características de las anotaciones de enfermería específicamente a sus características como son claridad, precisión, aplicación de un modelo científico (SOAPIE), para su elaboración y evaluación de la calidad del registro, etc. En el cual resultados nos evidencian que las anotaciones son completas, incompletas y reflejan que el cuidado brindado no es integral.

Este marco referencial generó algunas interrogantes ¿Cuánta importancia se le otorga al contenido de la valoración 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 la valoración?, ¿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 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

---

<sup>3</sup> Barbara Kozier (1994) personal de enfermería al desarrollar sus anotaciones, 4ta. Edición Mexico Mc Grau

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”.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1. Registros de Enfermería**

Los fundamentos teóricos de este estudio hace referencia del registro de enfermería, sin embargo es de gran importancia reseñar el proceso de enfermería, sus interrelaciones y la 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 utilizado en diferentes itinerarios, según los acuerdos que se establezcan atención pre hospitalaria, 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.

## **PROPÓSITO DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA**

Estas Anotaciones son elaboradas con varias finalidades o propósitos como los que se mencionan enseguida.

- **Planificación:** La enfermera utiliza la información primaria o inicial, junto con las incidencias, para elaborar y evaluar la eficacia del plan de asistencia.
- **Enseñanza:** Las Anotaciones de enfermería son una fuente esencial de información que resulta útil como recurso educativo, sirve de recurso para la enseñanza clínica y la educación al servicio.
- **Investigación:** La información recogida puede constituir valiosa fuente de datos para la investigación, como fuente primaria y secundaria.
- **Control de Calidad:** Se emplea para vigilar los cuidados que recibe este y la competencia del personal que administra esos cuidados.
- **Toma de Decisiones:** La información estadística obtenida puede ayudar a decidir, prever y planificar en función de las necesidades de la población.
- **Documento Legal:** Estos documentos sirven como evidencia de los tribunales de justicia, ya que constituyen bases para admitir o rechazar acusaciones relativas a las negligencias durante los cuidados de los pacientes.

## **CARACTERÍSTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA**

Las Anotaciones de Enfermería para que cumplan los propósitos enunciados deben reunir las siguientes características:

**En su estructura:**

- **Significancia:** Se refiere a hechos trascendentales del estado del paciente que facilita la continuidad de la atención de enfermería. No se deben dejar espacios en blanco en las notas de enfermería.
- **Precisión:** Se refiere a que los hechos deben ser registrados con exactitud, siguiendo una secuencia lógica sin omitir detalles importantes, siendo así continua y oportuna. Se debe comenzar cada nota con el horario y finalizar con su firma.
- **Claridad:** Las Anotaciones deben tener un lenguaje comprensible, buena ortografía, adecuada concordancia evitando ambigüedades. No deben aparecer enmendaduras. No se debe borrar, ni aplicar líquido corrector, ni tache los errores cometidos mientras se redacta el registro; lo que se debe hacer es trazar una línea sobre el error y escribir encima error y firmar con su nombre para luego redactar lo correcto.
- **Concisión:** Las Anotaciones deben ser concisas, resumidas y concretas, y se coloca fecha y hora.

#### **En su contenido:**

- **Evaluación Física:** deberán existir datos de la valoración, complicaciones y secuelas relacionadas a la enfermedad, signos y síntomas. Deberán contener la identificación de problemas reales y potenciales.
- **Comportamiento Interacción:** referido a las respuestas que el paciente tiene ante el proceso de hospitalización, ante el cuidado brindado, incluyendo también el comportamiento hacia sí mismo.

- **Estado de Conciencia:** la capacidad de comprender del paciente sobre su enfermedad, tratamiento y procedimientos que se le realizan, así mismo su estado de ánimo, percepción, orientación, apariencia y condiciones físicas.
- **Condiciones Fisiológicas:** se incluyen signos vitales, actividades de alimentación, higiene, de ambulación, descaso, etc.
- **Educación:** es la información brindada por la enfermera sobre su enfermedad, tratamiento, procedimientos realizados.
- **Información:** se redacta sobre las coordinaciones que se realiza con miembros del equipo de salud.
- **Plan de intervención:** Intervención, ejecución y evaluación de los cuidados brindados en base a las necesidades identificadas.
- **Los enfermeros debe de considerar a si mismo lo siguientes:**
  - Lista de problemas del paciente.
  - Problemas actuales del paciente.
  - Leer notas de enfermería para valorar lo que está en evolución.
  - Realizar notas de enfermería teniendo como base el proceso de atención de enfermería.

## **TIPOS DE ANOTACIONES DE ENFERMERÍA**

- **Anotaciones de Diagnostico o de Entrada.**  
Refieren al estado general del paciente, el examen físico y acciones inmediatas a realizar, se utiliza el reporte de enfermería, la observación y

entrevista, como medio para la identificación de necesidades y/o problemas iniciales del paciente.

- **Anotaciones de Proceso o Evolutivos**

Comprende tres formas de anotaciones de evolución:

- **Notas de Evolución.**

Este registro es muy útil, especialmente en situaciones en las cuales el estado del paciente cambia con rapidez. Realizadas en el transcurso del turno resaltando aspectos significativos sobre tratamiento y cuidados de enfermería.

El formato para las notas en este tipo de sistema es específico y estructurado siendo las siglas **SOAPIE** son variaciones que ayudan a documentar los cambios existentes.

**S** = Datos subjetivos (síntomas que el paciente describe).

**O** = Datos objetivos (síntomas que el personal observa).

**A** = Valoración (conclusión del profesional).

**P** = Plan (enseñanza de cliente inmediata y futura).

**I** = Intervención (medidas de enfermería adaptadas a el).

**E** = Comprobación (evaluación — resultado de la asistencia).

- **Notas Narrativas.**

En este tipo de Anotaciones la información se registra cronológicamente en períodos de tiempos concretos, la frecuencia de la documentación dependerá del estado del paciente. Lo más habitual es que el profesional de enfermería documente las observaciones en el transcurso de su turno y que incluya datos de valoración, ejecución y respuesta del paciente ante las intervenciones realizadas

### **2.2.2. Valoración de Enfermería**

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería en el cual el enfermero debe llevar a cabo una evaluación de enfermería completa y holística de las necesidades de cada paciente, sin considerar la razón para el encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de enfermería.

El propósito de esta etapa es identificar los problemas de enfermería del paciente. Estos problemas son expresados ya sea como reales o potenciales. Por ejemplo, un paciente que se haya inmóvil debido a un accidente de tráfico en la carretera puede ser valorado como que tenga el "riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad".

### **Componentes de la valoración de enfermería**

#### **Historia de Enfermería**

Realizar la historia de enfermería antes del examen físico permite al enfermero establecer un vínculo con el cliente y la familia. Los elementos de la historia incluyen:

- Estado de salud
- Curso de la presente enfermedad, incluyendo síntomas
- Manejo actual de la enfermedad
- Historia médica pasada, incluyendo historia médica de la familia
- Historia social
- Percepción de la enfermedad

### **Examen físico**

Una valoración de enfermería incluye un examen físico: la observación o medida de los signos médico, que pueden ser observados o medidos, o los síntomas tales como náusea o vértigo, que pueden ser sentidos por el cliente.

Las técnicas empleadas pueden incluir la inspección, palpación, auscultación y Percusión añadidos a los "signos vitales" de temperatura, presión arterial, pulso y frecuencia respiratoria, y demás exámenes de los sistemas corporales tales como los sistemas cardiovascular o musculo esquelético.

### **Documentación de la valoración**

La valoración es documentada en la historia clínica del cliente o en los registros de enfermería, que pueden ser en papel o parte de los registros médicos electrónicos que pueden estar disponibles para todos los miembros del equipo de salud.

En la valoración de enfermería también es importante que el enfermero conozca todos los aspectos que pudieran afectar, la salud, recuperación y rehabilitación del paciente. Y lo que nos va a ayudar a valorar el tratamiento que se le está brindando para saber si es el adecuado.

## **2.3. Definición de Términos Básicos**

### **2.3.1. Valoración Inicialmente:**

Es necesario recoger la máxima información posible, de las circunstancias del accidente, mecanismo lesional, etc. En pacientes con traumatismo grave, la valoración debe constar de 2 partes:

- Valoración inicial. Cuando atendemos a un politraumatizado debemos valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales. Hay que asegurar la vía aérea, control respiratorio y circulatorio (ABC). La primera evaluación está enfocada a identificar y tratar rápidamente aquellas lesiones que constituyen una amenaza vital, consiste en una rápida valoración del paciente y de esta valoración puede depender la vida del paciente por lo que se realiza de forma ordenada y sistemática.

A.- Mantenimiento de vía aérea con control cervical

B.- Respiración.

C.- Circulación con control de hemorragia.

D.- Discapacidad.-Estado neurológico.

E.- Exposición / Entorno.

**A. Mantenimiento de la Vía aérea y con control cervical.** En todo paciente politraumatizado se debe sospechar lesión de la columna cervical. La permeabilidad y estabilidad de la vía aérea es el primer punto a valorar.

En primer lugar para valorar la vía aérea hay que llamar al paciente, si éste contesta con voz normal y con coherencia significa que la vía aérea está expedita y la perfusión cerebral es adecuada. En un individuo inconsciente hay que comprobar su vía aérea, en el sujeto que tiene disminuido su nivel de conciencia puede ocurrirle la caída de la lengua hacia atrás y / o una bronco aspiración. La cabeza y el cuello no deben ser hiperextendidos en un poli traumatizado; la utilización de la tracción del mentón con control cervical, es la maniobra de elección para la apertura de la vía aérea.

**B. Respiración.** En este paso el objetivo inicial es valorar la existencia de una lesión torácica vital como el neumotórax a tensión, el neumotórax abierto, el tórax inestable y el hemotórax masivo. Hay que valorar la correcta ventilación y el adecuado aporte de oxígeno. Después de buscar y descartar las supuestas lesiones torácicas que comprometen la ventilación se valorará la necesidad de soporte ventilatorio, ya sea con máscara, válvula, bolsa máscara laríngea o intubación endotraqueal.

**Circulación y Control de Hemorragias.** La hemorragia es la principal causa de muerte tras un traumatismo. Cinco son los puntos a valorar: -Nivel de conciencia. - Coloración de la piel. - Frecuencia cardíaca y presión arterial. - Pulso. - Hemorragias

visibles. Se deben canalizar una o dos vías periféricas de grueso calibre para poder administrar gran cantidad de fluidos en poco tiempo. Una vía de grueso calibre tiene mayor velocidad de infusión que una VVC. Las mejores vías de acceso venoso periférico en el adulto son: - Vena del brazo - Venas del antebrazo. Si no es posible el acceso periférico, advertir la necesidad de acceso venoso central. Una vez canalizada la vía venosa se inicia la administración de soluciones cristaloides (por excelencia suero fisiológico suero fisiológico) para mantener el equilibrio de líquidos. Tener presente que en estaciones frías es recomendable calentar los sueros a 37° C. Recordar que las soluciones glucosadas son deletéreas para el sistema neurológicas.

**D. Evaluación neurológica.** Tiene como objetivo valorar el estado de conciencia y necesidad de iniciar medidas antiedemacerebral. Para ello se valora la escala de Glasgow y la semiología pupilar (simetría, tamaño y reacción a la luz de las pupilas). El resto del examen neurológico corresponde a la valoración secundaria.

**Exposición / Control Ambiental.** El paciente debe ser desnudado por completo para un buen examen y una evaluación completa. Tener en cuenta que en estos pacientes existe gran riesgo de hipotermia, debiendo tomar las medidas oportunas al terminar y cubrirlo lo antes posible. Un resumen de la actuación de Enfermería podría ser:

- . Control de constantes vitales.
- . Inmovilización del raquis (tabla y collarín).
- . Oxígeno terapia. . Canalizar vías periféricas,

- Monitorización cardíaca y Pulsioximetría.
- Administrar sueros y medicación.
- Extraer muestra de sangre para clasificación.
- Desnudar al paciente y recordar cubrirlo luego de la exploración física completa.

## **VALORACIÓN SECUNDARIA**

La valoración secundaria consiste en un análisis de posibles lesiones desde la cabeza a los pies, mediante la vista, el oído y el tacto, incluyendo los signos vitales. El examen secundario no se inicia hasta que no se haya realizado la valoración primaria y resuelto los problemas vitales (ABC). En esta fase es donde colocaremos las sondas nasogástrica y vesical

- Historia: Debemos conocer el mecanismo lesional y si es posible los antecedentes del paciente; patología previa, medicación habitual y última comida así como eventos relacionados con el accidente.

Conociendo el mecanismo lesional podemos predecir distintos tipos de lesión en base a la dirección del impacto, la cantidad de energía y el tipo de accidente.

En caso de existir quemaduras debemos conocer el medio en que se produce la lesión, exposición a productos químicos, tóxicos, radiaciones, noción de injuria inhalatoria y lesiones de quemaduras circunferenciales del miembro.

- Examen Físico:

- Cabeza y cara.
  
- Columna cervical y cuello.
  
- Tórax y espalda.
  
- Abdomen y Pelvis.
  - Periné, recto y vagina.
  - Músculo esquelético.
  - Neurológico.
    - Monitorización:
      - Frecuencia respiratoria.
      - Pulsioximetría.
      - Presión arterial.
      - Monitorización cardiaca.

El paciente politraumatizado debe ser reevaluado constantemente ya que son pacientes dinámicos y sirve para asegurar que son detectados nuevos hallazgos y que no empeora los signos vitales evaluados inicialmente

### **2.3.2. CONTINUIDAD ASISTENCIAL y DE CUIDADOS**

La actuación de un Equipo de Emergencias o ECA, puede finalizar en el domicilio o en un centro hospitalario. En cualquiera de estos casos, y dado que casi nunca somos finalistas en nuestra atención, es fundamental transmitir la información al nivel asistencial que corresponda para que se continúe con el tratamiento y

cuidados que el paciente necesita, para el restablecimiento de su salud o para su mejoría, evitando nuevos ingresos hospitalarios, nuevas situaciones de descompensación (urgentes o emergentes), ya que no todos los problemas de salud, afortunadamente se resuelven con más medicación, sino con mejores cuidados y con una reorientación de los mismos por parte de quienes están en el nivel de Atención Primaria. Y no menos importante, en caso de final de la vida, la continuidad y coordinación interniveles es fundamental para que el paciente pueda tener una muerte digna.

### **2.3.3. PRINCIPIOS BÁSICOS**

#### **➤ INDIVIDUALIZACIÓN DEL CUIDADO.**

Los Cuidados de Enfermería que se detallan en este documento tienen como centro a la persona, siendo esto en muchos casos atención a la unidad paciente-familia, para dar el mejor cuidado. Es imprescindible tener en consideración la información que nos facilita el propio paciente y/o la persona responsable de su cuidado, para prestarle la atención de Enfermería adecuada y adaptada no sólo a la situación de enfermedad que tiene el paciente sino a sus respuestas humanas, en relación a este episodio crítico o urgente que acontece en su vida. Los valores del paciente deben ser tenidos en consideración ya que son claves para prestar el cuidado más personalizado posible en situaciones de urgencia o emergencia. Facilitar la presencia y la implicación de la familia, si el paciente así lo considera o de

forma obligada si el paciente no tiene capacidad para tomar decisiones, es un elemento fundamental a garantizar en la asistencia.

Poder identificar a la persona que sufre el episodio agudo (urgente o emergente) es fundamental; siendo preciso para ello, registrar la respuesta del paciente (siempre que sea posible) a lo que está aconteciendo. No podemos hacer registros “tipo” en función de la patología o grupo patológico concreto.

En cada Historia, al igual que se deben garantizar los datos correctos de filiación de cada persona, debe quedar reflejada la individualidad del paciente.

➤ **EVIDENCIA DEL CUIDADO.**

Se mantienen o incorporan elementos esenciales del cuidado de Enfermería, soportados por la Evidencia disponible. Esto es clave para garantizar el mejor resultado posible en base a actuaciones que las/os enfermeras/os deben llevar a cabo durante el proceso asistencial.

➤ **CONTINUIDAD DE CUIDADOS.**

Elemento vital para garantizar una asistencia de calidad. En los Cuidados de Enfermería que se han diseñado, se determina como elemento clave en la atención de determinados pacientes “Vulnerables” (pacientes con enfermedades crónicas, detección de alteraciones en los cuidadores informales, etc.), la derivación de estas situaciones al nivel asistencial de Atención Primaria (enfermera de Familia/ enfermera gestora de casos) para que sea esta figura la que realice una monitorización del paciente y/o cuidador/a, con el fin de evitar situaciones de riesgo que puedan ser

prevenibles a través de una reorientación de los cuidados que el paciente necesita. Asimismo es fundamental garantizar la continuidad de cuidados con el nivel asistencial de Atención especializada en aquellos pacientes que tras asistencia sean trasladados al Hospital.

La transferencia sistematizada a nivel documental y verbal, se convierte además en un elemento de seguridad imprescindible en el proceso de atención del paciente.

La atención de un paciente se deriva de un episodio en la vida del paciente que puede obligar a cambios, puesto que puede requerir de atención especializada, seguimiento y cuidados no precisados con anterioridad. La nueva situación de salud quizá haga necesarios cambios en el estilo de vida del individuo.

La atención enfermera en nuestro ámbito es clave tanto para el control de la situación en la que encontramos al paciente, como para su evolución y resolución de problemas una vez finalizada la asistencia extra hospitalaria.

#### ➤ **SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Los Cuidados de Enfermería integran por supuesto, algunos de los elementos esenciales que conforman una asistencia segura para los pacientes atendidos. Estos elementos nacen de la GPC: Seguridad del paciente en la atención extrahospitalaria y están integrados en todos los procesos de cuidados de EPES.

- **RESULTADOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.** Se han integrado en el cuidado de pacientes con determinados procesos asistenciales, criterios de resultado en relación a Problemas identificados, tanto en el ámbito colaborativo como independiente, definiendo las intervenciones de Enfermería más acordes a realizar para que el resultado esperado tras el cuidado de Enfermería, sea positivo en el estado de salud del paciente.

### **CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES**

### 3.1 Hipótesis General o Principal

Registro de valoración de enfermería influirá significativamente en el cuidado de calidad de enfermería en el paciente adulto crítico, que ingresa al servicio de emergencia-Hospital “Víctor Ramos Guardia”-Huaraz-2014.

### 3.2 Variables e Indicadores.

- ✓ **Variable Independiente:** registro valoración de enfermería
  
- ✓ **Variable dependiente:** Cuidado de calidad de enfermería

### 3.3 Operacionalización de variables

	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Indicadores</b>
--	----------------------------------	------------------	-----------------------------------	--------------------

<p>Registro de valoración de enfermería para el cuidado de calidad en el paciente adulto crítico, que ingresa al servicio de emergencia-</p>	<p>Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes.</p>	<p>Trabajo coordinado</p> <p>Monitoreo de registros clínicos de enfermería.</p> <p>Estandarización de registros de valoración</p>	<p>Efectivizar las actividades dar cumplimiento el fin</p> <p>Seguimiento técnico y minucioso en cuanto a la implementación de los registros</p> <p>Unificar criterios en cuanto a registros de valoración</p>	<p>Resultados esperados de efectividad</p> <p>Cantidad de registros llenados correctamente</p> <p>Cantidad de registros llenados correctamente.</p>
--	---	---	--	---

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1 Tipo y Nivel de Investigación**

El estudio será a nivel aplicativo ya que partió de la realidad, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal el cual ha permitido presentar los datos obtenidos en un tiempo y espacio determinado.

### **4.2 Método y Diseño de la Investigación**

Diseño retrospectivo de corte transversal

### **4.3 Población y Muestra de la Investigación**

La población estuvo conformada por todas las anotaciones de enfermería elaboradas en el Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Ramos Guardia 2014.

Dentro de los Criterios de inclusión tenemos:

- Ser valoración de enfermería del servicio de emergencia realizados en el 2014.

Los Criterios de Exclusión Fueron:

Registros de valoración del servicios e incompletas

### **4.4 Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Información.**

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue el análisis documental y el instrumento una hoja de valoración, el cual fue sometido a consideración determinar la validez de contenido y constructo mediante la prueba binomial y la tabla de concordancia

## **CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

### **5.1 Recursos (Humanos, Materiales)**

Enfermeras del servicio de Emergencia

### **5.2 Presupuesto**

Propios del proyectista.

### **5.4. Referencias Bibliográficas**

- ANGLADE VIZCARRA, Cynthia. “Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” 2002.
- BALDERAS, J. Administración en Enfermería. Interamericana. México. 1998.
- CERQUIN SALDARRIAGA, Cecilia Dolores “Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería por los internos de enfermería de la UNMSM” 2003.
- CONDEZO MARTEL, MARINA HERMELINDA,” La Enseñanza aprendizaje y las “anotaciones de enfermería” 2002.
- COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU: Ley de Trabajo del Enfermero N°27669. Lima - Perú.
- COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU: Código de Ética y Deontología. D.L.22315. Lima – Perú.
- COTO SALAS María Isabel, registro del proceso de enfermería.1999.
- DUGAS, B. Tratado de enfermería práctica. 4ta. Edición. Interamericana. México. 2001
- FRETTEL Verónica. Evaluación de las anotaciones de Enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de Neurología del HNGAI.
- HERNÁNDEZ, A. Metodología de la Investigación. Editorial May. México. 1996

## ANEXOS

### 1. Matriz de Consistencia

**Matriz de consistencia** registro de valoración de enfermería para el cuidado de calidad en los pacientes adultos críticos, que ingresa al servicio de Emergencia-Hospital “victor Ramos Guardia”-Huaraz-2014”.

### 2.

PROBLEMA DE INVESTIGACION	OBJETIVO	VARIABLES	HIPOTESIS	DIMENSIONES	INDICADORES	TECNICA INSTRUMENTO
Registro de valoración de enfermería para el cuidado de calidad en el paciente adulto crítico, que ingresa al servicio de emergencia-	Elaborar el registro de valoración para el cuidado de calidad de enfermería en los pacientes adultos críticos, que ingresa al servicio de Servicio de Emergencia	<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p>valoración de enfermería para el cuidado de calidad</p> <p><b>Variable dependiente:</b></p> <p>calidad del cuidado de enfermería a pacientes críticos</p>	El registro de valoración de enfermería influirá significativamente en el cuidado de calidad de enfermería en el paciente adulto crítico, que ingresa al servicio de emergencia-Hospital “Victor Ramos Guardia”-Huaraz-2014.	<p>-Trabajo coordinado</p> <p>-Monitoreo de registros de valoración de enfermería.</p> <p>-Estandarización de registros valoración de enfermería</p>	<p>-Tasa de complementación del parámetro “hora de valoración”</p> <p><math>\frac{n^{\circ} \text{ hojas- registro corrcto}}{n^{\circ} \text{ de hojas totales}} \times 100</math></p> <p><b>-Tiempo medio de demora de 1ª Valoración.</b></p> <p><math>\frac{T_{\text{total dmra todos pcts}}}{n^{\circ} \text{ de pacientes totales}} \times 100</math></p> <p><b>- Tiempo medio de demora en la atención de pacientes críticos o de nivel ROJO.</b></p> <p><math>\frac{\text{Timp.demora total atción de los pcts.critico}}{n^{\circ} \text{ de pacientes críticos}} \times 100</math></p>	<p><b>Entrevista:</b> características</p> <p>-aplicación: individual.</p> <p>-Duración limitada</p> <p>-Posibilidades de evaluación: múltiples en función al objetivo.</p> <p>-Es flexible, las posibilidades de obtener información, son limitadas su costo es mínimo.</p> <p>(CHECKLIST).</p>

### 3. Instrumentos: Encuestas-Cuestionarios-Entrevistas y otros.

#### INSTRUCCIONES

Esta guía contiene una serie de ítems los cuales están basados en el Proceso de Atención de Enfermería.

**SI:** Si realiza las acciones del enunciado

**NO:** Si No realiza las acciones del enunciado

CARACTERISTICA DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA	1		2		3		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1. Efectúa la valoración mediante el examen físico.							
2. Registra funciones vitales.							
3. Registra los Signos y síntomas del paciente.							
4. Informa sobre el tratamiento administrado.							
5. Registra si se presenta reacciones adversas al tratamiento.							
6. Menciona el motivo por el cual no se administra el tratamiento.							
7. Menciona procedimientos especiales realizados al paciente.							
8. Señala cuidados relacionados a eliminación vesical.							
9. Señala cuidados relacionados a nutrición e intestinal.							
10. Señala cuidados relacionados a higiene.							
11. Señala cuidados relacionados a movilización.							

12. Identifica problemas en el área emocional.							
13. Brinda educación sobre los procedimientos realizados.							
14. Señala cuidados realizados en el área emocional.							
<b>CARACTERISTICA DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA</b>	1		2		3		Observaciones
<b>CONTENIDO</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
15. Coloca nombre y apellido del paciente.							
16. Registra Numero de historia clínica.							
17. Registra Número de cama.							
18. Registra Fecha y hora.							
19. Registra Datos Subjetivos							
20. Registrar Datos Objetivos							
21. Realiza Ejecución							
22. Realiza Evaluación							
23. Refleja redacción presentación y orden							
24. Usa lapicero con los colores oficiales según turno.							
25. Sin enmendadura.							
26. Sin tacha							
27. Coloca Firma y Sello (Se identifica la Enfermera).							

