



Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería

**Lineamiento general para la documentación
y evaluación de la implementación de los
planes de cuidados de enfermería**

Coordinación del proyecto

Mtra. María de Jesús Posos González

*Maestra en Desarrollo Organizacional
Coordinadora Normativa de la Dirección de Enfermería
mariaj.posos@salud.gob.mx*

Mtra. María Elena Galindo Becerra

*Maestra en Administración de Instituciones de Salud
Dirección de Enfermería
Secretaría Técnica de la Comisión Permanente de Enfermería
megalindo@salud.gob.mx*

Revisó y Autorizó:

Mtra. Juana Jiménez Sánchez

*Maestra en Administración de Organizaciones de Salud
Directora de Enfermería
Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería
juanita.jimenez@salud.gob.mx*

Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería

Primera edición: 2013 ISBN 978-607-460-398-9
D.R. © Secretaría de Salud 2013
Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Homero 213 piso 13 Colonia Chapultepec Morales.
Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11570 México D.F.

Este documento o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos en forma alguna o por medio alguno, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro, sin permiso previo de la Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud.

Esta publicación es con fines didácticos y de investigación científica acorde con lo establecido en el artículo 148 y análogos de la Ley Federal del Derecho del Autor.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

DIRECTORIO

Mercedes Juan

Secretaria de Salud

Luis Rubén Durán Fontes

Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Pablo Antonio Kuri Morales

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Marcela Velasco González

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Gabriel Oshea Cuevas

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Miguel Limón García

Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Francisco Caballero García

Titular de Análisis Económico

Fernando Gutiérrez Domínguez

Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Carlos Sandoval Leyva

Director General de Comunicación Social

José Ignacio Santos Preciado

Director General de Calidad y Educación en Salud

Juana Jiménez Sánchez

Directora de Enfermería y Coordinadora General de la Comisión

Permanente de Enfermería

GRUPO DE TRABAJO

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

- Marina Martínez Becerril
- Olimpia Ortuño Sánchez
- Edith María Arlete espinosa García
- María Paula Nájera Ortiz
- Araceli Jiménez Méndez
- Silvino Arrollo Lucas
- Jorge Salinas Cruz
- Guadalupe Morales García
- María del Carmen Juan Castañeda

Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”

- Monserrat Puntunet Bates
- Diana Teniza Noguez

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”

- Patricia Zamora Ruíz

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”

- María Navora Camarillo Ruíz
- Susana Gallegos Sánchez

Instituto Nacional de Rehabilitación

- Sandra Hernández Corral

ÍNDICE

I. Introducción y justificación	7
II. Objetivos	10
III. Marco teórico	10
3.1 Proceso Atención de Enfermería.	10
3.2 El Cuidado de Enfermería	13
3.3 Seguridad del paciente.	14
3.4 Plan de Cuidados de enfermería	14
3.5 Clasificación taxonómica de enfermería	15
NANDA, NOC y NIC	
3.6 Registros clínicos de enfermería.	16
IV. Recomendaciones generales para la construcción o rediseño del formato de notas y registros clínicos de enfermería.	18
V. Criterios para la construcción de la hoja de notas y registros clínicos de enfermería.	19
A. Valoración de Enfermería	19
1. Inicial	
a) <i>Identificación del paciente</i>	
b) <i>Signos vitales</i>	
c) <i>Antecedentes personales</i>	
d) <i>Antecedentes familiares</i>	
e) <i>Problemas interdependientes</i>	
f) <i>Valoración de riesgos</i>	
2. Continua	
a) <i>Identificación del paciente</i>	
b) <i>Signos vitales</i>	
c) <i>Problemas interpersonales</i>	
d) <i>Valoración de riesgos</i>	
B. Diagnósticos de Enfermería	25
1. Reales	
2. De riesgo o potenciales	
3. De salud	
C. Planeación de resultados esperados	31
D. Ejecución de intervenciones y acciones de enfermería	33
E. Evaluación de resultados obtenidos	36
VI. Plan de alta (Recomendaciones de autocuidado)	38
VII. Plan de acción para la implementación	40
VIII. Evaluación de la implementación	41
IX. Glosario de términos	43
X. Anexos	73
XI. Referencias bibliográficas	74
XII. Bibliografía	75

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La situación actual de los registros clínicos de enfermería que día a día se constituyen en una evidencia del cuidado y de la atención otorgada, ha generado el interés de algunos investigadores de Canadá, Suecia, Estados Unidos, Chile y España, entre otros, todos coinciden, en que los registros de los cuidados de enfermería son lo que origina la principal fuente de información sobre la atención que brindan los profesionales, y conlleva a la necesidad de que se enfatice sobre los datos y que el contenido que refleje la responsabilidad profesional y legal en cada acción de la práctica.¹

Dichas investigaciones pretenden definir cuál debe ser el contenido de la información a registrar en las hojas de enfermería, teniendo en cuenta que los registros favorecen el desarrollo de la disciplina y el intercambio de información sobre los cuidados entre profesionales y con el equipo de salud.

Durante los años ochenta y principios de los noventa, algunas organizaciones tuvieron la iniciativa de proponer y desarrollar reglamentos y normas en los que expresaban, que el proceso de atención de enfermería debería ser integrado a la práctica diaria, así como, a los documentos propios de la disciplina, por ejemplo la Organización Mundial de la Salud en (OMS, 1982), el Consejo Internacional de Enfermeras – Clark J.

(CIE, 1994), la American Joint Comision on Accreditation of Hospital Service Standard (1991) y la United Kingdom Central Council (1993).^{ibid-1}

En México, algunos estudios han evidenciado que los registros del cuidado de enfermería no se realizan correctamente, ya que existe una gran diversidad en la manera de anotar o registrar diariamente las acciones del actuar profesional, es evidente que el personal de enfermería se basa más en los usos generales que en la aplicación del método científico propio del proceso de atención de enfermería (PAE).

Venezuela es otro de los países que manifiesta la necesidad de redactar lineamientos que contribuyan en la redacción de los registros clínicos, por lo que proponen uno, que incluye, las características esenciales, consideraciones éticas y bioéticas, normas legales y PAE. Con esto, buscan integrar todos los elementos y el registro objetivo del PAE por profesional de enfermería, el cual es utilizado tanto en países americanos como europeos; hoy en día, reconocido como una herramienta fundamental y como hilo conductor de la práctica de enfermería².

Esta forma de trabajo deja implícito la aplicación del proceso de atención del cuidado de enfermería, como una estrategia a nivel mundial que

1 José Luis Cobos Serrano. Impacto de la implementación de una metodología normalizada y un sistema de registro de información de cuidados de enfermería, en la calidad asistencial. Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Registro ISSN: 1989 – 5305.

2 Lucena de Cordero G. Lineamiento para la elaboración de los registros clínicos de las prácticas clínicas del programa de enfermería del Decanato de Medicina de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”. Biblioteca “Las Casas” 2008 4(3)
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0349.php>

tiene la finalidad de contribuir a la garantía de la seguridad del paciente/ persona, familia y comunidad o grupos.^{Ibidem}

Los registros de enfermería con los elementos metodológicos de trabajo, técnicos y científicos, constituyen también un medio de comunicación efectivo, además permite la planificación, cumplimiento y control de todas y cada una de las actividades realizadas por el profesional de enfermería y el recurso humano en formación. Esta herramienta implica llevar un orden en los registros y sin duda representa la evidencia del grado de calidad con el que se otorgan los cuidados, es considerada además como el deber ser para el profesional de enfermería.

Sobre este particular, (Carpenito), indica que la administración del cuidado de enfermería y los registros clínicos de enfermería deben cumplir las normas de la profesión y apoyarse para su desempeño en la American Nurses Association (ANA) y en la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), organizaciones que poseen normas para el registro de enfermería, a nivel mundial las cuales establecen las responsabilidades del personal de enfermería, por la cual se puede juzgar la calidad de la práctica del servicio.^{Ibidem}

El objetivo principal de este documento, es emitir una herramienta de carácter normativo sobre los registros clínicos y hacer su aplicación ágil y factible que facilite el registro de los cuidados de enfermería. Una estrategia para lograrlo es unificar el lenguaje disciplinar a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería y el uso como de las clasificaciones taxonómicas North American Nursing Diagnosis Association (NANDA por sus siglas en inglés), la Nursing Outcomes Classification (NOC por sus siglas en inglés) y Nursing Interventions Classification (NIC por sus siglas en inglés), que plasmados en el plan de cuidados de enfermería permitan

la estandarización de la documentación de los datos, además sirva como documento médico legal apoyando a la normatividad establecida en el país.

La importancia de los registros clínicos de enfermería con respecto a la calidad y seguridad del paciente, se demuestra por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en una investigación realizada recientemente, menciona que más de la cuarta parte de expedientes de pacientes cuyas quejas fueron atendidas mediante arbitraje, los registros de enfermería no cumplieron con lo establecido en la normativa oficial, concluyendo, que constituyen un factor de riesgo para la seguridad del paciente como soporte documental de la atención, porque en ello se refleja tanto las actividades que se le realizan al paciente como el intercambio y verificación de información sobre los cuidados otorgados en aspectos legales. El informe reporta que el nivel de apego de los registros de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico publicada el 15 de octubre de 2012, de 143 casos 55.64%, no tuvieron variación en el segundo y tercer nivel de atención en instituciones públicas y privadas ni en los diferentes servicios de hospitalización donde se llevó a cabo el estudio, Desde el punto de vista legal como lo señala la norma antes referida, son fuente importante para la evaluación de la actividad profesional, así como para uso administrativo y análisis estadístico de la información, representando una prueba objetiva de los actos del personal de salud, quienes, deben realizar los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.³

3 CONAMED. Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM 168-SSA1-1998 del Expediente Clínico. Revista CONAMED 2011; 16(1):4-10. enero – marzo 2011. ISSN 1405-6704.

Algunos resultados a destacar de este estudio en cuanto al apego a la descripción de algunos elementos son: en la dimensión “generalidades” nombre completo del paciente 98%, registros conservados en buen estado 95.7%, sin enmendaduras 95.3%, los registros que menos cumplieron esta dimensión fueron: firma del personal que elaboró el registro 21.4%, nombre completo de quien integró el registro 28.4%, tachaduras 40.9% de los 257 registros de enfermería analizados. En la dimensión “hoja de enfermería” los datos mayormente registrados fueron: temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria 99.6%, tensión arterial 99.2% así como, nombre del medicamento y dosis registrada 98.4%; los datos cuyo cumplimiento fue menor en esta dimensión fue la descripción del habitus exterior: constitución física del paciente 8.9%, conformación 20.2%, facies 28.4% y actitud del paciente 51%, el registro de la evolución del paciente en las hojas de enfermería fue 30.7%. En esta investigación la CONAMED, refiere que en otros estudios realizados como, el de Chaparro D. L. y García D. C., se identificaron: espacios en blanco en el 28%, registros sin nombre 27%, faltas de firmas del responsable 14%, sin fecha 14%, letra ilegible y poco clara 14% y 78.6% se omitió el uso la norma por el personal de enfermería para la elaboración de registros clínicos.^{Ibid-3}

Este último, es punto crítico debido al desconocimiento de normas y a que la ley no exime su cumplimiento. Es muy probable que no se le ha dado la importancia suficiente al cumplimiento de dicha normatividad y que se piense que solamente son actividades meramente administrativas que le apartan de su labor asistencial, cuando ambos representan una obligación profesional. Por otra parte es co-

mún que el personal de enfermería, refiera factores limitantes para hacer registros de calidad, como la falta de tiempo, cargas de trabajo o desconocimiento del lenguaje técnico-médico.^{Ibid-3}

En Chile se realizó un estudio similar acerca de la significancia de los registros clínicos de enfermería, se encontró, que los datos registrados carecen de importancia y son repetitivos por lo que no tienen representación útil y objetiva de la práctica profesional y del cuidado continuo otorgado al paciente.^{Ibid-3}

Por tal motivo es necesario hacer hincapié en destacar que, los registros clínicos de enfermería son una importante herramienta que permite documentar, evaluar y evidenciar la calidad de los cuidados y constituyen un requerimiento básico institucional que refleja el nivel de conocimientos, de habilidades de redacción, pensamiento crítico y analítico, responsabilidad profesional, ética profesional, actualización, identidad, satisfacción profesional, sentido de pertenencia a su profesión, misión y visión de la institución, compromiso con la calidad de la atención y seguridad del paciente, entre otros. Asimismo, es un insumo para la investigación. El panorama obliga a vencer retos paradigmáticos de la profesión, a ser parte del cambio, a comprometerse, arriesgarse y a impulsar las mejores prácticas con la finalidad de contribuir a resguardar la seguridad de los pacientes y personas cuidadas por enfermería.

Por todo lo anterior, surge la necesidad de llevar a cabo una estrategia coordinada que contribuya a conformar un lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería, con evidencia de la calidad de la atención, de carácter legal.

II. OBJETIVOS

A. Objetivo General

Establecer los requisitos o elementos esenciales que deberá contener la “Hoja de notas y registros clínicos de Enfermería” con base en la normatividad mexicana e institucional establecida.

B. Objetivos específicos

Disponer de una herramienta técnico-administrativa que permita documentar la condición y evolución del paciente.

1. Documentar la aplicación del proceso de atención de enfermería incluida en los planes de cuidado, como evidencia de la práctica profesional de enfermería.
2. Estandarizar los reportes y registros clínicos del profesional de enfermería.
3. Proporcionar información verídica, útil y de calidad a los profesionales que comparten la responsabilidad de la atención de los pacientes.
4. Propiciar una comunicación efectiva entre el equipo multidisciplinario de salud.
5. Contar con un documento legal que refleje la relación paciente-personal de enfermería.
6. Asegurar la evidencia de la continuidad de los cuidados de forma escrita o electrónica.

III. MARCO TEÓRICO

En el “Lineamiento para elaborar planes de cuidado de enfermería”, (CPE, 2011) define a la enfermería, como “La ciencia y el arte dedicado al mantenimiento y promoción del bienestar humano”, que ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad basada en conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes para promover la salud, prevenir las enfermedades y fomentar y educar para el autocuidado de la salud, así como, a desarrollar proyectos de investigación respecto al cuidado de las personas, por lo tanto, enfermería es la ciencia del cuidado basado en el diagnóstico de las respuestas humanas, el estado de salud y enfermedad y en la aplicación de intervenciones considerando el contexto cultural en el que se desarrolla.

3.1 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación. La aplicación del proceso de enfermería permitirá a largo plazo transformar la práctica profesional y

sensibilizar a la comunidad de enfermería para que contribuya al cambio.⁴

3.1.1 Etapa de valoración de enfermería. Se considera etapa principal del plan de cuidados por lo que se debe realizar en dos momentos de la atención: al inicio o ingreso del paciente y de forma continua.

La valoración consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física. Se recomienda utilizar un sistema organizado de recolección de datos, en donde cada unidad de salud decida si utiliza o no un marco conceptual teórico de enfermería; recordando que cualquier forma de valoración, representa una guía para orientar la organización de la información obtenida de la persona sana o enferma durante la valoración.

3.1.1.1 La valoración inicial. Se debe realizar únicamente al ingreso del paciente por el personal de enfermería del turno o en cada ocasión que reingrese a la unidad hospitalaria, considerando que durante ese lapso de tiempo pudiera surgir información nueva o relevante respecto a la condición de salud del paciente / persona.

Esta fase del proceso de enfermería, va dirigida al registro de aquellos hechos, fenómenos o datos que permitan conocer y analizar desde el primer contacto antecedentes de la persona, familia

o comunidad con relación a la salud, permitiendo al profesional de enfermería iniciar con la concertación del plan de cuidados correspondiente.

El propósito de ésta, es la interpretación de los datos recabados, lo cual tiene su origen en la descripción de grupos de personas en los que, de manera probabilística, se ha encontrado una asociación estadística entre características biológicas, psicológicas y sociales; sobre todo, el conjunto de información obtenida tiene un fundamento epidemiológico. En este contexto resultará de gran utilidad disponer de datos respecto a la frecuencia con que se presenta un determinado padecimiento por nivel de atención, pues será distinta en unidades de primer nivel con respecto al panorama de un hospital general, de concentración o de subespecialidad. Por otra parte, es importante conocer la frecuencia con la que se presentan las manifestaciones clínicas de un determinado padecimiento de la persona, familia o comunidad.

3.1.1.2 La valoración continua. Se debe realizar de turno a turno o tan frecuente como sea necesario dependiendo la evolución del paciente durante la atención de enfermería. Cada unidad de salud, con base en sus necesidades de registro, tipo de pacientes, especialidad y perfil epidemiológico, decidirá la información que contendrá la hoja de notas y registros clínicos de enfermería para la valoración continua.

La información obtenida, es la resultante de la capacidad de observación y la experiencia que se va desarrollando a lo largo de la formación, con respecto a la interpretación de las características externas que pueden apreciarse del paciente, así como, de la misma

⁴ Gordon, M. Diagnóstico Enfermero Proceso y aplicación. 3ª Edición. Mosby/Doyma libros. México DF. 2003.

situación, ámbito o entorno en que ocurre esta relación llamado también *habitus exterior*⁵.

Desde el momento que inicia la entrevista y la valoración clínica también da inicio el proceso mental de estructura de los diagnósticos de enfermería, la valoración debe incluir las siguientes características:

Características biológicas: se debe registrar la edad aparente, sexo, integridad física, complexión o biotipo morfológico, conformación, posición, actitud, facies, características de los tegumentos, otros aspectos como el estado de hidratación, estado nutricional, presencia de movimientos anormales, marcha, higiene corporal. Como datos de manifestación de vida biológica son los signos vitales, se refieren a las funciones básicas del cuerpo, los cuatro signos vitales son: temperatura corporal, pulso, frecuencia respiratoria y presión sanguínea.

Características psicológicas: Sin pretender plantear estereotipos, puede decirse que diversos aspectos de la posición corporal, de las expresiones faciales y de la mirada se asocian con emociones, estados de humor, actitudes, carácter e inteligencia del paciente.

⁵ Los debates y disputas sobre formas dicotómicas de ver el mundo social en estructura/sujeto y objetivo/subjetivo, se perciben por tanto algunos autores que el hábitus es historia hecha cuerpo, por tanto es la *exteriorización* de lo interior construida de la realidad social. Este tipo de pensamiento es un posible fundamento de lo solicitado en la NOM 168 del Expediente Clínico y en los Estándares de Procesos y Resultados para la Auditoría de Establecimientos de Atención Médica Hospitalaria del Consejo de Salubridad General, acerca del hábitus exterior.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en un estudio realizado refiere al hábitus exterior del paciente como: el conjunto de características biológicas, psicológicas y sociales que dan lugar a la apariencia del paciente, constituyen la primera aproximación al estudio de su condición clínica de salud a través de la inspección general y de la relación que guardan los hallazgos que de ella se derivan con información epidemiológica.

Características sociales: cuando sea necesario o posible se deberá monitorear las prendas de vestir u objetos que acompañan al paciente / persona o familia, debido a que es probable inferir ciertas creencias.⁶

3.1.2 Etapa de diagnóstico de enfermería. Es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y los objetivos que se pretenden alcanzar.

3.1.3 Etapa de planeación. Etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas de salud o para propiciar la salud. Se determinan las intervenciones independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como, aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica y las segundas son realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud.

3.1.4 Etapa de ejecución. Consiste en un conjunto de actividades que realiza el profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado en el paciente, dichas actividades se basan en conocimientos y juicio clínico. Se pone en práctica el plan de cuidados que consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación, incluyen tanto cuidados de atención directa como indirecta:

⁶ Revista de la Facultad de Medicina, vol. 53, No 006 (2010). Artículo: El Mensaje Epidemiológico del Hábitus Exterior del Paciente. ISSN: 0026-1742. Autor Dr. Rafael Álvarez Cordero. <http://132.247.146.33/ojs/index.php/rfm/article/view/21001>. Pagina consultada el 15 julio de 2011.

Directa: consiste en proporcionar cuidados a través de la interacción con el paciente. Comprende acciones de enfermería para atender las situaciones de origen tanto fisiológicas y psicosociales del paciente o persona.

Indirecta: incluyen las acciones del cuidado dirigido al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria. Estas acciones apoyan la eficacia de las intervenciones de enfermería directas.

La intervención a la comunidad está dirigida a fomentar: la participación comunitaria, el autocuidado, la corresponsabilidad del paciente o la persona y familia para prevenir riesgos para la salud así como, para impulsar, mantener o alcanzar un nivel de máximo de bienestar a través de propiciar entornos y estilos de vida saludables de la población mexicana.

En este marco es indispensable una atención integral, oportuna y de calidad hacia la promoción, prevención, detección, seguimiento y control de la enfermedad, con apego y respeto a los principios de interculturalidad, democracia, equidad de género y ética. Las intervenciones de enfermería pueden ser de tipo:

Interdependientes: Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; puede implicar la colaboración de asistentes sociales, nutriólogos, fisioterapeutas, médicos, entre otros. Un problema interdependiente según por R. Alfaro., es un problema de colaboración o complicación potencial (PI), aquel problema real o potencial que aparece como resultado de la enfermedad

primaria, estudios diagnósticos o tratamientos médicos o quirúrgicos y que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades interdependientes o de colaboración con el personal de enfermería.

Independientes: Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren la indicación médica previa. Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado.⁷

3.1.5 Etapa de evaluación. Es la última etapa del proceso y se define como la comparación planificada y sistematizada entre los resultados esperados del estado de salud del paciente y los resultados obtenidos.

3.2 El Cuidado de Enfermería

La palabra cuidado procede del latín “cogitatus”, que quiere decir “pensamiento”, incluye la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos,

⁷ Lineamiento General Para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. Primera Edición, enero de 2011. ISBN 978-607-460-187-9. D.R. © Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Dirección de Enfermería. Comisión Permanente de Enfermería.

la intensión de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar. La acción de cuidar para el profesional de enfermería, representa una forma de amor, una expresión de sentimientos volcados en un hacer, implica un conocimiento propio de cada enfermo, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses, motivaciones, conocimientos, manifestaciones como persona única y auténtica y emociones vastas sin explicación. Cuidar es un arte y una ciencia, es el cuidado de la vida humana respaldado en el conocimiento propio de la profesión.⁸

El cuidado humanizado de enfermería es un fenómeno de interés profesional que orienta la práctica, la teoría y la investigación, por eso, en el actual panorama de transformación que vive la enfermería mexicana es importante hacer la reflexión desde el interior de su estructura replanteando la práctica y que a través de un registro o de una nota se pueda apreciar la calidad del cuidado humanizado organizado e individualizado, que se otorga a la persona, familia o comunidad como resultado del cumplimiento y satisfacción de sus necesidades en un entorno interactivo y equilibrado.

3.3 Seguridad del paciente

La seguridad del paciente se define como: “El conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos

⁸ Velandia Mora Ana Luisa y Cols. Grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería de Colombia. El Arte y la Ciencia del Cuidado. UNIBIBLOS Universidad Nacional de Colombia. Primera edición 2002 Bogotá, Colombia. ISBN 958-701-211-9. Páginas 373. Consultadas de 207 a 216.

adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”, un factor determinante para brindar seguridad es la identificación de pacientes, como medida prioritaria para evitar eventos adversos. Por lo tanto cuando se inicie la atención del paciente, el primer paso será su correcta identificación para eliminar cualquier detalle que pueda dar lugar a confusiones.⁹

Luego entonces toda institución que otorga atención médica tiene la responsabilidad de revisar y verificar la identidad del paciente durante el proceso de la atención, con el fin de evitar errores y evitar poner en riesgo la identidad, la salud y/o la vida de la persona / paciente.

3.4 Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)

Según *Griffith-Kenney* y *Christensen*, el PLACE “Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/ cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”^{Ibid-7}. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

⁹ Lineamientos y acciones para la Identificación correcta de pacientes hospitalizados. ISBN: 978-607-460-207-4 Todos los derechos reservados. La Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud. Consultados el 28 de junio de 2011.

Estandarizado: Según *Mayers*, es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o pre-
visibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.^{Ibid-7}

Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar
abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de
cuidados y las acciones de enfermería.^{Ibid-7}

Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático
de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si
permiten la individualización de la atención personalizada a un paciente
concreto.^{Ibidem}

3.5 Clasificación taxonómica para el cuidado de enfermería NANDA, NOC y NIC

La utilización de las clasificaciones taxonómicas, facilita a los profesiona-
les de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje
estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de
decisiones.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA por
sus siglas en inglés), proporciona una clasificación diagnóstica que sirve
de herramienta a través de la cual, se unifica internacionalmente el len-
guaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales. El
diagnóstico enfermería tiene una importancia fundamental por represen-
tar la identificación del problema y por ser la base para elegir las inter-
venciones de enfermería así como los resultados esperados; es un juicio

clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a
problemas de salud o de procesos vitales reales o potenciales. El
diagnóstico real de acuerdo con la NANDA incluye una etiqueta,
la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos
y síntomas) y factores relacionados (causales o asociados); el diag-
nóstico potencial incluye la etiqueta, la definición y los factores de
riesgo asociados.

La Nursing Outcomes Classification (NOC por sus siglas en
inglés), es la clasificación de resultados esperados en el paciente
posteriores a las intervenciones de enfermería. La taxonomía NOC
se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los
resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este
lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de me-
dición. Los resultados representan el nivel más concreto de la cla-
sificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se
quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como con-
secuencia de los cuidados de enfermería. Cada resultado posee un
nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación a
través de escalas. El indicador se refiere a los criterios que permiten
medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería,
utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el
estado en el que se encuentra el resultado.

La Nursing Interventions Classification (NIC por sus siglas en
inglés), es una clasificación de intervenciones de enfermería glo-
bal y estandarizada de intervenciones que realiza el profesional de
enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome
para llevar a la persona al resultado esperado. Esta taxonomía está

compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería. Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades, las cuales trata de incluir intervenciones para atender los aspectos de tipo fisiológicos, psicosociales y espirituales.

Las tres clasificaciones orientan a la estandarización del cuidado; en México, se recomienda realizar una adecuación lingüística de los contenidos acordes a la cultura, infraestructura y recursos con los que se cuenta en el país, así mismo, se sugiere incluir la experiencia clínica de los profesionales de enfermería para la construcción de las notas y registros clínicos de enfermería implícitos en los planes de cuidados de enfermería para la población mexicana.

La metodología de trabajo del profesional de enfermería, debe conducir no solo a establecer un registro veraz, completo, eficiente, claro, preciso, sino también a utilizar un lenguaje común para que el profesional de enfermería desarrolle el sentido de pertenencia a su profesión y práctica diaria, con la finalidad de que se identifiquen con su profesión y domine los aspectos relacionados con su práctica profesional en el saber ser, hacer y convivir.

El establecer planes de cuidado de enfermería y aplicarlos, es una estrategia que seguramente contribuirá a garantizar y mejorar de forma continua la calidad del cuidado y la seguridad de la persona, familia y comunidad y documentar estos planes permite evidenciar el cuidado sistemático e individualizado que el profesional de enfermería proporciona día a día.

3.6 Registros clínicos de enfermería

La estandarización de los cuidados de enfermería y la institucionalización de ellos son estrategias para evidenciar el actuar profesional de la enfermería mexicana. Los registros de enfermería con los elementos metodológicos de trabajo, son técnicos y científicos, constituyen un medio de comunicación efectivo, permitiendo la planificación, cumplimiento y control de todas y cada una de las actividades realizadas. Son la principal fuente de información sobre la asistencia sanitaria en todas las etapas del proceso de cuidar. De acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico publicada el 15 de octubre de 2012, los registros clínicos son una obligatoriedad para los sectores público, social y privado de las unidades de salud del Sistema Nacional de Salud y representa el instrumento para el desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Se conceptualiza el expediente clínico como “El conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias”, hace referencia también a que los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos. En razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico. En este punto es importante destacar que los

registros de enfermería son parte del expediente clínico por tanto deberán archivarse y conservarse por el período antes mencionado.

Para efectos de esta propuesta es importante mencionar los siguientes puntos:

3.7 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico publicada el 15 de octubre de 2012, deberán apegarse a los procedimientos que disponga esta Norma relacionada con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

3.8 Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico publicada el 15 de octubre de 2012, deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente.

3.9 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.

3.10 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

3.11 El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicación será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico.

3.12 Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la presente Norma.

3.13 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización.

En el punto 9. Referente a los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar hace referencia a la hoja de enfermería la cual deberá elaborarse por el personal de turno y deberá contener como mínimo: **Hábitus** exterior, gráfica de signos vitales, ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía, procedimientos realizados y observaciones.¹⁰

Por lo anterior para la operacionalización de los conceptos anteriores a continuación se describen las siguientes recomendaciones.

¹⁰ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico publicada el 15 de octubre del 2012. Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud. consultada el 17 de junio de 2011.

IV. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA CONSTRUCCIÓN O REDISEÑO DEL FORMATO DE NOTAS Y REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA

Las recomendaciones tienen el propósito de guiar al profesional de enfermería a realizar con calidad, claridad y apego a la normatividad, el registro a la información generada por el personal de enfermería cumpliendo con los siguientes objetivos:

Responsabilidad

Cada institución de salud es la responsable de la magnitud, trascendencia y factibilidad del proceso de implementación y evaluación de la aplicación de esta recomendación en su estructura, proceso y resultado, considerando que las notas y registros clínicos de enfermería son de carácter obligatorio.

Logotipo de la Institución

El logotipo es la representación gráfica máxima, es el carácter de la organización, sus valores, cultura y la forma de transmitir y comunicar su identidad. Es el elemento creativo que proyecta con individualidad sus competencias y hace frente a las necesidades de la población y del mercado. La funcionalidad de un logotipo radica en su capacidad para comunicar el mensaje que quiere socializar, promover y vender su producto, por tanto éste deberá estar situado en la parte superior izquierda o derecha de la hoja o formato de registros clínicos de enfermería.

Título del formato

En el documento escrito y gráfico, donde el profesional de enfermería realizará las anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención en el proceso de cuidado y atención con apego a las normas sanitarias, llevará por nombre *“Hoja de notas y registros clínicos de enfermería”*.

V. CRITERIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL FORMATO

Los criterios para la construcción del formato se deberán basar en las cinco etapas del Proceso Atención de Enfermería con la inclusión del plan de cuidados.

A. Valoración de enfermería

1. Valoración Inicial: Deberá contener los siguientes elementos como estándar mínimo:

a) Identificación del paciente: Con base y apego a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico publicada el 15 de octubre de 2012 y al Protocolo de Identificación Correcta del Paciente, así como en los estándares de calidad emitidos por la Secretaría de Salud para la identificación del paciente los criterios son clasificar la información de identificación del paciente con los siguientes identificadores:

IDENTIFICADORES DE LA PERSONA	
a) Nombre:	Registrar en orden el nombre (es) y apellidos paterno y materno.
b) Fecha de nacimiento:	Registrar en el orden de día, mes y año.
c) Edad:	En años cumplidos en mayores de un año, en recién nacidos o menores de un año en meses cumplidos o días.
d) Sexo	Registrar en masculino (M) o femenino (F).
e) Escolaridad:	Registrar nivel académico máximo.
f) Idioma:	Para registrar él o los de dominio del paciente.

IDENTIFICADORES INSTITUCIONALES	
a) Número de registro del expediente clínico:	Para registrar el número asignado por cada institución.
b) No. de Cama:	
c) Fecha de Ingreso:	Para registrar en el orden de día, mes y año.
d) Días estancia:	Para registrar iniciando con el día (0) y continuar la numeración.

IDENTIFICADORES DE LA ATENCIÓN	
a) Diagnóstico médico:	Para registrar la conclusión clínica del médico responsable.
b) Peso:	Para registrar en kilogramos con la abreviatura (kg)
c) Talla:	En centímetros con la abreviatura (cm)

IDENTIFICADORES DE FACTORES DE RIESGO	
En este identificador podrá plasmar en el formato cada uno de los factores de riesgo como: alergias, obesidad, hipertensión, diabetes, cáncer o los que considere necesarios, por último, dejar un espacio que diga OTROS, donde se podrá registrar los factores de riesgo no enlistados.	
En este mismo se podrán considerar los antecedentes personales y familiares que se describen más adelante si los considera funcional.	

b) Signos vitales: Determinan el estado fisiológico del organismo a través de varios parámetros: la temperatura corporal, el pulso arterial o frecuencia cardiaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria para medir la actividad de los órganos vitales de la persona¹¹.

¹¹ Nuevo Manual de la Enfermería. Guía Médica Interactiva. Editorial Océano / Centrum. Primera edición Barcelona España. ISBN: 978-84-7841-083-5. Páginas 1200.

El registro de la temperatura corporal y la tensión arterial, se representarán con curva gráfica en cada turno, con la finalidad de tener una visión rápida de las respuestas humanas del paciente, permitiendo la correlación entre los resultados planeados y los obtenidos.

La medición de la Presión Venosa Central (PVC) y saturación de oxígeno, pueden ser incluidos o no en esta parte, sin embargo podrán considerarse también como prioritario.

A continuación se sugieren algunos gráficos para esta sección.

SIGNOS VITALES	HORARIO	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7		
	42																										
	41.5																										
	41																										
	40.5																										
	40																										
	39.5																										
	39																										
	38.5																										
	38																										
	37.5																										
	37																										
	36.5																										
	36																										
	35.5																										
	35																										
	-35																										
	T.A.	+																									
		140																									
		130																									
120																											
110																											
100																											
90																											
80																											
70																											
60																											
-																											
F.C.																											
F.R.																											
P.V.C.																											

HORARIO	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	
Presión arterial																									
Temperatura																									
Frecuencia cardiaca																									
Frecuencia respiratoria																									
Saturación de oxígeno																									
Presión Venosa Central PVC																									

c) *Antecedentes personales para la valoración inicial:* Es recomendable incorporar una hoja especial para la valoración inicial.

En este, incluir aspectos personales que contribuyan a determinar la condición de salud del paciente / persona, los cuales deberán ser considerados y/o aumentar el número de factores a valorar, de acuerdo a la necesidad de cada institución, unidad o servicio de salud. Por ejemplo se pueden considerar:

- Enfermedades infantiles: sarampión, papera, tosferina, varicela, escarlatina, fiebre reumática, difteria, poliomielitis.
- Esquemas de vacunación.
- Enfermedades importantes del adulto: tuberculosis, hepatitis, diabetes, hipertensión, infarto al miocardio, enfermedades tropicales o parasitarias, infecciones, ingresos hospitalarios previos, entre otros.
- Cirugías previas: fechas, hospitales, diagnósticos, complicaciones.
- Lesiones graves e incapacidades que actualmente presente, como: limitación en el uso del WC, limitación para la deambulaci3n, para alimentarse, bañarse y vestirse por s3 mismo, entre otras.
- Medicaci3n: fármacos pasados y recientes, incluyendo dosificaci3n, remedios caseros, medicamentos expedidos sin receta o farmacodependencia.
- Alergias farmacológicas, ambientales y/o alimentarias.
- Transfusiones sanguíneas: reacciones, fechas y cantidad de unidades transfundidas.
- Pruebas de investigaci3n sistémica, como: colesterol, antígeno prostático específico así también mamografía y papanicolaou, entre otras.
- Estado emocional: algùn tipo de alteraci3n mental, psicológica o psiquiátrica, así como terapia y tratamiento, entre otros.

d) Antecedentes familiares: En este rubro, incluir factores que signifiquen un determinante hereditario o predisponente para padecer una enfermedad o condición de salud del paciente / persona, incluyendo la relación familiar directa con padres, hermanos, abuelos y tíos. Los cuales deberán ser considerados de acuerdo a la necesidad de saber la importancia de estos para el personal de salud, la institución, unidad o servicio de salud.

Por ejemplo se podrán considerar:

- Diabetes Mellitus (determinar el tipo).
- Cardiopatías.
- Hipertensión.
- Cáncer.
- Asma.
- Alteraciones de tipo alérgico.
- Patologías hemáticas, entre otras.

e) Problemas interdependientes: Incluir en este rubro aquellos problemas reales o potenciales que presente el paciente de tipo médico o quirúrgico que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades de enfermería interdependientes o de colaboración.

f) Valoración de riesgos: se integrarán al formato de notas y registros clínicos de enfermería, escalas aceptadas a nivel nacional e internacional o incluso acorde a la normatividad institucional para valorar la condición de salud y los riesgos del paciente, familia o comunidad, cada una de estas deberá ser acorde a la edad y área de especialidad. Algunas de ellas pueden ser:

NEONATOLOGÍA	PEDIÁTRÍA	ADULTOS	GERIATRÍA
<p>Escala de valoración del dolor en neonatos, Susan Givens Bell. ANEXO 1.</p> <p>Escala de parámetros fisiológicos y conductuales propios de la edad CRIES, desarrollada por Krechel y Bildner para evaluar el dolor en neonatos. ANEXO 2.</p>	<p>Escalas conductuales para la valoración del dolor. ANEXO 3.</p> <p>Escalas pediátricas para la valoración del dolor de caras, según llanto, signos vitales y conductas. ANEXO 4.</p> <p>Valoración del dolor con los signos vitales. ANEXO 5.</p> <p>Escala de valoración del dolor en menores de 3 años. ANEXO 6.</p> <p>Escala objetiva conductual, valora las actitudes y el comportamiento de los niños ante el dolor. La escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) considera 5 ítems: cara, movimiento de piernas, actividad, llanto, consolabilidad. ANEXO 8.</p>	<p>Escalas unidimensionales para la valoración del dolor. ANEXO 7.</p> <p>Escala de Evans (PRST) para valoración del dolor en el paciente inconsciente. ANEXO 9.</p>	<p>Escalas unidimensionales para la valoración del dolor. ANEXO 7.</p> <p>Escala objetiva conductual, valora las actitudes y el comportamiento de los niños ante el dolor. La escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) considera 5 ítems: cara, movimiento de piernas, actividad, llanto, consolabilidad. ANEXO 8.</p> <p>Escala de Evans (PRST) para valoración del dolor en el paciente inconsciente. ANEXO 9.</p>

NEONATOLOGÍA	PEDIÁTRÍA	ADULTOS	GERIATRÍA
<p>Escala de repercusiones de Glasgow de coma o de traumatismo craneoencefálico. ANEXO 10.</p> <p>Escala de BIS (Aspect Medical System Newton. MA. USA) para medir nivel de sedación. ANEXO 15.</p>	<p>Escala de Ramsay-Miller para la valoración del grado de sedación. ANEXO 12.</p> <p>Escala de sedación RASS (Richmond Agitation Sedation scale). ANEXO 13.</p> <p>Escala de BIS (Aspect Medical System Newton. MA. USA) para medir nivel de sedación.</p>	<p>Escala de coma de Glasgow para valoración del estado de sedación en adultos ANEXO 11.</p> <p>Escala de sedación agitación de Riker (SAS). ANEXO 14.</p>	<p>Escala de coma de Glasgow para valoración del estado de sedación en adultos ANEXO 11.</p> <p>Escala de funcionalidad de KATZ para la valoración de actividades básicas de la vida diaria del paciente geriátrico. ANEXO 15.</p> <p>Escala de funcionalidad de BARTHEL para la valoración de actividades básicas de la vida diaria del paciente geriátrico. ANEXO 16.</p> <p>Escala de funcionalidad de LAWTON para la valoración de actividades básicas de la vida diaria del paciente geriátrico. ANEXO 17.</p> <p>Escala para valorar el estado mental del paciente geriátrico. ANEXO 18.</p> <p>Escala para valorar la depresión del paciente geriátrico. ANEXO 19.</p>
<p>Escala de valoración de riesgo de caídas. ANEXO 20.</p>	<p>Escala de valoración de riesgo de caídas. ANEXO 20.</p>	<p>Escala de valoración de riesgo de caídas. ANEXO 20.</p>	<p>Escala de valoración de riesgo de caídas. ANEXO 20.</p>
<p>Escala de valoración del riesgo de úlceras por presión de Barbará Braden y Nancy Bergstrom. ANEXO 21.</p>	<p>Escala de valoración del riesgo de úlceras por presión de Barbará Braden y Nancy Bergstrom. ANEXO 21.</p>	<p>Escala de valoración del riesgo de úlceras por presión de Barbará Braden y Nancy Bergstrom. ANEXO 21.</p>	<p>Escala de valoración del riesgo de úlceras por presión de Barbará Braden y Nancy Bergstrom. ANEXO 21.</p>
<p>Escala modificada de Wood-Downes, para valorar la severidad del estado asmático. ANEXO 22.</p>	<p>Escala modificada de Wood-Downes, para valorar la severidad del estado asmático. ANEXO 22.</p>	<p>Escala modificada de Wood-Downes, para valorar la severidad del estado asmático. ANEXO 22.</p>	<p>Escala modificada de Wood-Downes, para valorar la severidad del estado asmático. ANEXO 22.</p>

2. Valoración continua:

La valoración continua, es aquella que se realizará diariamente y deberá contar con los siguientes puntos de la valoración inicial.

a) Identificación del paciente con:

- Identificadores de la persona: Nombre y fecha de nacimiento.
- Identificadores institucionales: Número de registro del expediente clínico, número de cama y días estancia.
- Identificadores de la atención: Diagnóstico médico.

a) Signos vitales

b) Problemas interdependientes.

B. Diagnósticos de enfermería

Dada su importancia esta etapa deberá estar contenida en el formato de registros clínicos de enfermería, con sus diferentes tipos de diagnósticos: reales, de salud y de riesgo o potenciales, con la adecuación lingüística a la población mexicana. Ejemplos de diagnósticos.

1. Reales:

Cuadro: Elementos del diagnóstico de enfermería real.

DIAGNÓSTICO REAL				
PASO 1		PASO 2		PASO 3
Identificar el Problema (P) o Respuesta Humana	r/c	Identificar el Factor (es) relacionado (causa o etiología)	m/p	Las Características definitorias, manifestaciones o signos y síntomas (S)
Para su descripción deben ser utilizadas las Etiquetas Diagnósticas de la NANDA	Para su redacción el problema se debe unir al factor o factores relacionados, mediante el conector “relacionado con” (r/c).	Que está ocasionando la respuesta	A su vez se deberá unir a las características definitorias (datos objetivos y subjetivos ó signos y síntomas) mediante la fórmula “manifestado por” (m/p)	Como se está manifestando el problema o que respuesta está presentando la persona, familia o comunidad.
EJEMPLO				
Deterioro de la eliminación urinaria	r/c	Deterioro senso-motor que anula el control voluntario, entre otros.	m/p	Disuria, incontinencia, retención, dificultad para iniciar el chorro de orina, entre otros.
Deterioro de la eliminación urinaria r/c deterioro senso-motor que anula el control voluntario m/p disuria, incontinencia, retención, dificultad para iniciar el chorro de orina, entre otros.				

FUENTE: *Lineamiento General para Elaboración de Planes de Cuidado de Enfermería PLACE. Primera Edición, enero de 2011. ISBN 978-607-460-187-9. D.R. © Secretaría de Salud. Dirección de Enfermería. Comisión Permanente de Enfermería.*

2. De riesgo o potenciales:

Cuadro: Elementos del diagnóstico de enfermería de riesgo o potencial.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO		
PASO 1		PASO 2
Identificar el Problema (P) o Respuesta Humana que puede desarrollar la persona	r/c	Identificar el Factor (es) relacionado (causa o etiología)
Para describirlo deben ser utilizadas las Etiquetas Diagnósticas de la NANDA	Para su redacción el problema se debe unir al factor o factores relacionados, mediante el conector “relacionado con” (r/c).	Que está ocasionando la respuesta
EJEMPLO		
Riesgo de caída de la cama	r/c	Lesión cerebral que anula el control voluntario, deterioro neurológico, falta de fuerza en las extremidades inferiores, entre otras.
Riesgo de caída de la cama r/c lesión cerebral que anula el control voluntario, deterioro neurológico, falta de fuerza en las extremidades inferiores, entre otras.		

FUENTE: *Lineamiento General para Elaboración de Planes de Cuidado de Enfermería PLACE. Primera Edición, enero de 2011. ISBN 978-607-460-187-9. D.R. © Secretaría de Salud. Dirección de Enfermería. Comisión Permanente de Enfermería.*

3. De salud:

Cuadro: Elementos del diagnóstico de enfermería de salud y promoción a la salud.

DIAGNÓSTICO DE SALUD O BIENESTAR		
PASO 1		PASO 2
Respuesta humana que describe el nivel de bienestar de una persona	m/p	Identificar las características definitorias
Para describirlo deben ser utilizadas las etiquetas diagnósticas de la NANDA. Es la disposición de la persona para mejorar su salud.	Para su redacción, la respuesta humana se debe unir a las características definitorias, mediante el conector “manifestado por” (m/p).	Que apoyan la disposición de la persona para mejorar su salud.
EJEMPLO		
Disposición para mejorar el bienestar espiritual.	m/p	La expresión verbal de deseos de reforzar la alegría, el amor, el propósito de la vida, la esperanza, el perdón de sí mismo, etc.
Disposición para mejorar el bienestar espiritual m/p. La expresión verbal de deseos de reforzar la alegría, el amor, el propósito de la vida, la esperanza, el perdón de sí mismo, etc.		

FUENTE: *Lineamiento General para Elaboración de Planes de Cuidado de Enfermería PLACE. Primera Edición, enero de 2011. ISBN 978-607-460-187-9. D.R. © Secretaría de Salud. Dirección de Enfermería. Comisión Permanente de Enfermería.*

Recomendaciones:

- Los diagnósticos de enfermería descritos en el formato de notas y registros clínicos de enfermería, deberán corresponder a los planes de cuidado establecidos en el servicio, unidad o institución de salud.
- Los tres tipos de diagnóstico deberán ser considerados en el formato de notas y registros clínicos de enfermería.
- Cada unidad o institución de salud, diseñará la estructura de registro de los diagnósticos de enfermería que facilite la práctica diaria. A continuación se muestran algunos ejemplos:

Ejemplo 1. Espacios en blanco en horizontal

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Ejemplo 2. Espacios en blanco en vertical

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA					
E		E		E	
FR		FR		FR	
CD		CD		CD	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA					
E		E		E	
FR		FR		FR	
CD		CD		CD	

E = *Etiología*. FR = *Factores Relacionados* CD = *Características Definitorias*

Ejemplo 2. Esquema impreso o electrónico para señalar cada uno de los elementos del diagnóstico de enfermería. En este caso se puede determinar introducir diagnósticos de enfermería de acuerdo a la frecuencia con que se presenta en los pacientes de un área, servicio o especialidad. Ejemplo:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	TURNO			FACTORES RELACIONADOS	TURNO			CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	TURNO		
	M	T	N		M	T	N		M	T	N
Patrón respiratorio ineficaz.				Disminución de la energía.							
				Fatiga de los músculos respiratorios.							
Limpieza ineficaz de las vías aéreas.				Hiperventilación.							
				Síndrome de hipoventilación.							
Riesgo de asfixia.				Disfunción neuromuscular.							
				Obesidad.							
Riesgo de aspiración.				Edema laríngeo.							
				Dolor postquirúrgico.							
Deterioro de la mucosa oral.				Efecto medicamentoso de anestésicos.							
				Ansiedad.							
Otros:				Lesión de la médula espinal.							
				Posición corporal incorrecta.							
				Otros:							

Se pueden enlistar las manifestaciones o dejar el espacio en blanco para que el personal de enfermería haga el registro.

d) Independientemente de la forma de registrar el diagnóstico de enfermería, éste, deberá contar con elementos de: congruencia con la valoración, congruencia entre cada uno de los elementos del diagnóstico y congruencia con el estado de salud del paciente / persona, familia o comunidad, a quien corresponde el plan de cuidados.

C. Planeación de resultados esperados.

En esta etapa se plantean los resultados que se esperan obtener para el paciente a través de la clasificación taxonómica de resultados.

Recomendaciones:

- a) Priorizar los diagnósticos de enfermería.
 - b) Formular objetivos o resultados esperados para el paciente, familia o comunidad, los cuales deben ser:
 - A corto, mediano o largo plazo. (dependerá del nivel de atención donde se implemente el plan de cuidados de enfermería)
 - Medibles.
 - Alcanzables.
 - Evaluables.
 - Con la acción de un verbo.
 - c) Establecer indicadores o criterios para valorar el estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad. Se recomienda de 4 a cinco indicadores como mínimo para evaluar el resultado.
 - d) Establecer el resultado de la puntuación diana con la escala tipo Likert en cada uno, con numeraria del 1 al 5, la finalidad es otorgar un valor o puntuación basal como resultado de la valoración inicial de enfermería. Anexo 23.
- e) Documentar o registrar: cada unidad o institución de salud, diseñará el espacio en el formato de enfermería para registrar los resultados que se esperan obtener, así también podrá establecer su propia escala de medición de resultados esperados, siempre que cumpla con el objetivo de otorgar una puntuación en los dos momentos del paciente; cuando se realiza la valoración primera y en la evaluación al concluir el plan de cuidados. A continuación se muestran algunos ejemplos:

Ejemplo 1:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	TURNO			FACTORES RELACIONADOS	TURNO			CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	TURNO			OBJETIVO O RESULTADOS QUE SE ESPERAN OBTENER
	M	T	N		M	T	N		M	T	N	
Patrón respiratorio ineficaz.				Disminución de la energía, fatiga de los músculos respiratorios, entre otros.				Disnea, sibilancias, diaforesis, taquicardia, hipotermia, entre otras.				<p>Resultado NOC</p> <p>Estado respiratorio: ventilación.</p> <p>Con la modificación de la acción del verbo y la redacción sugerida en este lineamiento:</p> <p><i>Recuperar, Mejorar o Estabilizar</i> el estado respiratorio.</p> <p>Utilizar un solo verbo para determinar la acción en cada resultado.</p>
												Puntuación diana, mantener a:

Ejemplo 2:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	TURNO			FACTORES RELACIONADOS	TURNO			CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	TURNO		
	M	T	N		M	T	N		M	T	N
Patrón respiratorio ineficaz.				Disminución de la energía. Fatiga de los músculos respiratorios. Otros:				Disnea, sibilancias, diaforesis, taquicardia, hipotermia. Otras:			
Objetivo o resultados que se esperan obtener	Resultado NOC Estado respiratorio: ventilación. Con la modificación de la acción del verbo y la redacción sugerida en este lineamiento, sería: <i>Recuperar, Mejorar o Estabilizar</i> el estado respiratorio. Utilizar un solo verbo para determinar la acción en cada resultado.			INTERVENCIONES:			ACTIVIDADES:				
	Puntuación diana, mantener a:						Puntuación diana, aumentar a:				

Los resultados NOC son útiles para medir el estado, conducta o percepción del paciente, es lo que se espera que ocurra en momentos específicos de una trayectoria o futuro deseado después de otorgar los cuidados, además guían a un lenguaje estandarizado que puede medirse a lo largo de todo el proceso asistencial en el plan de cuidados.

D. Ejecución de intervenciones y acciones de enfermería

En esta etapa se ejecutan las intervenciones, actividades y cuidados planeados para el logro de los resultados que se esperan obtener para el paciente, familia o comunidad.

Recomendaciones:

- a) Priorizar las intervenciones de enfermería.
- b) Realizar intervenciones dirigidas a la solución de la situación de salud del paciente, como: balance de líquidos, plan terapéutico, aporte nutricional, entre otras que actualmente están consideradas de manera independiente en los formatos de enfermería.
- c) Registrar las actividades y los cuidados individualizados derivados de las intervenciones seleccionadas, los cuales deben ser:
 - Medibles.
 - Alcanzables.
 - Evaluables.
 - A corto, mediano o largo plazo.
- d) Proporcionar atención individualizada y específica a las condiciones de salud del paciente / persona, familia y comunidad con intervenciones planeadas y no planeadas las cuales deberán considerarse en el formato de notas y registros clínicos de enfermería.
- e) En esta etapa deberá registrar el balance de líquidos, considerando ingresos y egresos, plan terapéutico, tipo de dieta o nutrición por las diferentes vías, entre otros procedimientos que se ejecutan en el plan de cuidados como parte de la atención de enfermería.
- f) Al realizar actividades no incluida en la clasificación de intervenciones, se podrá incorporar al plan de cuidados de enfermería siempre y cuando tengan nivel de evidencia clínica. Así mismo se podrá modificar la redacción de cada una de las actividades si se considera necesario para la mejor comprensión. A continuación se muestran algunos ejemplos:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	TURNO			FACTORES RELACIONADOS	TURNO			CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	TURNO			OBJETIVO O RESULTADOS QUE SE ESPERAN OBTENER
	M	T	N		M	T	N		M	T	N	
Patrón respiratorio ineficaz.				Disminución de la energía, fatiga de los músculos respiratorios. Otros:				Disnea, sibilancias, diaforesis, taquicardia, hipotermia Otras.				Resultado NOC Estado respiratorio: ventilación. Con la modificación de la acción del verbo y la redacción sugerida en este lineamiento, sería: <i>Recuperar, Mejorar o Estabilizar</i> el estado respiratorio. Utilizar un solo verbo para determinar la acción en cada resultado.
INTERVENCIÓN: Oxigenoterapia						INTERVENCIÓN: Monitorización respiratoria						
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">Administración de oxígeno complementario por mascarilla 3 litros por minuto.Colocar al paciente en posición semi fowler.Monitorizar los signos vitales cada 15 minutos o cada vez que el cuidador crea conveniente.Monitorizar la presencia de signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.Limpiar o aspirar las secreciones bucales, nasales o traqueales para mantener la vía aérea permeable.Entre otras que deben registrar...						ACTIVIDADES:						
INTERVENCIÓN:						INTERVENCIÓN:						
ACTIVIDADES:						ACTIVIDADES:						

g) El formato o diseño para el registro de intervenciones de enfermería, puede ser de diferentes formas:

- Como se muestra en el ejemplo anterior por intervención y actividades.
- Anotar solamente el nombre de la intervención.
 - Anotar el nombre de la intervención y el conjunto de actividades de cada una de las que se seleccionaron.
 - Elegir la forma más útil para la unidad en la optimización de tiempos y recursos.

h) Registrar en esta etapa todas y cada una de las intervenciones proporcionadas en los tres niveles de atención a la salud, así mismo si es consultoría de enfermería.

E. Evaluación de resultados obtenidos

Esta etapa permite evaluar los resultados del proceso atención de enfermería en todos sus pasos y registrar acorde a la normatividad oficial los resultados alcanzados.

Evaluar y comparar las condiciones de salud del paciente, familia o comunidad a partir de la puntuación diana basal otorgada en la valoración de enfermería, establecida en los resultados del plan de cuidados, para ello considerar los indicadores planteados en la etapa de planeación, ya que darán la pauta para realizar la evaluación.

Recomendaciones:

- a) Realizar la evaluación constantemente o por lo menos una vez por turno, para valorar la evolución del paciente y ajustar el plan de cuidados, esto implica medir la puntuación diana que, es el primer puntaje basado en la valoración previa a la intervención de enfermería (mantener a:___) y un segundo puntaje obtenido posterior a la intervención de enfermería (aumentar a:___).
- b) Dar continuidad al plan de cuidados en cada turno o jornada laboral, para no replicar información y reforzando o modificando los cuidados que requiere el paciente hasta la resolución de los diagnósticos de enfermería. A continuación se muestran algunos ejemplos:

Ejemplo:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	TURNO			FACTORES RELACIONADOS	TURNO			CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	TURNO			OBJETIVO O RESULTADOS QUE SE ESPERAN OBTENER
	M	T	N		M	T	N		T	N	M	
Patrón respiratorio ineficaz.				Disminución de la energía, fatiga de los músculos respiratorios. Otros.				Disnea, sibilancias, diaforesis, taquicardia, hipotermia. Otras:				Resultado NOC Estado respiratorio: ventilación. Con la modificación de la acción del verbo y la redacción sugerida en este lineamiento, sería: <i>Recuperar, Mejorar o Estabilizar</i> el estado respiratorio. Utilizar un solo verbo para determinar la acción en cada resultado.
INTERVENCIÓN: Oxigenoterapia									INTERVENCIÓN: Monitorización respiratoria			
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administración de oxígeno complementario por mascarilla 3 litros por minuto. ▪ Colocar al paciente en posición semi fowler. ▪ Monitorizar los signos vitales cada 15 minutos o cada vez que el cuidador crea conveniente. ▪ Monitorizar la presencia de signos de hipoventilación inducida por el oxígeno. ▪ Limpiar o aspirar las secreciones bucales, nasales o traqueales para mantener la vía aérea permeable. ▪ Entre otras que deben registrar... 									ACTIVIDADES:			
EVALUACIÓN: Estabiliza el patrón respiratorio y sus signos vitales, mantiene vía aérea permeable, expresa bienestar con los cuidados otorgados, etc.									Puntuación diana, aumentar a: 4			

c) En los planes de cuidados para las familias o la comunidad, la evaluación se realizará durante cada visita del profesional de enfermería al domicilio de la familia o cuando asista a la cita a la clínica de primer nivel de atención.

d) Evaluar la calidad de los cuidados otorgados al paciente, familia o comunidad para retomar el plan de cuidados de acuerdo a las nuevas necesidades detectadas y hacer los ajustes correspondientes en las intervenciones de enfermería.

Anexo 24, ejemplo de la estructura completa de un formato de notas y registros de enfermería con la inclusión del plan de cuidados de enfermería alineado a la normatividad oficial mexicana. (Aportación de la Coordinación de Enfermería del Estado de Campeche.)

VI. PLAN DE ALTA

Es un plan de cuidados que se utiliza como una herramienta guía para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma o en proceso de recuperación en el hogar, tomando en cuenta el interés y capacidades para cuidar de sí mismo así como la responsabilidad de la familia.

El objetivo es asegurar al paciente un plan de cuidados necesarios una vez que este fuera del hospital para prevenir complicaciones y lograr la integración del o la paciente a los roles cotidianos sin poner en riesgo su vida.

Considerar la autonomía de la persona enferma, edad cronológica y capacidad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo, ya que de ello dependerá asumir la responsabilidad del cuidado de sí mismo, así como, la del cuidador principal cuando se trata de personas que no pueden asumir total o parcialmente su auto-cuidado.

Recomendaciones:

- a) Considerar en la hoja de notas y registros clínicos de enfermería, un espacio para anotar los cuidados que se le recomiendan al paciente o cuidador principal, los cuales debe llevar a cabo en el hogar, como: involucrar y responsabilizar al paciente del cuidado de sí mismo, algunas unidades de salud utilizan el acrónimo CUIDARME.

Comunicar en forma oportuna y con lenguaje claro y preciso, confirmando el entendimiento y comprensión de las recomendaciones del paciente y cuidador principal.

Urgente: Detectar de manera oportuna signos o síntomas de alerta, que pongan en riesgo la vida de la persona, ministración de medicamentos y posibles reacciones adversas, control de citas, entre otros.

Dieta: consumo balanceado, higiene, conservación y horarios de alimentación acorde a sus condiciones y necesidades de salud.

Ambiente: propiciar un ambiente doméstico, laboral y social sano libre de riesgos para movilización, así también recomendar la ventilación e iluminación de la vivienda para contribuir a la pronta recuperación.

Rекреación y uso del tiempo libre: informar acerca de los períodos de reposo, prácticas recreativas y del fortalecimiento de las relaciones familiares, amistosas y condiciones para la práctica sexual. Organización ambulatoria con programa de ejercicios pasivos o activos, tratamiento de fisioterapia, entre otras.

Medicamentos y tratamiento: informar, educar y dar entrenamiento previo de tal manera que, cuando el paciente se vaya a su domicilio tanto él como su cuidador estén en condiciones de manejar correctamente los diferentes procedimientos que requiere tales como: oxígeno domiciliario, sonda vesical o de gastrostomía a permanencia, diálisis, cuidados de la herida, entre otros. Cuidados paliativos: manejo del dolor, control del temor, el miedo y la ansiedad, cuidados a la piel, entre otros.

Espiritualidad: expresión de la religiosidad, sensación del bienestar humano, la cual tanto el paciente como el cuidador principal y la familia son libres de buscar, respetando sus valores y creencias.

VII. PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN

1. Diseñar el plan de acción acorde a la estructura, infraestructura, procesos y resultados de cada unidad de salud.
2. Alinear el proyecto con las estrategias sectoriales.
3. Aplicar el formato de registros clínicos de enfermería como un instrumento técnico - administrativo que muestre evidencia de la aplicación del plan de cuidados de enfermería y garantice una atención integral.
4. Estructurar el formato de registros clínicos de enfermería acordes a la unidad, servicio, especialidad o institución de salud.
5. Cada formato de registros clínicos de enfermería deberá contar con su respectivo instructivo de uso y aplicación.
6. Capacitar al personal de enfermería en el manejo del formato de registros clínicos de enfermería.
7. Realizar pruebas piloto (máximo tres), se recomienda iniciar en un área pequeña.
8. Implementar el formato de notas y registros clínicos de enfermería.
9. Reforzar y retroalimentar continuamente el conocimiento y la metodología de registro.
10. Generar herramientas o instrumentos de apoyo que permitan al profesional de enfermería facilitar y guiar el registro diario de la evidencia de la calidad la atención prestada.
11. Evaluar con el indicador de “notas y registros clínicos de enfermería”, la implementación de los planes de cuidados y/o guías de práctica clínica de enfermería, la calidad de las notas de enfermería.
12. El plan de acción propuesto, aplica para sistemas impresos o electrónicos.

VIII. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN

1. Diseñar métodos de evaluación que incorpore todos los elementos que contiene el formato de notas y registros clínicos de enfermería.
2. Evaluar la implementación de los planes de cuidados y la calidad de los registros clínicos de enfermería a través del indicador de “notas y registros clínicos de enfermería” del sistema nacional de indicadores de calidad en salud “INDICAS”. Anexo 25.
3. Tomar en cuenta los resultados, establecer acciones de mejora continua en la calidad del registro y la aplicación del método científico en el proceso de cuidar.
4. Mejorar la estructura, el proceso y los resultados para garantizar la atención integral y seguridad del paciente, familia y comunidad.

IX. GLOSARIO DE TERMINOS

Actividades independientes: Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren la indicación médica previa. Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado.

Actividades interdependientes: Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.

Autocuidado: Es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de.

Atención Primaria a la Salud: Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados, al alcance de todo lo individuo, familia y comunidad.

Clasificación taxonómica: Conjunto de información clasificada, que tiene como objetivo principal la estandarización del lenguaje.

Corresponsabilidad Acción y efecto de corresponder con igualdad relativa o proporcional.

Comunidad: Conjunto de individuos con características socioculturales, económicas y de ambiente que determinan o influyen en la existencia de patrones de conducta, sistema de ideas y creencias, valores culturales y de organización similares, localizados en un área geográfica determinada.

Evento adverso. Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención médica.

Factores de riesgo. Elemento o condición que implica aumentar la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado.

Familia: es una institución social, permanente, compuesta por un conjunto de personas unidas por el vínculo jurídico del matrimonio o por el estado jurídico, del concubinato; por el parentesco de consanguinidad, adopción ó afinidad.

Identificación correcta del paciente: Procedimiento que permite al equipo de salud tener certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención, lo que significa que se está atendiendo a la persona correcta, en el sitio correcto y en el momento correcto.

Indicador: Es un instrumento que facilita la toma de decisiones ya que proporciona una información relevante sobre una situación y su evolución.

Persona: Individuo, Familia, Grupo, Comunidad, entendido desde un marco holístico-humanista. El individuo como ser biopsicosocial, espiritual y cultural, no es la suma de las partes sino una “*interacción del todo*”.

Registros de enfermería: Los registros de los cuidados son la representatividad del ser y hacer diario de enfermería desde el punto de vista técnico profesional. Parte esencial que se integran en los expedientes clínicos de cualquier institución hospitalaria, considerados como documento médico-legal.

X. ANEXOS

ANEXO 1. Escala de Susan Givens Bell para la valoración del dolor en neonatos.

SIGNOS CONDUCTUALES	ESCALA			SIGNOS FISIOLÓGICOS	2	1	0
	2	1	0				
1. Duerme durante la hora precedente	Ninguno	Duerme entre 5-10 minutos	Duerme más de 10 minutos	7. Frecuencia cardíaca	>20% aumento	10-20% aumento	Dentro de la normalidad
2. Expresión facial de dolor	Marcado constante	Menos marcado intermitente	Calzado, relajado	8. Presión arterial (sistólica)	>10 mm. Hg. De aumento	10 mm. Hg. de aumento	Dentro de la normalidad
3. Actividad motora espontánea	Agitación incesante	Agitación moderada o la actividad disminuida	Normal	9. Frecuencia respiratoria y cualidades	Apnea o taquipnea	Pausas de apnea	Dentro de la normalidad
4. Tono global	Hipertonicidad fuerte o hipotonicidad flácido	Hipertonicidad moderada o hipotonicidad moderada	Normal	10. SaO ₂	>10% de aumento de FiO ₂	£ al 10% de aumento de FiO ₂	Ningún aumento en FiO ₂
5. Consuelo	Ninguno después de 2 minutos	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo	Consuelo dentro de 1 minuto	Se considera arbitrariamente que un neonato con una valoración de 0-5 tiene un control de dolor adecuado.			
6. Llanto	Llanto vigoroso	Quejido	No llora ni se queja	Total de puntos obtenidos			

ANEXO 2. Escala de parámetros fisiológicos y conductuales propios de la edad CRIES, desarrollada por Krechel y Bildner para evaluar el dolor en neonatos.

PARÁMETRO	VALORACIÓN	PUNTUACIÓN
Presión arterial sistólica	Aumento <10% cifra basal	0
	Aumento 10-20% cifra basal	1
	Aumento >20% cifra basal	2
Llanto	No	0
	Consolable	1
	No consolable	2
Movimientos	Relajado, tranquilo	0
	Inquieto, intranquilo	1
	Muy agitado o rígido	2
Agitación	Dormido y/o tranquilo	0
	Furioso pero se calma	1
	Histérico, sin consuelo	2
Quejas de dolor	Dormido o contento	0
	No localiza el dolor	1
	Localiza el dolor	2
0= <i>sin dolor</i> ; 1-2 <i>leve</i> ; 3-5 <i>moderado</i> ; 6-8 <i>intenso</i> ; 7-10 <i>insoportable</i>		

ANEXO 3. Escalas conductuales para la valoración del dolor.

MEDICIONES DE TIPO BIOLÓGICO

OBSERVACIÓN	CRITERIO	PUNTOS
Frecuencia cardiaca:	+20% de lo normal	0
	>30% de lo normal	1
	>40% de lo normal	2
Presión sanguínea:	+10% de lo normal	0
	>20% de lo normal	1
Llanto:	>40% de lo normal	2
	No llora	0
	Llora pero responde a mimos	1
	Llora pero no responde a mimos	2
Movimientos:	Ninguno	0
	Inquieto	1
	Exaltado	2
Agitación:	Dormido	0
	Leve	1
	Histórico	2
Postura:	Indiferente	0
	Flexión de piernas y muslos	1
	Agarrarse sitio de dolor	2
Verbalización del dolor:	Dormido	0
	No puede localizarlo	1
	Lo puede localizar	2

ANEXO 3. Escalas conductuales para la valoración del dolor.

DOLOR EN RNTTP

CRITERIO	OBSERVACIÓN	PUNTOS
Expresión facial:	Rostro distendido. Muecas pasajeras	0
	Temblor del mentón. Ceño fruncido	1
	Muecas frecuentes, marcadas, prolongadas	2
	Contracción de músculos faciales. Rostro fijo	3
Cuerpo:	Distendido	0
	Agitación leve/larga calma	1
	Agitación frecuente/calma	2
	Agitación permanente. Hipertonía de extremidades. Rigidez de miembros. Motricidad pobre/sin movimientos	3
Sueño:	Facilidad para dormir	0
	Dificultad para dormir	1
	Despertar espontáneo/sueño agitado	2
	Imposibilidad de dormir	3
Interacción con el medio:	Sonrisa. Buena respuesta a estímulos. Ubica fuente de sonido	0
	Dificultad leve con observador/logra	1
	Contacto difícil. Grito ante estímulos leves	2
	Contacto imposible. Malestar ante estímulos	3

ANEXO 4. Escalas más comunes para la valoración del dolor en pacientes pediátricos.

MEDICIONES CONDUCTUALES

Tipo de llanto: 1® No 2® Quejidos 3® Llanto	Expresión facial: 0® Alegre (risa) 1® Preocupado 2® Puchero	Comportamiento: 1® Tranquilo, inmóvil 2® Agitado, rígido
Brazos: 1® No se toca la herida 2® Si se toca la herida	Piernas: 1® Relajado 2® Movimientos y golpes	Lenguaje: 0® No se queja 1® Se queja pero no de dolor 1® En silencio 2® Se queja de dolor

VALORACIÓN DEL LLANTO

(-)	(+)	(++)	(+++)	(++++)
Tranquilo, no llora	Llora o retiro reflejo de la zona estimulada	Llora y retiro reflejo de la zona estimulada	Continúa llorando en brazos de mamá durante la entrega de indicaciones	Igual al anterior y se retira del box llorando

ESCALA DE CARAS

					
1	2	3	4	5	6

ANEXO 5. Valoración del dolor con los signos vitales.

Frecuencia cardíaca		Frecuencia respiratoria	
Presión sistólica		Presión diastólica	
Temperatura rectal		Temperatura axilar	
SaO ₂		Sudoración palmar (-, +, ++, +++)	

ANEXO 6. Escala de valoración del dolor en menores de 3 años.

Parámetro	0	1	2
TAS basal	<20%	20-30%	>30%
Llanto	Ausente	Consolable	Inconsolable
Actividad motora	Dormido-jugando	Moderada-controlable	Intensa-incontrolable
Expresión facial	Sonrisa	Neutra	Muecas
Evaluación verbal (2-3 años)	No dolor	Incómodo-no localiza dolor	Se queja y localiza dolor
Lenguaje corporal (<2 años)	Postura normal	Hipertonía	Protege o toca zona dolorosa
1-2: <i>dolor leve</i> ; 3-5: <i>dolor moderado</i> ; 6-8: <i>dolor intenso</i> ; 9-10: <i>dolor insoportable</i>			

FUENTE: *Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo BOL PEDLATR 2009; 49: 69-77*

ANEXO 7. Escalas unidimensionales para la valoración del dolor en niños y adultos.

<p>Escala numérica: (0= Ausencia de Dolor, 10= Dolor de Máxima Intensidad) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Escala Descriptiva Verbal: elegir la categoría que más se ajuste a la intensidad actual del dolor: Ausencia de Dolor Dolor Leve Dolor Moderado Dolor Intenso</p> <p>Escala Analógica Visual (VAS): marcar con una X el lugar que corresponda a lo largo de la línea.</p>		
Ausencia de Dolor		Dolor Insoportable

La “Escala Numérica”, introducida por Downie en 1978 (79)

Escala Descriptiva Simple” (EDS) o de valoración verbal, fue descrita por Keele en 1948 (3).

La “Escala Visual Analógica” (VAS), ideada por Scott Huskinson en 1976.

ANEXO 8. Escala objetiva conductual, valora las actitudes y el comportamiento de los niños ante el dolor.

La escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) considera 5 ítems: cara, movimiento de piernas, actividad, llanto, consolabilidad.

PUNTUACIÓN			
CATEGORÍA	0	1	2
Cara	Ausencia de expresión particular o sonrisa.	Mueca o fruncimiento del entrecejo esporádicos; niño retraído o indiferente.	Temblor del mentón frecuente o constante, mandíbula contraída.
Piernas	Posición normal o relajada.	Incómodo, inquieto, tenso.	Pataleo o elevación de piernas.
Actividad	Tranquilo y en posición normal, se mueve con tranquilidad.	Se retuerce, se balancea hacia atrás delante, tenso.	Cuerpo arqueado, rigidez o movimientos espasmódicos.
Llanto	Ausencia de llanto (despierto o dormido).	Gemidos o lloriqueo con alguna mueca esporádica.	Llanto constante, gritos o sollozos, quejas frecuentes.
Posibilidad	Tranquilo, relajado.	Se tranquiliza y se distrae cuando se le toca, se le abraza o se le habla.	Difícil de consolar o tranquilizar.

ANEXO 9. Escala de EVANS (PRST) para la valoración del dolor en el paciente inconsciente.

	0	1	2
TAS	<15%	15-30%	>30%
FC	<15%	15-30%	>30%
Sudoración	No	Piel húmeda	Gotas
Lágrimas	No	Ojos húmedos	Refluyen
FC: frecuencia cardíaca; TAS: tensión arterial sistólica. Valoración (0-1 no dolor, 2-3 dolor leve, 4-5 dolor moderado, 6-8 dolor intenso); Actitud (5: aumentar analgesia; 3-5: valorar; <3: mantener analgesia)			

FUENTE: Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo BOL PEDIATR 2009; 49: 69-77

ANEXO 10. Escala de repercusiones de Glasgow, de coma o de traumatismo craneoencefálico.

ESCALA DE REPERCUSIONES DE GLASGOW

Glasgow Outcome Scale (GOS)

GRADO	DESCRIPCIÓN
1	Muerte
2	Estado vegetativo (incapaz de interactuar con el medio que le rodea)
3	Discapacidad severa (puede obedecer órdenes; incapaz de vivir independientemente)
4	Discapacidad moderada (capaz de vivir independientemente; incapaz de volver al trabajo o a la escuela)
5	Buena recuperación (capaz de volver al trabajo o a la escuela)

1975 por Jennett y Bond.

ANEXO 11. Escala de coma de Glasgow para valoración del estado de sedación en adultos.

ESCALA DE GLASGOW	
OCULAR	
Espontánea	4
Orden Verbal	3
Estímulo Doloroso	2
Ninguna	1
VERBAL	
Orientado	5
Confuso	4
Palabras Inapropiadas	3
Palabras Incomprensibles	2
Sin respuesta	1
MOTORA	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión al dolor	3
Extensión al dolor	2
Sin respuesta	1

15 a 13 leve,
12 a 9 moderado

< 9 severo compromiso
central

ANEXO 12. Escala de Ramsay – Miller para la valoración del grado de sedación.

Nivel 0	Agitado. Ansioso. Intranquilo
Nivel 1	Tranquilo, cooperador y despierto
Nivel 2	Dormido, abre los ojos con el ruido ambiental
Nivel 3	Dormido, sólo abre los ojos si se le llama
Nivel 4	Dormido, abre los ojos con estímulos físicos
Nivel 5	Dormido, no abre los ojos pero se mueve
Nivel 3	Hipnosis: inconsciente y sin respuesta
Valoración: 0 <i>no sedación</i> ; 2-3 <i>sedación consciente</i> ; 4-6 <i>sedación profunda</i> .	

FUENTE: *Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo BOL PEDIATR 2009; 49: 69-77*

ANEXO 13. Escala de Sedación RASS (Richmond Agitation Sedation Scale).

+4	Combativo. Ansioso, violento
+3	Muy agitado. Intenta retirarse los catéteres, el tubo orotraqueal, etc.
+2	Agitado. Movimientos frecuentes, lucha con el respirador
+1	Ansioso. Inquieto, pero sin conducta violenta no movimientos excesivos
0	Alerta y tranquilo
-1	Adormilado. Despierta
-2	Sedación ligera. Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 seg.
-3	Sedación moderada. Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada
-4	Sedación profunda. No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física
-5	Sedación muy profunda. No respuesta a la estimulación física

FUENTE: *Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo BOL PEDIATR 2009; 49: 69-77*

ANEXO 14. Escala de sedación agitación de Riker (SAS)

CALIFICACIÓN	TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
7	Agitación peligrosa	Jala el tubo endotraqueal, trata de arrancarse los catéteres, trata de bajarse de la cama, agrede al personal, se avienta de un lado a otro de la cama.
6	Muy agitado	Requiere de sujeción y recordatorio frecuente de las restricciones físicas, muerde el tubo endotraqueal.
5	Agitado	Ansioso o físicamente agitado, se tranquiliza al hablarle.
4	Tranquilo y cooperador	Tranquilo, se desierta fácilmente y obedece órdenes.
3	Sedado	Difícil de despertar pero responde al estímulo verbal o al moverlo suavemente, sigue órdenes sencillas pero se duerme inmediatamente.
2	Muy sedado	Se despierta con el estímulo físico pero no se comunica ni obedece órdenes, puede moverse espontáneamente.
1	No despierta	Hay respuesta mínima o nula al estímulo físico, no se comunica ni obedece órdenes.

FUENTE: Riker RR, Picard JT, Fraser GL. *Prospective evaluation of the sedation-agitation scale in adult ICU patients. Crit Care Med* 1999; 27:1325-1329

Otra de las escalas utilizadas es la BIS. El monitor BIS (*Aspect Medical System Newton. MA. USA*) es una tecnología no invasiva que permite medir de manera inmediata y continua el nivel de sedación calculando el índice biespectral del electroencefalograma (EEG) de un paciente. El *bispectral index scale* o índice biespectral (BIS) es un parámetro que surge de un análisis matemático complejo, multivariante (latencia, amplitud, bicoherencia) y del biespectro, sobre datos extraídos del EEG de individuos sanos, sometidos a anestesia general, una cifra de BIS cercana a 100 refleja un estado de vigilia, 80 sedación, 60 estado hipnótico moderado y 40 estado hipnótico profundo. Se ha estimado que los niveles de BIS para una sedación adecuada van de 60 a 80.

ANEXO 15. Escala de funcionalidad de KATZ para la valoración de actividades básicas de la vida diaria del paciente geriátrico.

		ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (KATZ)		Sí (1 Punto)	No (0 Puntos)
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FUNCIONALIDAD	1.	Baño (Esponja, regadera o tina) Sí: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño). Sí: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna). No: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	Vestido Sí: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. Sí: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos. No: que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	Uso de sanitario Sí: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo). Sí: Que reciba asistencia ir al baño en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo. No: Que no vaya la baño por sí mismo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	Transferencias Sí: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte). Sí: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. No: Que no pueda salir de la cama.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.	Continencia Sí: Control total de los esfínteres. Sí: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social. No: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.	Alimentación Sí: Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna. Sí: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla. No: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				TOTAL	_____ / 6 []
CALIFICACIÓN DE KATZ					
[A]	Independencia en todas las funciones.				
[B]	Independencia en todas las funciones menos en una.				
[C]	Independencia en todo menos en bañarse y otra función adicional.				
[D]	Independencia en todo menos en bañarse y vestirse y otra función adicional.				
[E]	Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra función adicional.				
[F]	Dependencia en el baño, vestido, uso de sanitario, transferencias y otra función adicional.				
[G]	Dependiente en las seis funciones.				
[H]	Dependencia en dos funciones pero que no se clasifican en C, D, E y F.				

ANEXO 16. Escala de funcionalidad de BARTHEL para la valoración de actividades básicas de la vida diaria del paciente geriátrico.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (BARTHEL)		Puntos
FUNCIONALIDAD	Baño/Ducha <i>Independiente.</i> Se baña completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin ayuda, ni ser supervisado. <i>Dependiente.</i> Necesita ayuda o supervisión.	5 0
	Vestido <i>Independiente.</i> Capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos sin necesitar ayuda. <i>Ayuda.</i> Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable sin ayuda. <i>Dependiente.</i> Necesita alguna ayuda para alguna de las actividades.	10 5 0
	Aseo personal <i>Independiente.</i> Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, lavarse los dientes, maquillarse y afeitarse. <i>Dependiente.</i> Necesita alguna ayuda para alguna de las actividades.	5 0
	Uso de retrete (taza de baño) <i>Independiente.</i> Usa el retrete o taza de baño. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo. <i>Ayuda.</i> Necesita ayuda para mantener el equilibrio sentado, limpiarse, ponerse o quitarse la ropa. <i>Dependiente.</i> Necesita ayuda completa para el uso del retrete o taza de baño.	10 5 0
	Uso de escaleras <i>Independiente.</i> Sube o baja escaleras sin supervisión, puede utilizar el barandal o bastón si lo necesita. <i>Ayuda.</i> Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras. <i>Dependiente.</i> Es incapaz de subir y bajar escaleras, requiere de ascensor o de ayuda completa.	10 5 0
	Traslado cama-sillón <i>Independiente.</i> No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas se traslada a la cama independientemente. <i>Mínima ayuda.</i> Incluye supervisión o pequeña ayuda para el traslado. <i>Gran ayuda.</i> Requiere de una gran ayuda para el traslado (de una persona fuerte o entrenada), es capaz de permanecer sentado sin ayuda. <i>Dependiente.</i> Requiere de dos personas o una grúa de transporte, es capaz de permanecer sentado.	15 10 5 0
	Desplazamiento <i>Independiente.</i> Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto un andador. Si utiliza prótesis puede ponérsela o quitársela solo. <i>Ayuda.</i> Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión por otra persona (física o verbal), o utiliza andador. <i>Independiente en silla de ruedas.</i> Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros sin ayuda ni supervisión. <i>Dependiente.</i> No camina sólo o no propulsa su silla solo.	15 10 5 0
	Control de orina <i>Continente.</i> No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, es capaz de atender solo su cuidado. <i>Incontinencia ocasional.</i> Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector. <i>Incontinente.</i> Episodios de incontinencia con frecuencia más de una vez en 24 horas. Incapaz de manejarse solo con sonda o colector.	10 5 0
	Control de heces <i>Continente.</i> No presenta episodios de Incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se los administra solo. <i>Incontinente ocasional.</i> Episodios ocasionales una vez por semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios. <i>Incontinente.</i> Más de un episodio por semana.	10 5 0
	Alimentación <i>Independiente.</i> Capaz de utilizar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada o servida por otra persona. <i>Ayuda.</i> Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo. <i>Dependiente.</i> Depende de otra persona para comer.	10 5 0
	TOTAL	_____/100

ANEXO 17. Escala de funcionalidad de LAWTON para la valoración de actividades básicas de la vida diaria del paciente geriátrico.

ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA (LAWTON)		Sí (1 Punto)	No (0 Puntos)
FUNCIONALIDAD	1. Capacidad para usar el teléfono Sí: Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problema. Sí: Marca sólo unos cuantos números bien conocidos. Sí: Contesta el teléfono pero no llama. No: No usa el teléfono.		
	2. Transporte Sí: Se transporta solo. Sí: Se transporta solo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos. Sí: Viaja en transporte colectivo acompañado. No: Viaja en taxi o auto acompañado. No: No sale.		
	3. Medicación Sí: Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas. No: Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado. No: Es incapaz de hacerse cargo.		
	4. Finanzas Sí: Maneja sus asuntos independientemente. No: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras. No: Es incapaz de manejar dinero.		
	5. Compras Sí: Vigila sus necesidades independientemente. No: Hace independientemente solo pequeñas compras. No: Necesita compañía para cualquier compra. No: Incapaz de cualquier compra.		
	6. Cocina Sí: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente. No: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario. No: Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada. No: Necesita que le prepare los alimentos.		
	7. Cuidado del Hogar Sí: Mantiene la casa solo o con ayuda mínima. Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente. Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia. No: No participa.		
	8. Lavandería Sí: Se ocupa de su ropa independientemente. Sí: Lava sólo pequeñas cosas. No: Todo se lo tienen que lavar.		
TOTAL		_____/8	

ANEXO 18. Escala para valorar el estado mental del paciente geriátrico.

EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO MENTAL (MIMSE)	¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año, día de la semana, estación)			_____/5	
	¿En dónde estamos? (hospital, piso, delegación, ciudad, país)			_____/5	
	¿Repita estos 3 objetos? (MESA, LLAVE, LIBRO)			_____/3	
	Reste 7 a 100 y al resultado vuélvale a restar 7 (93, 86, 79, 72, 65) Deletree la palabra M-U-N-D-O al revés			_____/5	
	¿Cuáles fueron los tres objetos mencionados anteriormente?			_____/3	
	Muestre una Pluma y un Reloj y pida que los identifique			_____/2	
	Repita la siguiente frase: “NI SI ES, NI NO ES, NI PEROS”			_____/1	
	Cumpla la siguiente orden verbal (no se podrá repetir nuevamente): “Tome esta hoja con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso”			_____/3	
	Lea la siguiente frase y realice lo que en ella dice “CIERRE LOS OJOS”			_____/1	
	Escriba una frase, Enunciado u Oración con cualquier cosa que me quiera decir			_____/1	
	Copie estos dibujos (Pentágonos cruzados)			_____/1	
TOTAL			_____/30		
MiniCOG	INSTRUCCIONES:				
	Diga al paciente las tres palabras (mesa, llave, libro), tardando mínimo un segundo en cada una de ellas. Solicite que las repita para asegurarse que las comprendió y recuerde que se las preguntará más tarde.				
	Mostrando al paciente una hoja con un círculo grande al centro, solicite lo siguiente “En este círculo dibuje un reloj con todos sus números y que las manecillas indiquen las OCHO y VEINTE”. Puede repetir una vez más la indicación si el paciente lo solicita.				
	Al terminar el reloj, solicite al paciente que repita las tres palabras que mencionó anteriormente.				
	RESULTADO:				
			Sí	No	EVOCACIÓN
	Evocación	MESA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/3
	LLAVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	LIBRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				RELOJ	
Reloj	MANECILLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/1	
	NÚMEROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ANEXO 19. Escala para valorar la depresión del paciente geriátrico.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA		
Pregunte al paciente cada una de las siguientes preguntas, especificando como se ha sentido en las últimas 2 semanas.		
	Sí	No
En general, ¿está satisfecho/a con su vida?	0	1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
¿Siente que su vida está vacía?	1	0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
¿teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Con frecuencia se siente desamparado o desprotegido?	1	0
¿Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo/a?	0	1
¿Actualmente se siente inútil?	1	0
¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0
TOTAL	<input type="text"/> /15	

ANEXO 20. Escala de valoración de riesgo de caídas.

CRITERIOS	CALIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Limitación física	2	Presenta cualquier factor riesgo señalado como limitante.
Estado mental alterado	3	Presenta factores de riesgo para estado mental alterado.
Tratamiento farmacológico	2	Requiere o inicia tratamiento con uno o más medicamentos de riesgo señalados.
Problemas de comunicación	2	Habla otro idioma o dialecto o presenta problemas que dificulten la comunicación.
Sin factores de riesgo	1	No presenta ninguno de los factores de riesgo anteriores pero está hospitalizado.

FUENTE. *Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Secretaría de Salud. Primera Edición: Enero de 2010.*

VALORACIÓN POR TURNO	CONCEPTUALIZACIÓN	ESPECIFICACIÓN
Limitación física	Impedimento, defecto o restricción que reduce las posibilidades de realizar actividad por sí mismo.	Dentro de este grupo se consideran: Pacientes menores de 6 años y mayores de 65 años; pacientes con deterioro músculo esquelético como: fracturas, artritis. Deterioro neuromuscular; traumatismo craneo encefálico, secuelas de polio, enfermedad vascular cerebral, parálisis cerebral infantil y/o sensitivos-preceptuales; lesiones de columna vertebral, enfermedad; síndrome de desuso (reposo prolongado) antecedente de caídas previas, disminución de la masa muscular (desnutrición), fuerza (estados de ayuno prolongado) y disminución de control muscular (anestesia, parálisis cerebral infantil), índice de masa corporal por arriba del 75% para la edad, (obesidad), incapacidad física que afecte la movilidad (amputación), periodo postoperatorio, uso de aparatos ortopédicos, prótesis, órtesis u otras patologías que limiten la actividad física.
Estado mental alterado	Desviación del estado del equilibrio y adaptación activa que no permite al individuo a interactuar con el medio ambiente.	Se consideran las alteraciones sensitivo preceptuales tales como: lesiones medulares, parálisis, enfermedad vascular cerebral; déficit propioceptivo por anestesia o sedación, deterioro cognitivo; déficit de memoria, desorientación confusión, agitación, crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia, depresión, riesgo suicida, disfunciones bioquímicas, depresión, hipoglucemia, hiperpotasemia, deterioro neuromuscular, traumatismo craneo encefálico, secuelas de polio o Parálisis Cerebral Infantil, enfermos en estados terminales y en estado crítico.
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	Medicamentos que por su naturaleza provocan efectos específicos o secundarios considerados de riesgo.	Efectos y/o reacciones adversas de diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, ionotrópicos, digitálicos, antiarrítmicos, antidepresivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroideos, antihistamínicos, antiácidos, broncodilatadores.
Problemas de comunicación (idioma o socioculturales)	Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la comunicación.	Diferencias culturales (dialectos), defectos anatómicos auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva (sordera), alteración del sistema nervioso central (tumores cerebrales), efectos de la medicación, barreras físicas (intubación orotraqueal) y psicológicas (psicosis).
Sin factores de riesgo	Persona que en la valoración inicial no presenta riesgo alguno; sin embargo esta propuesta a factores del entorno que pueden considerarse como riesgo adicional.	Considera los aspectos físicos y de seguridad de la unidad médica (diseño, estructura y disposición de aditamento de seguridad), barandales en cama y camilla; nivel de iluminación, timbres de llamado funcionando, bancos de altura, sillas de ruedas, tripies, dispositivos de seguridad de baños, pisos de material antiderrapante, etc.

FUENTE. *Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Primera Edición: Enero de 2010 publicado por la CPE.*

ANEXO 21. Escala de valoración del riesgo de úlceras por presión de Bárbara Braden y Nancy Bergstrom.

CRITERIOS	EVALUACIÓN			
<p>PERCEPCION SENSORIAL</p> <p>Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión</p>	<p>1. Completamente limitada</p> <p>Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos, (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.</p>	<p>2. Muy limitada</p> <p>Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.</p>	<p>3. Ligeramente limitada</p> <p>Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar al menos una de las extremidades.</p>	<p>4. Sin limitaciones</p> <p>Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.</p>
<p>EXPOSICION A LA HUMEDAD</p> <p>Nivel de exposición de la piel a la humedad</p>	<p>1. Constantemente húmeda</p> <p>La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira el paciente.</p>	<p>2. A menudo húmeda</p> <p>La piel está a menudo pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.</p>	<p>3. Ocasionalmente húmeda</p> <p>La piel está ocasionalmente húmeda requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.</p>	<p>4. Raramente húmeda</p> <p>La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.</p>
<p>ACTIVIDAD</p> <p>Nivel de actividad física.</p>	<p>1. Encamado/a</p> <p>Paciente constantemente encamado/a.</p>	<p>2. En silla</p> <p>Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y necesita ayuda para poder pasar a una silla o a una silla de ruedas.</p>	<p>3. Deambula ocasionalmente</p> <p>Deambula ocasionalmente con o sin ayuda durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.</p>	<p>4. Deambula frecuentemente</p> <p>Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.</p>
<p>MOVILIDAD</p> <p>Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.</p>	<p>1. Completamente inmóvil</p> <p>Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.</p>	<p>2. Muy limitada</p> <p>Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.</p>	<p>3. Ligeramente limitada</p> <p>Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.</p>	<p>4. Sin limitaciones</p> <p>Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</p>
<p>NUTRICION</p> <p>Patrón usual de ingesta de alimentos.</p>	<p>1. Muy pobre</p> <p>Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos. Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.</p>	<p>2. Probablemente inadecuada</p> <p>Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético. Recibe menos de la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.</p>	<p>3. Adecuada</p> <p>Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece. Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parental cubriendo la mayoría de sus necesidades.</p>	<p>4. Excelente</p> <p>Ingiere la mayor parte de la comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.</p>
<p>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES</p>	<p>1. Problema</p> <p>Requiere de moderada y de máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.</p>	<p>2. Problema potencial.</p> <p>Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.</p>	<p>3. No existe problema aparente.</p> <p>Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o la silla.</p>	
<p>ALTO RIESGO puntuación total < 12 RIESGO MEDIO puntuación total 13-14 RIESGO BAJO puntuación total 15-16 si menor de 75 años o de 15-18 si mayor o igual a 75 años</p>				

FUENTE. *Protocolo de prevención y atención a pacientes con úlceras por presión. Secretaría de Salud 2012.*

ANEXO 22. Escala modificada de Wood-Downes, para valorar la severidad del estado asmático.

Cuadro I. Escala de valoración* de la severidad del estado asmático.

PUNTOS	ESTADO DE CONCIENCIA	SATURACIÓN DE OXÍGENO	TRABAJO RESPIRATORIO	INSPIRACIÓN	ESPIRACIÓN
0	Normal	≥94% aire ambiente	No	Normal	Normal
1	Agitado	≥94% O ₂ a 6 L/pm	Intercostales	Hipoventila	Alargada
2	Disminuido	≤93% O ₂ a 6 L/pm	Esternocleidomaastoideos	Tórax silente	Sibilancias

*Modificada de Wood-Downes¹⁰

FUENTE: Revista Mexicana de Pediatría. Volumen 7. Number 2. Marzo-Abril 2003. Derechos reservados, Copyright © 2003: Sociedad Mexicana de Pediatría, AC.

ANEXO 23. Escalas de medición de resultados de enfermería NOC.

GRAVEMENTE COMPROMETIDO	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO	MODERADAMENTE COMPROMETIDO	LEVEMENTE COMPROMETIDO	NO COMPROMETIDO
Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado
Mayor de 10	7-9	4-6	1-3	ninguno
Nunca positivo	Raramente positivo	A veces positivo	Frecuentemente positivo	Siempre positivo
Muy débil	débil	moderado	intenso	Muy intenso
Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
Grave	sustancial	moderado	leve	ninguno
Escasa	Justa	Buena	Muy buena	Excelente
No del todo satisfecho	Algo satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho

ANEXO 24. Ejemplo de documentación del plan de cuidados de enfermería.



INSTITUTO DE SERVICIOS DESCENTRALIZADO DE SALUD PÚBLICA
DEL ESTADO DE CAMPECHE
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
JEFATURA ESTATAL DE ENFERMERÍA



Etapa 1: Valoración de Enfermería

Valoración Inicial de Enfermería

Fecha:	
Nombre:	
Fecha de nacimiento:	
No. Exp.:	Folio seguro popular: _____
Educación:	Género: Hombre () Mujer ()
Tipo sanguíneo:	Grupo: _____
Servicio:	No. cama: _____
Diagnóstico Médico:	
Fecha de ingreso:	Hora de ingreso: _____
Nombre del médico responsable:	Días de estancia: _____

HOJA DE REGISTROS CLÍNICOS Y PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN 24 HORAS

Clasificación del Estado de Salud			
Muy Grave	Grave	Delicado	Mejorado
TM	TV	TN	TN
TM	TV	TN	TN
TM	TV	TN	TN
TM	TV	TN	TN

Antecedentes Personales	
Alimentos	
Alergias: SI NO	Medicamentos
Intervenciones quirúrgicas previas: SI NO	¿Cuáles?
Detecciones de riesgo: SI NO	Mamas SI NO
Esquema de vacunación: Completo	Papanicolaou SI NO
	Próstata SI NO
	Se desconoce
Antecedentes Familiares	
Enfermedades crónicas degenerativas: SI NO	Hipertensión
Adicciones: SI NO	Alcoholismo
Hábitos alimenticios: SI NO	Buena
Actividad física: SI NO	Regular
	NO
	Deficiente
	Sedentarismo

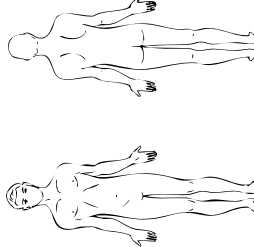
Patrones funcionales (Valoración continua)																																																																																																			
Alimentos																																																																																																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

Patrones funcionales (Valoración continua)																																																																																																			
Vestuario																																																																																																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

P.V.C.	30.2
Somatometría:	Perímetro cefálico: _____
Peso real:	Índice de Masa Corporal (IMC): _____
	Perímetro torácico: _____
	Perímetro abdominal: _____

Valoración de Úlceras por Presión (UPP)			
Riesgo de UPP	Puntos	Código	Turno:
			VI
Riesgo Alto	≤ 12	Rojo	1a. Rev.
Riesgo Moderado	≤ 13- 14	Amarillo	2a. Rev.
Bajo Riesgo	> 14	Verde	

Valoración del estado de conciencia con escala de Glasgow	
Nivel de conciencia	Puntos
Leve	15 - 13
Moderada	12 - 9
Grave	8 - 0



Valoración del riesgo de caída					
Escala	Puntos	Tarjeta	T.M.	T.V.	T.N
Alto riesgo	4 - 10	Roja			
Mediano riesgo	2 - 3	Amarilla			
Bajo riesgo	0 - 1	Verde			

ANEXO 25. Indicador de registros clínicos y notas de enfermería.

Desprenda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos

SI CALIDAD



INDICAS: SISTEMA NACIONAL DE
INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD
INDICADOR DE REGISTROS CLÍNICOS
Y NOTAS DE ENFERMERÍA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TIPO DE UNIDAD: _____ FECHA DE ELABORACIÓN: ____/____/____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ SERVICIO O ÁREA QUE SE EVALÚA: _____

ESPECIALIDADES MÉDICAS ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

FUENTE: *Registros clínicos y notas de enfermería.*

Nº de caso	Turno M, V, N, JE	Sexo a) Mujer b) Hombre	Clave de enfermería	Número de expediente	EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DOCUMENTA EN LA HOJA DE REGISTROS CLÍNICOS Y NOTAS DE ENFERMERÍA:																			
					1. Los datos de identificación de la persona.		2. La valoración de la persona.		3. La detección de riesgo a través de escalas.		4. Los diagnósticos de enfermería.		5. Los objetivos o resultados esperados en la persona.		6. El plan de intervenciones.		7. La evaluación de la evolución de la persona al plan de cuidados e intervenciones de enfermería.		8. La continuidad del plan de cuidados por día y por turno.		9. El plan de alta al egreso del paciente.		10. Las notas y registros clínicos cumplen con las recomendaciones de la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.	
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

SITUAR LA CALIDAD EN LA AGENDA PERMANENTE DEL SISTEMA NACIONAL EN SALUD Hoja ____ de ____

INSTRUCCIONES PARA EL OBSERVADOR QUE LLEVARÁ A CABO EL LEVANTAMIENTO DE LA EVALUACIÓN DEL “INDICADOR DE REGISTROS CLÍNICOS Y NOTAS DE ENFERMERÍA”

Cada pregunta será evaluada como positiva si los registros clínicos y notas de enfermería cumplen todos los aspectos a evaluar.

Estos puntos, están sugeridos en el documento “Lineamiento para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería”, emitido en agosto del 2012 a nivel nacional por la Dirección de Enfermería y la Comisión Permanente de Enfermería. Los elementos que se recomiendan, son aplicables para todo tipo de registros clínicos de enfermería impreso o por sistema electrónico, a todas las áreas y especialidades, así como en los tres niveles de atención.

CRITERIOS	INSTRUCCIONES
El profesional de enfermería documenta en la hoja de registros clínicos y notas de enfermería:	
1. Los datos de identificación de la persona.	<p>En la valoración inicial, verifique que exista como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Nombre completo de la persona,▪ Fecha de nacimiento,▪ Edad,▪ Sexo,▪ Escolaridad,▪ No. de registro de expediente clínico,▪ Número de cama,▪ Fecha de ingreso hospitalario,▪ Nombre del servicio al que ingresa,▪ Los días de estancia hospitalaria,▪ Diagnóstico médico actual,▪ Peso, talla y perímetros, así como otros datos referentes a la somatometría o los que solicite la normatividad de la unidad.

2. La valoración de la persona.	<p>Verifique que exista los siguientes datos de valoración:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cifras o gráficas de signos vitales, ▪ Antecedentes personales, ▪ Antecedentes familiares, ▪ Problemas interdependientes: signos y síntomas de las condiciones físicas, biológicas, psicológicas y emocionales de la persona.
3. La detección de riesgo a través de escalas.	<p>Verifique que exista la identificación de factores de riesgo a través de escalas de valoración aceptadas institucionalmente a nivel nacional o internacional, para evitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Riesgo de caídas, úlceras por presión, infección de acceso intravascular, estado de conciencia, de sedación, nivel de dolor, entre otras.
4. Los diagnósticos de enfermería.	<p>Verifique con base a la recomendación, del “Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería”, se haya documentado la información correspondiente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnósticos de enfermería reales, de riesgo o potenciales y de salud, los cuales, deberán corresponder a los planes de cuidados de enfermería implementados.
5. Los objetivos o resultados esperados en la persona.	<p>Verifique que con base a la recomendación del Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería, se haya documentado la información correspondiente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivos o resultados que se esperan obtener, los cuales deben ser medibles, alcanzables, evaluables y a corto, mediano o largo plazo y deberán corresponder a los planes de cuidados de enfermería implementados.

<p>6. El plan de intervenciones.</p>	<p>Verifique que se encuentren documentadas las intervenciones, actividades y cuidados de enfermería ejecutados de tipo preventivo, atención, control o rehabilitación y cuenten con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dirigidas al diagnóstico de enfermería. ▪ Dirigidas a cumplir el resultado que se espera obtener ▪ Deben ser medibles, alcanzables, evaluables y a corto, mediano o largo plazo. <p>Ejemplo de que actividades debe contener cada intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorización respiratoria: frecuencia, ritmo y profundidad, saturación de CO₂, entre otros. ▪ Oxigenoterapia: por mascarilla, puntas nasales o algún otro medio, flujo de litros por minuto, entre otros datos. ▪ Monitorización de líquidos: nombre de la solución, describiendo los componentes de la solución, cantidad, goteo, frecuencia, hora de inicio y término, entre otros datos. ▪ Manejo de la medicación: nombre, dosis, vía, horario de administración, frecuencia y número de días administrados, entre otros datos. ▪ Control de líquidos: ▪ Componentes sanguíneos: tipo, cantidad, hora de inicio y término. ▪ Total de ingresos o ingestas: vía oral, enteral, parenteral, entre otros datos. ▪ Total de egresos: vómitos, uresis, evacuaciones, drenajes, succión o drenaje de líquidos a través de sondas y sus características macroscópicas. ▪ Balance hídrico al final de cada turno y cada 24 horas. ▪ Monitorización nutricional: tipo de dieta, alimentos consumidos, entre otros datos. ▪ Evento adverso, en caso de presentarse, hora, signos, síntomas, tipo de evento: relacionado a medicamentos, tratamientos, componentes sanguíneos, alimentos, citando nombre de la autoridad del equipo de salud a la que se le notificó y el cumplimiento de los trámites administrativo establecido en la institución, entre otros datos. ▪ Toma de muestras para el laboratorio, estudios de diagnóstico, egresos corporales entre otros datos. ▪ Enseñanza, información u orientación del autocuidado a la persona y familiar. ▪ Las intervenciones de medidas de seguridad implementadas a la persona. <p>Entre otras intervenciones.</p>
<p>7. La evaluación de la evolución de la persona al plan de cuidados e intervenciones de enfermería.</p>	<p>Verifique que haya documentado la respuesta de la persona a las intervenciones y cuidados de enfermería, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nota descriptiva de las condiciones de salud física, biológica, psicológica y emocional ▪ Nota de revaloración y ajuste de las intervenciones de enfermería.

<p>8. La continuidad del plan de cuidados por día y por turno.</p>	<p>Verifique que haya documentado la continuidad de las intervenciones y cuidados de enfermería, a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar las condiciones de salud que presenta la persona enferma. ▪ Los datos registrados en el formato de notas de enfermería. ▪ La prescripción médica.
<p>9. EL plan de alta al egreso del paciente.</p>	<p>Verifique que haya la documentación de las recomendaciones de alta para la persona que egresa, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La hora, motivo de egreso o referencia del servicio o unidad. ▪ Las condiciones físicas, psicológicas y emocionales con las que egresa la persona. ▪ Las recomendaciones de medidas higiénico dietéticas, administración de medicamentos, acciones de promoción para la salud y cuidados que requiere para la continuidad del tratamiento en el hogar, entre otras. ▪ Programación de citas.
<p>10. Las notas y registros clínicos de enfermería cumplen con la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.</p>	<p>Verifique que la documentación del plan de cuidados en el formato de enfermería cumpla con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notas escritas con lenguaje técnico médico y sin abreviaturas, en caso de la utilización de éstas, deberán ser universales. ▪ Anotaciones en el espacio correspondiente al turno con letra legible preferentemente de molde, sin enmendaduras, tachaduras o corrector. ▪ Tinta indeleble del color normado por la institución o unidad para cada turno laboral. ▪ Invalidación de espacios vacíos o con error, con notas aclaratorias o de acuerdo a lo solicitado en la normativa institucional interna. ▪ Hojas de registros clínicos y notas de enfermería limpias y en buen estado. ▪ Nombre completo, primer apellido, rúbrica y clave del personal de enfermería (opcional) que elaboró las notas y los registros clínicos.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. José Luis Cobos Serrano. Impacto de la implementación de una metodología normalizada y un sistema de registro de información de cuidados de enfermería, en la calidad asistencial. Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Registro ISSN: 1989 – 5305.
2. Lucena de Cordero G. Lineamiento para la elaboración de los registros clínicos de las prácticas clínicas del programa de enfermería del Decanato de Medicina de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”. Biblioteca “Las Casas” 2008 4(3) <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0349.php>
3. CONAMED. Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM 168-SSA1-1998 del Expediente Clínico. Revista CONAMED 2011; 16(1):4-10. enero – marzo 2011. ISSN 1405-6704.
4. Gordon, M. Diagnóstico Enfermero Proceso y aplicación. 3ª Edición. Mosby/Doyma libros. México DF. 2003.
5. Revista de la Facultad de Medicina, vol. 53, No 006 (2010). Artículo: El Mensaje Epidemiológico del Hábitus Exterior del Paciente. ISSN: 0026-1742. Autor Dr. Rafael Álvarez Cordero. Página consultada el 15 julio de 2011. <http://132.247.146.33/ojs/index.php/rfm/article/view/21001>.
6. Revista de la Facultad de Medicina, vol. 53, No 006 (2010). Artículo: El Mensaje Epidemiológico del Hábitus Exterior del Paciente. ISSN: 0026-1742. Autor Dr. Rafael Álvarez Cordero. <http://132.247.146.33/ojs/index.php/rfm/article/view/21001>. Página consultada el 15 julio de 2011.
7. Lineamiento General Para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. Primera Edición, enero de 2011. ISBN 978-607-460-187-9. D.R. © Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Dirección de Enfermería. Comisión Permanente de Enfermería.
8. Velandia Mora Ana Luisa y Cols. Grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería de Colombia. El Arte y la Ciencia del Cuidado. UNIBIBLOS Universidad Nacional de Colombia. Primera edición 2002 Bogotá, Colombia. ISBN 958-701-211-9. Páginas 373. Consultadas de 207 a 216.
9. Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. Primera Edición, enero de 2011. ISBN 978-607-460-187-9. D.R. © Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Dirección de Enfermería. Comisión Permanente de Enfermería.
10. NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico publicada el 15 de octubre de 2012. Estados Unidos Mexicanos. Secretaria de Salud.
11. Nuevo Manual de la Enfermería. Guía Médica Interactiva. Editorial Océano / Centrum. Primera edición Barcelona España. ISBN: 978-84-7841-083-5. Páginas 1200.

XII. BIBLIOGRAFÍA

Andrade, Rosa. Manual del proceso de cuidado en enfermería, facultad de Enfermería de San Luis Potosí; México, 2004.

Catálogo Nacional de Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería. Primera edición: ISBN: 978-607-460-218-0. D.R. © Secretaría de Salud 2012. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Dirección de Enfermería.

Céspedes SLM, Sáenz XM. Plan de alta para personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Aquichán* 2006; 6(1): 104-116.

Instrucción del Plan de Cuidados de Enfermería.113/2008. Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. Dirección General de calidad y Educación en Salud. Recomendación de la Jornada Técnica “Plan de Cuidados de Enfermería”.

Iyer, P.W. Proceso y diagnóstico de enfermería 3ª Edición. McGRAW-HILL Interamericana Editores, S.A de C.V 1997.

José Luis Cobos Serrano. Impacto de la implementación de una metodología normalizada y un sistema de registro de información de cuidados de enfermería, en la calidad asistencial. Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Registro ISSN: 1989-5305.

Moorhead S. Johnson M, Mass M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC). Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.

Norma Oficial Mexicana NOM 045-SSA-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Estados Unidos Mexicanos. Secretaria de Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, “para la Disposición de Sangre Humana y sus componentes con fines terapéuticos”. Estados Unidos Mexicanos. Secretaria de Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo. Estados Unidos Mexicanos. Secretaria de Salud.

Protocolo de prevención y atención a pacientes con úlceras por presión. ISBN en trámite.

Protocolo de Prevención de Caídas. ISBN: 978-607-460-163-3. Primera Edición: Enero de 2010. D.R. © 2010 Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Dirección de Enfermería. Comisión Permanente de Enfermería.

COMISIÓN PERMANENTE DE ENFERMERÍA (CPE)

Lic. Enf. Julia Echeverría Martínez

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Lic. Guadalupe Guerrero Quintanilla

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Capitán de Navío SSN LE. MCE María del Rocío Sánchez Uribe

Secretaría de Marina, Armada de México (SEMAR)

Tte. Coronel Josefina Jiménez Mendoza

Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)

Lic. Rosa Garnica Fonseca

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

ELic. Enf. Juana Juárez Solís

Servicios Médicos Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Mtra. María Dolores Zarza Arizmendi

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO-UNAM)

Mtra. Ana María Cristina Reyes Reyes

Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO-IPN)

Mtra. Margarita Acevedo Peña

Facultad de Estudios Superiores Plantel IZTACALA-UNAM

Dra. María Susana González Velázquez

Facultad de Estudios Superiores Plantel ZARAGOZA-UNAM

Mtra. María Guadalupe Escobedo Acosta

Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.

Mtra. Rosalinda Román Toledano

Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del Instituto Politécnico Nacional Unidad Milpa Alta (CICS)

Mtra. Ma. Antonieta Cavazos Siller

Universidad Panamericana

Dra. Silvia Espinoza Ortega

Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C (FEMAFEE)

Lic. Severino Rubio Domínguez

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C. (COMLE)

Enf. Ma. de la Luz Reyes García

Confederación Nacional de Enfermeras Mexicanas, A.C. (CONEMAC)

L.E. Martha Olivia Soto Arreola

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

Mtra. Gudelia Bautista Cruz

Centro Médico ABC

Lic. Guadalupe Ibarra Castañeda

Grupo Ángeles, Servicios de Salud

Dra. Juana Loyola Padilla

Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal (SAP)

Mtra. Edith Espinosa Dorantes

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Mtra. Silvia Rosa Ma. Carbajal Terrón

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Dra. María Magdalena Alonso

Consejo Mexicano para la Acreditación y Certificación de Enfermería, A.C. (COMACE)

Dra. Araceli Monroy Rojas

Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, A.C. (COMCE)

Mtra. María Isabel Negrete Redondo

Asociación Mexicana de Bioética en Enfermería, A.C.

Mtra. Bertha Delgado Choreño

Federación Mexicana de Colegios de Enfermería, A.C. (FEMCE)

Mtra. Virginia Orozco Olvera

Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP)

Mtra. Ma. Guadalupe Martínez Martínez

Secretaría de Educación Pública de Nuevo León

Lic. Graciela Servin Ruíz Presidenta

Asociación Mexicana de Enfermería en Infectología A.C. (AMEIAC)

Dra. María Alberta García Jiménez

Academia Nacional de Enfermería, A.C.

Mtra. Elsy Elizabeth de Jesús Verde Flota

Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-XOCHIMILCO)

Mtra. Eva Reyes Gómez

Colegio Nacional de Enfermeras, A.C.

MRN Rocío Valdéz Labastida

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE)

Lic. Héctor Olivera Carrasco

Dirección General de Coordinación de Hospitales de Alta Especialidad CCINSHAE

Enf. Matilde Morales Olivares

Dirección General de Coordinación de Hospitales de Referencia

Mtra. Laura Licea Jiménez

Integrante Independiente

Mtra. Marina Bello Pérez

Integrante Independiente

