

ESCUELA DE ENFERMERÍA "MARÍA ELENA MAZA BRITO" DEL
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN";
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM CLAVE 3049-12

Evaluación del formato de registros de enfermería conforme a
la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
ROSA AYDEE AYALA SALINAS
NUMERO DE CUENTA
410505793

ASESORA DE TESIS: MSP. SANDRA VALDEZ BRAVO

DIRECTORA TÉCNICA: ME. ARACELI JIMÉNEZ MÉNDEZ

MÉXICO D.F, A 27 DE JUNIO DE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Agradecimientos.....	I
1. Planteamiento del problema.....	1
2. Justificación.....	3
3. Objetivos.....	8
4. Hipótesis.....	9
5. Marco teórico	
5.1. La comunicación.....	10
5.2. Comunicación escrita en el ambiente hospitalario.....	11
5.3. Historia del cuidado.....	11
5.4. Los registros de enfermería.....	14
6. Metodología.....	17
7. Resultados.....	18
Cuadros	
Cuadro 1 El proceso de la comunicación.....	10
Tablas	
Tabla 1 Generalidades de la NOM-004-SSA3-2012.....	18
Tabla 2 Conceptualización de contenidos de la NOM-004-SSA3-2012.....	19
Tabla 3 Características de la hoja de enfermería de Hospitalización de tercer nivel de atención.....	22
Tabla 4 Hoja de Enfermería de tercer nivel de atención versus la NOM-004-SSA3-2012.....	23
8. Discusión	25
9. Conclusiones.....	28
10. Referencias Bibliográficas.....	31

Agradecimientos

A **mis maestros**, sembradores de profesionales, que coadyuvaron con sus enseñanzas, experiencias y consejos a mi crecimiento profesional, gracias por compartir su conocimiento.

Un agradecimiento singular se lo debo a mí formador de Servicio Social, el **Maestro Silvino Arroyo Lucas**, porque con sus enseñanzas, experiencia, con su humanismo característico y paciencia, logro formarme como Líder en Enfermería.

A las **Maestras Lizeth López López y Patricia Domínguez Sánchez** porque me hicieron sentirme parte de un equipo y me orientaron en todo momento cuando surgía alguna duda o inquietud en este trabajo.

A la **Maestra Araceli Jiménez Méndez**, quien me dio su apoyo y facilidades desinteresadas, para lograr la consumación de este trabajo, gracias por la paciencia y enseñanzas.

Dedicatoria

Este trabajo tiene una dedicatoria especial a esas dos personitas, que me dieron bases solidad y de valores para formarme como profesional, **mi mamá Paty Salinas** y **abuelita Juana López** las personas que hicieron todo para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que ya no podía más, por enseñarme a vencer obstáculos, por preocuparse por que tuviera lo necesario para salir adelante, por desvelarse conmigo; a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

También una dedicatoria a **Jose A. Xicotencatl**, por enseñarme la valentía de salir adelante, por enseñarme a valorar la vida y recordarme lo valiosa que soy.

A mis **amig@s**, que me vieron dejara muchas horas de sueño y de fiesta, pero que a pesar de todo estuvieron acompañándome y alentándome a terminar.

GRACIAS A DIOS, que me dio la fuerza cuando ya no podía más, la sabiduría y la humildad para hacer este trabajo y que continúa llenándome de bendiciones.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la diversidad de los procesos de comunicación, podemos encontrar el lenguaje oral, escrito, pictográfico, e inclusive el silencio nos demuestra una forma de expresión que permite entablar un acercamiento, distanciamiento, es decir, es una forma de expresión que nos deja compartir un sentir.

Específicamente en la comunicación escrita, desde el transcurrir de la historia se puede considerar un acto de compartir, para ello se requirió de la construcción de un lenguaje como medio para desarrollar el pensamiento. En este sentido, se desarrolló el proceso de codificación, que permitió una comunicación con mayor precisión entre diálogos de lecto-escritura.

En este binomio lecto-escritura, quizá este el punto nodal, que no permite mayor desarrollo de la escritura en enfermería, ya que se hace difícil aplicar como raíz aprendida, al considerar el desarrollo histórico por el que se construyó la profesión, en donde, en términos generales lo que ha trascendido es el cuidado en la acción en la técnica.

Así, en la comunicación efectiva entre profesionales de salud de una institución hospitalaria en donde participa la enfermera, para que exista información del cumplimiento, planificación, y control de todas y cada una de las actividades realizadas¹; por no encontrarse todos los protagonistas en un momento determinado, debiera hacerse mediante la comunicación escrita, esto desde un documento oficial, que en términos de instituciones de salud que brindan atención al paciente, se traduce en la Historia Clínica, y dentro de ella, los registros de enfermería.^{2,3,4,5}

Así, el registro de enfermería* debiera ser “la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana y ética de la atención y la responsabilidad del profesional de enfermería hacia el paciente”⁶, teniendo entre otras utilidades los valores científico, docente, investigativo, administrativo y legales.

Sin embargo, la prestación de cuidados de enfermería ha evolucionado, desde épocas en donde se realizaba “sobre la marcha” conforme iban surgiendo las necesidades; siempre con cierta programación de actividades que sin embargo atendía casi únicamente al seguimiento de horarios establecidos, en este sentido los registros de las actividades de enfermería han sido mínimos o inexistentes.⁷En la actualidad constituye un desafío encontrar un buen registro que se ajuste a las concepciones más actualizadas de la práctica y que responda a esos valores.⁸

En este sentido, aunado a las necesidades institucionales y nacionales, como tendencia actual de la globalización, se hace cada vez más necesario garantizar y optimizar los servicios prestados, al respecto en países Americanos y Europeos, hoy en día, es “...reconocido como una herramienta fundamental y como hilo conductor de la práctica de enfermería.”¹

En México, existe evidencia que los registros del cuidado de enfermería no se realizan correctamente, al respecto la CONAMED, ha identificado las siguientes características: “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.”¹

Otros estudios en México, hablan en cuanto a las dificultades más frecuentes para realizar las observaciones de enfermería se mencionan; gravedad del paciente,

* Para este trabajo registro de enfermería se retoma desde el significado exclusivamente de la hoja en donde el personal de enfermería registra valoración, cuidados y tratamiento al paciente hospitalizado en las instituciones de salud, en los tres turnos de atención y que se diferencia de registros de cuidados de especialidad de las diferentes clínicas o cuidados pre o pos intervenciones.

aspectos relacionados con la atención sociodemográfica, espiritual y psicoemocional; aunado a estos problemas se agrega el desconocimiento de lineamientos que deberán contener los registros, “pues un 80.6% del personal no conoce las normas elaboradas para los registros de enfermería y un porcentaje mínimo cuenta con conocimiento insuficiente para la utilización de las abreviaturas”.⁵

Así, de manera general, los estudios se han realizado sobre el análisis de los registros en el llenado de la hoja de enfermería^{5,3} y las limitaciones para el llenado, en donde se destaca entre otros aspectos, la carga de trabajo asistencial, falta de aplicabilidad, dificultades con la metodología y desconocimiento del lenguaje adecuado.

En este sentido, la ausencia o deficiencia en los registros de los cuidados que se brindan a un paciente, puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si el profesional de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones como también de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.

En el cumplimiento del marco normativo, a menudo, los establecimientos de atención médica tienen la oportunidad de diseñar nuevos procesos o herramientas técnicas-administrativas, los cuales se sustentan en leyes, reglamentaciones y normas oficiales, según corresponda, así como en guías y lineamientos de práctica clínica, estándares nacionales, programas, entre otros, lo que les permita mantener una cultura de calidad y seguridad en el paciente.

Desde la revisión del estado del arte, existe escasa evidencia de trabajos que vinculen el cumplimiento de las recomendaciones ético-legales con la construcción de los propios formatos de registros de enfermería, siendo esto necesario cumplir en un primer paso.

Así, analizar la estructura de los contenidos de la hoja de registros de enfermería, desde la impresa a la electrónica y su vinculación con las recomendaciones ético-legales, permite identificar la responsabilidad de quienes dirigen la labor asistencial, ellos, conscientes de la importancia, relevancia y repercusiones a nivel profesional y legal, debiendo asumir las limitaciones y fortalezas en el trabajo diario.

La presente investigación pretende revisar la estructura que la hoja debe tener, si eso no es correcto; coadyuvando así a garantizar la calidad y seguridad en la atención del paciente desde la documentación de enfermería en el expediente electrónico; paralelamente como una acción más, que fortalece el desarrollo y legitimación de la disciplina, ante el equipo de salud.

Es por eso que la presente investigación se centra en la siguiente pregunta de investigación.

¿La hoja de enfermería de hospitalización de una institución de tercer nivel de atención cumple con la Norma 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico?

2. JUSTIFICACIÓN

Las tendencias del mundo actual y la globalización en el campo de salud suponen nuevos desafíos para el profesional de enfermería en el logro de la calidad del cuidado, lo cual implica entre otras cosas el desarrollo de instrumentos que la evalúen de forma sistemática, con la finalidad de garantizar y optimizar los servicios prestados. Una de estos instrumentos son los registros clínicos de enfermería.

La comunicación y el intercambio de información entre los profesionales de la salud son fundamentales para un proceso de atención sin complicaciones. La información esencial puede comunicarse por medios verbales, escritos y/o electrónicos. Cada establecimiento decide qué información debe ser comunicada, a través de qué medios y con qué frecuencia. La información comunicada de un profesional a otro debe incluir entre otros aspectos:

- “El estado de salud del paciente;
- Un resumen de la atención proporcionada; y
- La respuesta del paciente a la atención”.⁹

Por ello es necesario tener una herramienta que facilite y optimice la recogida correcta de los datos en este caso una herramienta propia de la enfermera, es la denominada Hoja de Enfermería.

Así, en México siguiendo un marco legal, existen aspectos mínimos necesarios que se deben cumplir, en lo que emana de la NOM-004-SSA3-2012, desde considera que la Historia Clínica es un documento legal, esta debe ser ordenada, escrita con letra legible y seguir un orden establecido, de todos los cuidados y atenciones dadas por todo el equipo multidisciplinario, al respecto, en el apartado 9 y D13 se enumeran una lista de recomendaciones que la hoja de enfermería debe contener.¹⁰

Al seguir los lineamientos del registro de enfermería, se contribuye en dar respuesta a un marco legal y un cuidado profesional, orientado a garantizar la calidad y seguridad del cuidado de la enfermera. Ello, y al incorporar un lenguaje específico de enfermería en forma explícita de la atención al paciente, facilita un proceso de comunicación efectivo entre todos los miembros del equipo de salud y garantiza la reducción de riesgos factibles en la documentación de atención al paciente.

Las hojas de enfermería no tiene necesariamente un formato particular o específico, cómo los registros gráficos o las indicaciones médicas; tácitamente todos los centros hospitalarios tienen instrumentos que guían la recogida de datos, no obstante, recoger y registrar información no es lo mismo que cumplir con lo que garantiza un marco legal y cumplimiento de un cuidado profesional, por ello, es importante contar con una hoja de enfermería, que más que ser un instrumento o una herramienta de recolección de información, se apegue a las NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, establecidos y que permitan al profesional de enfermería, construir un modelo de recolección de información sustentado en el Proceso de Atención de Enfermería, como metodología de la disciplina.

Así, en el marco legal y de desarrollo de la profesión, que muestra las intervenciones y deja entrever el pensamiento crítico, se encuentra en la hoja de enfermería, siendo este uno de los elementos más importantes, para valorar la calidad de los cuidados.¹¹

En este, sentido favoreciendo el desarrollo de un pensamiento crítico y el juicio clínico, se tiene la necesidad de no solo registrar intervenciones propias de enfermería, sino, como profesión que busca el éxito en la multi y transdisciplinaria, también se registren medias terapéuticas de todo el equipo multidisciplinario, es por eso que el objetivo de la presente investigación se centra en evaluar, desde un marco jurídico, ético y legal, si la hoja de enfermería de una institución de tercer nivel de atención, se adapta y cumplen las normas, estándares y recomendaciones establecidas en el, con el propósito continuar

construyendo un desarrollo profesional que facilite la aplicación de modelos, métodos y teorías de enfermería unificados.

3. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de la hoja de enfermería de hospitalización en una institución de tercer nivel de atención en México con los apartados que solicita la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico conforme a el contenido que deben llevar las hojas de enfermería.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar las principales características de la hoja de enfermería de hospitalización de una institución de tercer nivel de atención.
- Identificar las características mínimas necesarias que establece la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, respecto a los contenidos que deben tener los registros de enfermería.
- Identificar la relación entre los requisitos mínimos necesarios que establece la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, con las características de la hoja de enfermería que tiene la institución de tercer nivel de atención.

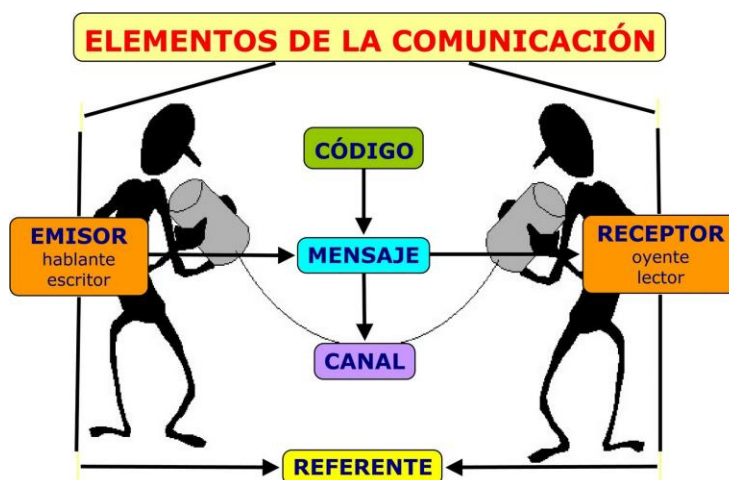
4. HIPÓTESIS

- H1 La hoja de enfermería de la institución en estudio, no está estructurada siguiendo los contenidos que marca NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.
- H0 La hoja de enfermería de la institución de tercer nivel de atención, está estructurada siguiendo los contenidos que marca NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 LA COMUNICACIÓN

El ser humano es un ser social, “la comunicación es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información. En la comunicación intervienen diversos elementos que pueden facilitar o dificultar el proceso”¹², con regularidad como se muestra en el Cuadro1 entre ellos se destacan: el emisor, código, mensaje, canal, referente y receptor.



Cuadro 1. El proceso de la comunicación

Este proceso de comunicación de acuerdo al cuadro anterior, se expone que el emisor puede ser un hablante o un escritor, en este sentido de acuerdo a los intereses de este trabajo se retomara la comunicación escrita y para fines de enfermería se considerara como la representación gráfica de un sistema de signos retomando su importancia por su forma de expresión completa, gracias a su permanencia en el tiempo y el espacio.

5.2 COMUNICACIÓN ESCRITA EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO

Dentro de las unidades médicas, donde interactúan un número muy importante de trabajadores de la salud, pacientes, familiares o visitantes. La mayoría interactúa en forma autónoma, con sus propias directrices, en razón a la función que desempeñan o los propósitos. En este sentido, los pacientes son atendidos por diferentes profesionales en diferentes áreas, desde la educación, atención y promoción a la salud.

En estos procesos de relaciones personales, el paciente es el sujeto con menor participación por diferentes situaciones, que pueden ser entre otros aspectos, por su propia condición de salud, la intimidación del espacio o en los casos como México por la diversidad cultural y limitaciones del lenguaje del profesional de salud.

Inmerso en el entramado de relaciones en la comunicación y sus interpretaciones, en las instituciones de salud, la comunicación escrita se hace necesaria por ser un canal de comunicación entre profesionales de la salud, que constituye una herramienta básica que debe ser de fácil acceso, legible y permite la continuidad de los procesos.

5.3 HISTORIA DEL CUIDADO

Dentro de las instituciones de salud, el profesional de enfermería tiene un papel primordial en el proceso de comunicación, ello, porque entre otros aspectos es quien está en la atención directa a los pacientes, permitiendo desde la observaciones y los cuidados físico corporales contar con información de primera fuente del proceso salud-enfermedad así como la atención del paciente.

Esto, tiene implicaciones en los procesos de calidad y la continuidad de las intervenciones, ello lo podemos identificar históricamente, desde el comienzo de la vida, donde los seres vivos, han tenido siempre la necesidad de cuidados, con los objetivos de permitir la continuidad de la vida. "Cuidar es por tanto, mantener la

vida asegurando la satisfacción de un conjunto necesidades indispensables... que son diversas en sus manifestaciones”.¹³

En el transitar del tiempo, han existido fuentes como el empirismo, donde no existía la necesidad de una comunicación, debido a que la atención se hacía en el entorno familiar, “los cuidados corría a cargo de personas elegidas, hechiceros, brujos, curanderos y más adelante, matronas”.¹³

En épocas más recientes, con el surgimiento del Cristianismo, se comenzó a institucionalizar la asistencia a los enfermos, en donde se creó el “... hospital con salas de hombres a cargo de hombres y salas de mujeres a cargo de mujeres”.¹⁴ La atención tenía un carácter humanitario y caritativo con prácticas de rituales místicos y religiosos, los conocimientos se transmitían por escrito y se inicia la formación.

En los hospitales civiles comienza ya una “cierta” profesionalidad porque la atención corre a cargo de mujeres con salario y horario pero esta no era su única dedicación (eran consideradas mujeres de mala vida). Esto desemboca en la pérdida del sentimiento religioso, lo que conlleva a un deterioro en el trato de los pacientes, siendo esta una época de clara regresión en cuanto a los cuidados de salud.¹⁵

Así, es hasta la llegada de Florence Nightingale (S. XIX) cuando se define claramente la enfermería. Ella insistió en que la formación de las enfermeras era fundamental para dar una buena atención al paciente e impulsó la creación de las primeras escuelas en Inglaterra. A partir de ese momento surgiría poco a poco el desarrollo de los estudios de enfermería en Europa en donde los registros fueron parte fundamental del proceso de profesionalización, evolucionando hasta llegar a nuestros días.¹⁶

Es, así, como la comprensión de la profesión a partir de sus ideas, han dado base a los conceptos teóricos de enfermería, permitiendo conocer y reinterpretar nuestros orígenes, observando y reflexionando sobre lo ya construido para iniciar los procesos de transformación. Podemos leer históricamente, que pese a la resistencia médica y militar, impulsa la necesidad de documentar acerca del paciente, organizar, sistematizar, registrar y evaluar estadísticamente el impacto del cuidado en los soldados enfermos durante la guerra.¹⁶

En este transitar podemos ver que los cambios de manera práctica en la gestión del cuidado, se producen de manera acelerada en el siglo XX gracias a los avances de la tecnología y la ciencia que ha ido evolucionando y de manera teórica posterior a la segunda mitad del siglo XX con la construcción de teorías y modelos, buscando posicionarse como profesión entre otros aspectos desde la sociología, a través de:

- “Lenguaje técnico unificado (NANDA,NIC,NOC)
- Autorregulación profesional.
- Credencialización.
- Autonomía”.¹⁷

Así, en los hospitales a partir de la homologación de las historias clínicas con registros específicos de enfermería, se empieza a considerar documentalmente la labor de la enfermera.

Es necesario entender la historia, para reencontrar y explicar, la finalidad de los cuidados que ofrece la enfermería a lo largo de su evolución, de las prácticas vividas y transmitidas, denominados hoy cuidados de enfermería.¹⁸

5.4 LOS REGISTOS DE ENFERMERÍA

En el paso del tiempo los registros de enfermería han aportan al proceso de profesionalización, en el aspecto de visualizar más allá de los aspectos legales, esta investigación nos puede mostrar una mirada de algunos puntos antes mencionados, haciendo énfasis en el lenguaje técnico, de donde surgen las diversas herramientas que como profesionales de enfermería hemos intentado homologar.

Contar con una hoja de registro de enfermería puede reflejar nuestro trabajo; hoja que se ha visto sometida a multitud de cambios buscando siempre aquella que reflejara las diferentes actividades de enfermería y fuera a la vez fácil de utilizar y que permita identificar la continuidad del cuidado proporcionado por el profesional de enfermería mediante los registros de las notas de enfermería que realiza en los diferentes servicios y momentos de la jornada laboral.

La hoja de atención de enfermería, es uno de los resultado a las necesidades manifestadas por el personal de enfermería en el área asistencial, administrativa y docente, tiene como finalidad integrar en un solo documento el mayor número de datos del paciente para realizar una valoración completa y de esta manera establecer medidas terapéuticas y cuidados específicos para el paciente de forma rápida y eficaz; por otra parte también permite disminuir el tiempo que la enfermera dedica a las actividades administrativas y este tiempo le dedica a la atención.¹⁹

Por lo tanto, la hoja de enfermería es un reflejo de la atención planeada y/o administrada a los pacientes, constituye una herramienta metodológica, para la recolección de datos relevantes del paciente, que influye en la continuidad de la atención.

“Se entiende por registro clínico, a testimonios documentales sobre actos y conductas profesionales, donde queda recopilada toda la información sobre la actividad de enfermería dirigida al paciente, así como su tratamiento y su evolución”.²⁰

Cabe mencionar que después de los cuidados directos al paciente, los registros de enfermería constituyen una de las funciones más importantes de la enfermera, estos son una fuente de información entre el equipo multidisciplinario; que permite la evaluación del desempeño del personal de enfermería; desempeña el papel legal y permite la realización de docencia e investigación.

"...Es un documento específico que hace parte de la historia clínica en el cual debe describirse cronológicamente la situación, evolución del estado de salud en intervenciones de promoción de la vida prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que los profesionales de enfermería brindan a la persona, familia y comunidad".²¹

Dentro de los cambios que se han ido produciendo en la profesión de enfermería, el registro de las actividades realizadas se revela como imprescindible para administrar unos cuidados de calidad, sin olvidar el punto de vista legal y el desarrollo de la formación y la investigación en enfermería.

Esta herramienta técnico administrativa, se suma a los aspectos legales, en donde se debe cumplir con el criterio de la NOM-004-SSA3-2012, así como generar en el profesional de enfermería, la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, un pensamiento crítico, autónomo y favorecer la toma de decisiones inherentes a la atención que se le brinda a un paciente.

En cuanto a la NOM-004-SSA3-2012, la cual representa el instrumento para la regulación de los registros de enfermería y orienta el desarrollo de una cultura de calidad, contiene en su apartado 9, y D13, las siguientes especificaciones que la hoja de enfermería debe cumplir:

“Habitús exterior; Gráfica de signos vitales; Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita; Procedimientos realizados; Valoración del dolor (localización y escala); nivel de riesgo de caídas; observaciones; nombre completo y firma de quien elabora.”¹⁰

El desarrollo de registros de enfermería se centra en su uso para el almacenamiento e intercambio de información; los beneficios esperados de un registro consistente y dirigido de información acerca de la atención al paciente son claros e incluyen la seguridad del paciente y la continuidad de los cuidados.

Como profesionales de enfermería, los registros clínicos son de vital importancia sin embargo la herramienta metodológica que guía nuestro quehacer profesional debe ser una herramienta capaz de permitir al profesional de enfermería desarrollar un pensamiento crítico.

6. METODOLOGIA.

Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y transversal, según la clasificación de Danhke (1989).²²

Es descriptivo, porque detallará las características de la hoja de enfermería de una institución de tercer nivel de atención en México, así, como de los requisitos de la Nom-004-SSA3-2012, en relación a la hoja de enfermería.

Fundamentalmente esta investigación nos permitió organizar, resumir y presentar de forma detallada las características de la Nom-004-SSA3-2012, así como puntualizar los conceptos no precisos.

Es de tipo exploratorio, este tipo de estudios requiere de dos momentos específicos, por un lado el estudio de la documentación y por otro el contacto directo con la problemática²³, durante esta investigación se realizó una exhaustiva revisión de documentos que nos permitieran tener referencias detalladas y específicas, así como información bibliográfica de revisión de estudios de el mismo tipo o con características similares, lo que nos permitió la aclaración de conceptos.

Es de tipo transversal, porque se realiza en un sólo momento y en un periodo determinado.

En un primer momento se detalló las características que la Nom-004-SSA3-2012, específicamente en su apartado 9 y D13 los cuales hablan de la hoja de enfermería, posteriormente se conceptualizaron contenidos que no se encontraban definidos; mismos que se delimitaron en base a la experiencia en la práctica clínica y la experiencia de diferentes autores.

Se eligió la hoja con mayor frecuencias utilizada en la Institución de tercer nivel de atención, eligiendo la hoja de enfermería de hospitalización, para ser estudiada.

Una vez conceptualizadas las variables a evaluar, se construyó un instrumento que permitió determinar el nivel de cumplimiento de la estructura de la hoja de enfermería respecto a los requisitos que solicita la norma 004-SSA3-2012.

7. RESULTADOS

En la tabla 1. Generalidades de la Nom-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

Se observan dos apartados dentro de la Norma, el 9.1 y D13 que emiten lineamientos de lo que debe contener la hoja de enfermería que se integra en el expediente clínico de los pacientes que se encuentran en una institución de salud. En ambos apartados coinciden en el Habitus exterior, grafica de signos, procedimientos realizados, observaciones y nombre completo y firma. En el apartado de ministración de medicamentos, existen diferencias de los contenidos solicitados entre los dos apartados. De la misma manera existen complementos en el apartado D13 que no se encuentran en el apartado 9.1, que son: identificación del paciente, valoración del dolor y valoración del riesgo de caída (localización y escala).

NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
<ul style="list-style-type: none"> • 9.1 Hoja de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • D13 Hoja de enfermería
Habitus exterior	Identificación del paciente
Gráfica de signos vitales	Habitus exterior
Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita	Grafica de signos vitales
Procedimientos realizados	Ministración de medicamentos (fecha, hora, vía , dosis, nombre de quien aplica el medicamento)
Observaciones	Procedimiento realizados
Nombre completo y firma	Valoración del dolor (localización y escala)
	Nivel de riesgo de caídas
	Observaciones
	Nombre completo y firma de quien elabora.

En la tabla 2. Conceptualización de contenidos de la NOM-044-SSA3-2010 del Expediente Clínico

Se muestra la conceptualización de las características de la Norma de ambos apartados, construyendo conceptos aproximados a las características profesionales desde la experiencia de los autores.

Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico	
Identificación del paciente	El propósito es, identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona. “Exigen al menos el uso dos datos (identificadores) para identificar un paciente, como por ejemplo el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, entre otros”. ⁹
Habitus exterior	Representa el conjunto de características biológicas, psicológicas y sociales que dan lugar a la apariencia del paciente, que 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. ²⁴ Para el estudio del Habitus exterior se consideran 10 puntos principales: “Condición del paciente, sexo del paciente, edad, edad aparente, constitución, conformación, actitud facies, movimientos anormales, marchas anormales, estado de conciencia” ²³ .
Grafica de signos vitales	“Grafica de Signos Vitales: la temperatura, el pulso y la respiración se registran de manera grafica en la hoja de enfermería o en una hoja especial.” ²⁵ Los signos vitales constituyen una herramienta valiosa como indicadores del estado funcional del paciente. Reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). “Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados. Los cuatros principales signos vitales son” ²⁶ : 1. Frecuencia cardiaca, que se mide por el pulso normalmente radial, en latidos/minuto (frecuencia, volumen y ritmo). 2. Frecuencia respiratoria. (Frecuencia, profundidad y ritmo). 3. Tensión (presión) arterial. 4. Temperatura
Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita	Ministración :“Dar, suministrar a alguien algo” ³⁴ “Son las maniobras que se efectúan para administrar un medicamento por alguna de las vías de aplicación con un objetivo determinado” ²⁵ El método de la administración se define como el modo en el que el medicamento influye sobre su acción en el cuerpo. La manera en que un medicamento se administra, depende de su naturaleza química y la cantidad del fármaco, así como la velocidad del efecto y el estado general del paciente.

	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre del medicamento en genérico • Registro de la forma de la presentación del medicamento. • Registro de la concentración • Dosis, fecha, la vía, frecuencia y hora de aplicación. • Respuesta del paciente • Firma y nombre de la enfermera que lo aplico.²⁵
Procedimientos realizados	<p>Un procedimiento es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es el método de ejecutar alguna acción, actividad o técnica. • Es la sucesión en serie de los pasos a seguir para ejecutar una actividad. • Acto u operaciones con que se hace una actividad²⁷. <p>En administración, procedimiento es una guía de acción que detalla la forma exacta bajo la cual, ciertas actividades deben cumplirse. Es, en resumen, la secuencia cronológica de actuaciones requeridas para alcanzar lo planificado.</p> <p>“PROCEDIMIENTOS GENERALES: Son aquellos cuyo ámbito de aplicación se extiende a todas las unidades de Enfermería de la institución. Ejemplo: Sondaje vesical; administración de medicación par vía subcutánea.</p> <p>PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS: Son aquellos cuyo ámbito de aplicación está restringido a un área o especialidad concreta. Ejemplo: Inicio de la hemodiálisis”.²⁷</p>
Escala del dolor	<p>La Asociación Internacional del Dolor ha definido a esta entidad como una “experiencia sensorial subjetiva y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial (IASP, 2011). El dolor es una experiencia subjetiva que varía de una persona a otra y tiene diferentes dimensiones: sensorial, emocional, cognitiva, psicológica y de comportamiento o conductual”.²⁸</p> <p>Con el fin que la valoración del dolor sea lo más individualizada y correcta posible se han ido creando y validando una serie de escalas. Estas escalas se suelen sistematizar según sean :</p> <p>ESCALAS SUBJETIVAS DEL DOLOR(La escala de valoración verbal EVV), Escala verbal simple, Escala de categoría numérica (ECN),Escala visual analógica (EVA)</p> <p>ESCALAS OBJETIVAS DEL DOLOR (Son las escalas de dolor en las que el propio observador infiere un valor a la intensidad del dolor que sufre el paciente.)²⁹</p>
Nivel del riesgo de caída	<p>Se considera oportuno realizar una valoración de todos los pacientes, al ingreso, en el hospital. “Los datos para la valoración del riesgo se extraen de la Hoja de Valoración al Ingreso”.³⁰</p> <p>Con la intención de reducir aquellos factores presentes en las caídas, valorarlas adecuadamente y poder determinar sus causas, para corregirlas, se ha adoptado para documentarlas diferentes escalas.</p>
Observaciones	<p>Medidas de enfermería no prescritas por el médico pero que la enfermera realizó para satisfacer necesidades específicas del paciente.</p> <p>Henderson (1982) refiere que hacer informes y registrar las</p>

	<p>observaciones, son procesos casi inseparables en el mundo médico, se hacen por medio de anotaciones en el expediente del enfermo, registra observaciones que evidencian el estado de salud del paciente.³¹</p> <p>Las observaciones de enfermería deben brindar datos objetivos y exactos. La enfermera describe los signos y la conducta observada sin hacer conclusiones o interpretaciones. La labor durante esta fase, es solo observar, recolectar y registrar, además de ser objetiva.³²</p>
<p>Nombre completo y firma</p>	<p>“La firma o rúbrica, es una escritura gráfica o grafo manuscrito que representa el nombre y apellido, o título, que una persona escribe de su propia mano y tiene fines identificatorios, jurídicos, representativos y diplomáticos”³⁵. Su fin es identificar, asegurar o autenticar la identidad de un autor o remitente, o como una prueba del consentimiento y/o de verificación de la integridad y aprobación de la información contenida en un documento o similar y tiene carácter legal.³³</p> <p>“El nombre es la designación o denominación verbal (las denominaciones no verbales las estudian la iconología y la iconografía) que se le da a una persona, animal, cosa, o concepto tangible o intangible, concreto o abstracto, para distinguirlo de otros”.³⁴</p>

En la tabla 3. Características de la hoja de hospitalización de una institución de tercer nivel.

Se muestran las características principales de la hoja de enfermería.

Nombre	Frecuencia respiratoria
Registro	Gluco-cetonurias
Cama	Sangre oculta en heces
Fecha	Ingresos (vía oral/enteral)
Fecha de ingreso	Balance parcial de ingreso
Sector	Egresos
Diagnóstico del paciente	Balance parcial de egresos
Soluciones	Balance total (egresos, ingresos, ingreso-ingresos acumulados).
Dextrostix	Administración de medicamentos (nombre, horario, dosis y vía)
Estado de salud	Estudios, valoraciones y procedimientos.
Perímetro abdominal	Muestras y cultivos
Glasgow	Catéteres y sondas (fecha de instalación)
Graficas de FC, T/A y Temperatura	Observaciones primero, segundo y tercer turno)

En la tabla 4. Medición de características de la hoja de enfermería versus la NOM-004-SSA3-2012

Se observan los 26 datos que solicita la nom-004-SSA3-2012 que debe cumplir la hoja de enfermería y se identifica que solo 14 datos se cubren con las características de la hoja de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención, de acuerdo a una escala dicotómica de cumplimiento o no cumplimiento. Al respecto se observa un cumplimiento del 53%.

Recomendaciones NOM 004 26 datos que solicita respecto a la hoja de enfermería	Cumple		Hoja de Enfermería de una institución de tercer nivel de atención
	Si	No	
Identificación del paciente Mínimo 2 identificadores: nombre, registro, fecha de nacimiento, etc.	•		Nombre Registro
Habitus exterior			
• Condición del paciente.	•		Estado de Salud
• Sexo del paciente.		•	
• Edad.		•	
• †Edad aparente.		•	
• ‡Constitución.		•	
• §Conformación.	•		Peso/perímetro abdominal
• **Actitud facies.		•	
• Movimientos anormales		•	
• Marchas anormales.		•	

† **Edad aparente:** es la edad que refleja el paciente y que puede estar relacionado con la morbimortalidad e inclusive con la región geográfica ²⁴

‡ **Constitución:** Es el grado de robustez; depende del desarrollo óseo, muscular y adiposo; el peso y la estatura del individuo son su consecuencia.

§ **Conformación:** Es la proporción que hay entre los distintos segmentos del cuerpo.

** **Facies:** Así se denomina el aspecto y la configuración de la cara, la expresión facial o fisionómica de la persona.

• Estado de conciencia.	•		Glasgow.
Grafica de signos vitales			
• Frecuencia cardiaca	•		FC
• Frecuencia respiratoria. (frecuencia, profundidad y ritmo).	•		Frecuencia Respiratoria
• Tensión (presión) arterial.	•		T/A
• Temperatura	•		Temperatura
Administración de medicamentos			
• Fecha		•	
• Hora	•		Horarios.
• Cantidad	•		Dosis
• Vía	•		Vía
• Nombre del medicamento	•		Medicamentos
Procedimientos realizados	•		Estudios, valoraciones y procedimientos. Muestras y cultivos Catéteres y sondas(fechas de instalación)
Valoración de dolor		•	
Nivel de riesgo de caída		•	
Observaciones	•		Primer turno, segundo turno, tercer turno
Nombre completo		•	
Firma		•	

8. DISCUSIÓN

De acuerdo al objetivo general, en donde se contempla el cumplimiento de la Nom-004-SSA3-2012 respecto al diseño de la hoja de enfermería, se discute lo siguiente:

Respecto a la Norma, los requisitos con los que debe contar la hoja de enfermería, los menciona en dos apartados, ambos con diferentes características que se complementan en el mismo documento, aspecto que puede generar confusiones o malos entendidos a la hora de la revisión. En este sentido, existen discusiones sobre la redacción de las normas en el sentido del contexto, aspectos que en ocasiones se derivan del lenguaje natural, por lo tanto, mientras no existan precisiones se puede caer en interpretación, vaguedad y ambigüedad, con respecto al significado real del texto.^{35,36}

En este sentido, otra falta de claridad es la ausencia de conceptos, estas precisiones se debieran subsanar, ya que “Dentro del contexto legal y deontológico del ejercicio de las profesiones sanitarias, la historia clínica adquiere su máxima dimensión en el mundo jurídico porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico sino también el cumplimiento de alguno de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente: deber de asistencia, deber de informar, etc., (medio probatorio)”.³⁷ Así, el profesional de enfermería es sujeto de derecho y, como tal, de responsabilidades e implicaciones de índole legal.

Bajo la claridad, se estaría tratando de evitar la “Inobservancia de reglamentos o normas. Incumplimiento de la obligación de respetar los reglamentos internos o específicos de la institución y las reglas del servicio; se incluyen los principios éticos, los derechos del paciente, los derechos humanos y otros afines.”³⁸

^{††}Lenguaje **natural**: “no está sujeta a reglas semánticas ni sintácticas bien definidas por lo tanto es indeterminado.”³⁵

De ahí la importancia de que las normas que nos rigen como profesión sean más específicas, para generar herramientas, reglas y políticas adecuadas y que generen una gestión de calidad en los cuidados de los pacientes.

“Por ello, los profesionales, deben conocer no sólo el adecuado cumplimiento de los registros sino también la legislación vigente que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud”.³⁹

Desde la construcción de conceptos que se omiten en la Norma, que no se define o son ambiguos, se construyen conceptos desde las experiencias de diferentes autores.

En cuanto a la identificación de pacientes, se apega a los estándares de Certificación, observando la exigencia de dos datos identificadores^{‡‡}, que permitan garantizar la identidad correcta del paciente y con ello, la seguridad.⁹

El Habitus exterior, existe una de las mayores ambigüedades, ya que se ha convertido en algo subjetivo y poco definido por los profesionales de enfermería y la propia Nom-004-SSA3-2012. Dentro de la revisión bibliográfica se pueden encontrar conceptos que señalan que “Es el conjunto de datos obtenidos de la inspección general es decir a simple vista sin realizar ninguna otra maniobra de exploración física y sin ningún interrogatorio. También se define como el aspecto externo del enfermo.”²⁴, sin embargo, en términos de datos “objetivos”, se retoma la definición que contemplan 10 elementos que caracterizan una “situación real del paciente” y que en algunos casos se pueden objetivar a través de la medición de apoyos, como son las escalas.

En lo referente a la gráfica de signos vitales, si se considera, que “la gráfica es una representación de datos que se hacen visibles mediante una o varias líneas

^{‡‡} En la identificación correcta del paciente, siguiendo las recomendaciones de los Estándares de Certificación de Hospitales 2012, se menciona que el número de cama no es considerado un identificador seguro.⁹

que se relacionan entre sí”,³⁴ pareciera que existe una disociación del concepto de la Norma con la realidad, ya que únicamente en la generalidad de las hojas de enfermería se grafican tres signos (temperatura, frecuencia cardíaca y presión arterial) y la frecuencia respiratoria se contempla en un registro.

En lo que respecta a la ministración de medicamentos, la Norma se observa limitada en cuanto a los datos que se deben cumplir en términos de garantizar la calidad y seguridad, ya que no contempla datos de respuesta del paciente firma y nombre de quien aplica, así, como lo sugerido en el estándar del Manejo y Uso de Medicamentos, en el sentido de datos sobresalientes como la doble verificación, entre otras recomendaciones, por otro lado se recomienda el cambio de especificación de concepto por el de administración de medicamentos.

En cuanto a la descripción del resto de indicadores, no existieron discrepancias en su construcción.

En las características que contempla la hoja de enfermería de la institución de tercer nivel de atención, se observan mayores indicadores a los considerados en la Norma, ello puede ser, debido a la experiencia y necesidad de datos relevantes de la atención integral y de especialidad que se otorga en la gestión del cuidado de los pacientes. También se observan desfases en lo que contiene la hoja, con lo que se utiliza en el actual contexto, debido a que su construcción fue realizada en décadas pasadas. Esto lo podemos ejemplificar en el caso del registro de glucocetonurias y sangre oculta en heces que se observa el espacio en la hoja y está en desuso en la institución en donde se llevó a cabo la verificación, ello, porque se implementan estudios y muestras de laboratorios de mayor especificidad.

Lo anterior, tiene sentido al realizar la comparación de lo solicitado por la Norma y los contenidos de la hoja de enfermería, en donde se observan limitaciones en la estructura de la hoja, sin embargo en la exploración, sin que haya sido objeto de este estudio, se observan aspectos que no se solicitan de manera textual, pero se consideran en la experiencia como un llenado automático, es el caso de los diagnósticos de enfermería, las escalas de caídas, dolor y riesgo de desarrollo de

ulceras por presión, aspectos que permiten identificar características del estado de salud del paciente. Una situación similar sucede con el nombre del profesional de enfermería sin que esto esté solicitado literalmente, se observa que se lleva a cabo.

Un aspecto a considerar en el momento de realizar el cotejo, entre lo que solicita la Nom-004-SSA3-2012 y la hoja de enfermería de la Institución de tercer nivel de atención, es que se encontraba en un momento de transición creado una serie de estrategias que proponen mejoras, desde la creación de nuevas hojas de enfermería utilizando sofisticados programas computacionales, situación similar a lo que sucede en instituciones de vanguardia en la atención a la salud.⁴⁰

Un aspecto que no tiene discusión es lo referente al nombre y firma de quien otorga un a gestión del cuidado profesional de enfermería, sin embargo, en términos del desarrollo histórico en donde se puede observar que enfermería aun construye una profesionalización y la experiencia en las instituciones de salud, bajo un grado de atrevimiento, que favorezca la garantía de la calidad de un trabajo profesional de enfermería, sería importante considerar desde la Norma, registrar el número de cédula profesional de quien otorgue una gestión del cuidado.

9. CONCLUSIONES

El proceso de comunicación mediante un lenguaje unificado y codificado entre profesionales de la salud, a partir de los registros de enfermería, puede permitir una mayor precisión en el dialogo de lecto-escritura, en la gestión del cuidado al paciente hospitalizado y con ello tener mayor garantía en la calidad y seguridad de las instituciones de salud, así, como del desarrollo profesional.

Los logros académicos en las y los profesionales de enfermería en su contexto histórico del siglo XIX y XX, se reflejan en el proceso necesario de un desarrollo de lecto-escritura, con exigencia y construcción de formatos de registro que permitan evidenciar aspectos del cuidado mínimos indispensables.

El marco legal, es un referente que permite avances en los aspectos normativos de las instituciones de salud en México y con ello, en los proceso de enfermería, sin embargo, los vacíos y falta de precisión puede llevar a ambigüedad, mala interpretación y vaguedad, respecto al significado real que se quiere precisar, puntos a resaltar, máxime cuando en los aspectos jurídicos, el profesional de enfermería además de ser sujeto de derechos, también lleva implícito responsabilidades e implicaciones legales derivadas del ejercicio profesional en la gestión del cuidado.

Así, podemos ver que los aspectos ético-legales y el desarrollo de logros académicos de enfermería en el siglo XXI, son elementos que puede tener mayor influencia en el apego a la estandarización y cumplimiento oficial de los formatos de registros de enfermería (En la actualidad desde la sistematización electrónica del expediente clínico). Sin embargo, un verdadero avance en enfermería, es continuar construyendo autonomía en la profesionalización desde el desarrollo de un pensamiento crítico y juicio clínico, en donde no solo se registren intervenciones propias, sino, como integrante de un equipo, se busque el éxito en la participación desde la multi y transdisciplinariedad, mediante la evidencia en intervenciones consensadas de la terapéutica de todo el equipo multidisciplinario.

Así mismo la importancia de los registros clínicos de enfermería correctos, se reflejan en la propia aplicación del Proceso Atención de Enfermería, cuyo fin es estandarizar los cuidados de enfermería y brindar una autonomía a la profesión de enfermería, de ahí radica la importancia de crear un instrumento técnico administrativo que refleje nuestro quehacer diario y que se apegue lo más posible a las normas y estándares que rigen nuestro labor profesional.

Los proveedores de los servicios de salud continúan esforzándose en crear documentación concisa, descriptiva, personalizada y de defensa legal.

La importancia radica en que un buen formato de registros de enfermería, nos permitiría:

- Mejorar garantizar la comunicación efectiva.
- Evaluación de los servicios de salud, resumiéndose este punto en la calidad del servicio.
- Protección legal.
- Datos efectivos y eficientes de investigación y educación continua.
- Acreditación, reflejo de la buena práctica y aplicación de las normas y estándares.
- Responsabilidad y autonomía en la profesión.

10. Referencias Bibliográficas.

-
- ¹ Secretaría de Salud México. Comisión Permanente de Enfermería. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería; 2013.
- ² De Souza AC. Evaluación y Mejora de Registro de la Valoración de Enfermería en un Hospital de Brasil. [tesis maestría]. Departamento de Ciencias Sociosanitarias: Facultad de Medicina; 2012.
- ³ Guerrero Castillo JJ. Registros de Enfermería: la Historia del Paciente. Index de Enfermería [Index Enferm] 2004[consultada el 9 de abril del 2014]; 44-45.Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44_articulo_74.php
- ⁴ Martínez Ques, A.A. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. Revista Gallega de Actualidad Sanitaria. Marzo 2004; Vol. 3(1):54-59.
- ⁵ Méndez G, Morales MA, Preciado ML, et al. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Rev Mex Enferm Cardiol. 2001;9:11-7.
- ⁶ Garnica N, Ramírez T. Exactitud, precisión y curva de aprendizaje del instrumento para los registros clínicos de enfermería.Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.2011 jun;16(2):97-110.
- ⁷ Córcoles-Jiménez P. el Dossier de enfermería en el complejo hospitalario de Albacete: composición y control de calidad.2010 [consultada el 20 de junio del 2014] disponible en: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%207/dossier7.htm>
- ⁸ Benavent-Garcés MA, Leal MI. Mesa de los aspectos Ético-Legales de los Registro de Enfermería. I Trobada d'infermeria Comunitària. 2005 Oct; 1(41)67-70.
- ⁹ Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Estándares de certificación de hospitales del consejo de salubridad 2012.México:Consejo de Salubridad General.2012
- ¹⁰ Norma Oficial Mexicana Del expediente clínico NOM-004- SSA3-2012.Diario Oficial de la Federación, (15-10-2012)
- ¹¹ Hernández D, Rodríguez MA, Gutiérrez MJ, Bolaños G. Elaboración de un registro enfermero para hemodiálisis según la norma ISO 9001:2005. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [revista en línea]. 2007 Mar [citado 2013 24 de noviembre]; 10(1):15-22.Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752007000100003&lng=es.
- ¹² Departamento de psicología de la salud. Psicología básica lenguaje y comunicación[monografía en internet]psicología básica;2007[accesado 3 de junio del 2014]. Disponible en <http://www.psb.ua.es>
- ¹³ Françoise Collier. Promover la vida. España: Interamericana mc;1993.p.7-16
- ¹⁴ Hernández JM. Historia de la Enfermería. P.e.:2ª ed. España: interamericana mc;2000.p.25-9.
- ¹⁵ Molina TM. Historia de la Enfermería. Inter-Médica; 1973.

-
- ¹⁶ Núñez Carrasco Elizabeth Rocío. Understanding the nursing historical perspective of Florence Nightingale. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2011 [citado 2013 Oct 04] ; 17(1): 11-18. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100002&lng=es..
- ¹⁷ González-Carrillo E, Arras-Vota AM, Moriel-Corral BL. La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio. *Tecnociencia Chihuahua.* 2012; 6(1): 1-8.
- ¹⁸ Marriner. *Modelos y teorías en enfermería.* P.e.: 5 ed. España: Elsevier; 2003.p. 50-66
- ¹⁹ Méndez CG et al. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* 2001;9 (1-4): 11-17.
- ²⁰ Rivas-Espinosa JG, Martínez-Salamanca FJ, Ibáñez-Chávez DR, Aguilera-Rivera M, Sánchez-Noguez L. Propuesta de registros clínicos de enfermería con vinculación taxonómica para úlceras, traqueostomía y estomas. *Comisión Nacional de Arbitraje Médico.*2009;(14) 4: 30-36.
- ²¹ Tribunal nacional ético de enfermería. Proyecto de Ley por el cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad ética para el ejercicio profesional de Enfermería. 5ª. Versión; 2002.
- ²² Hernández S, Bepista L, Fernández C. *Metodología de la Investigación.* 3ªed. México: Mc Graw Hill Interamericana S.A; 2003.p.60-70
- ²³ Mendoza-Núñez VM, Romo-Pinales MR, Sánchez-Rodríguez MA, Hernández-Zavala MS, Investigación introducción a la metodología.4 ed. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza: UNAM;2011. p. 67-86.
- ²⁴ García JJ. El mensaje epidemiológico del Habitus exterior del paciente Salud pública. *Facultad de Medicina. UNAM.* 2010; 53(6):11-16.
- ²⁵ Smith Fs, Duell D. *Enfermería básica y clínica.*P.3a ed. México: Manual moderno; 2013. p.9-10.
- ²⁶ Penagos S, Salazar LD, Vera F. *Guía para el manejo de urgencias. Capítulo XV Control de signos vitales.* España: Elsevier; 2010.p.1465-73.
- ²⁷ *Guía para la elaboración de protocolos, normas y procedimientos del hospital de Cataluña España* <http://extranet.hospitalcataluña.com/doc/adjuntos/Protocolos,%20procedimientos,%20normas.pdf>
- ²⁸ . Puntillo KA, White C, Bonham Morris A, et al. Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *American Journal of Critical Care* 2001; 10: 238–251.
- ²⁹ Jenkinson C , Carroll D , Egerton M , et al . Comparison of the sensitivity to change of long and short form pain measures. *Quality of Life Research* 1995 ; 4 : 353-357
- ³⁰ Cordoní Gotanegra, Alfons. Estudio sobre caídas en un centro socio-sanitario "Clínica del Carme". Vilafranca del Penedés. 1.996.
- ³¹ Martha Raile. *Modelos y teorías de enfermería.*P.e.:7 ed. España: Elsevier; 2009.p. 55.
- ³² Murray A. *Proceso de Atención de Enfermería.*P.e.:2 ed. México;2000.p. 30-8.
- ³³ Guerrero A. Firma autógrafa en el derecho. *Revista de facultad de Derecho en México.* 2005;(122): 17-47.
- ³⁴ El Diccionario de la lengua española (*DRAE*). 22.ª ed.342010.

³⁵ Bono M. La ciencia del Derecho y los problemas del lenguaje natural: la identificación del conflicto. *Isoonomía*. 2000; 13: 159-175.

³⁶Díez Ausín F.J. Conflictos normativos y análisis lógico del Derecho. *Anuario de filosofía del derecho*, IX 2000: 396-410

³⁷ GIMÉNEZ-PÉREZ D. La historia clínica: aspectos éticos y legales. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16: 66-68.

³⁸ Tiffer, C. Mala praxis médica y sus consecuencias penales. *Ciencias penales: Revista de la Asociación de Ciencias Penales de Costa Rica*.2001. 203.

³⁹ García S, Navió M, Valentin L . Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. *Nurse investig*. 2004; 3(28):61-63. .

⁴⁰ Gallegos TR, Xequé MA, Becerril CS. Programa computacional para la valoración de las necesidades de los pacientes. *Desarrollo Científ Enferm* 2003;11(9):268-71.