



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA  
EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.**

TESIS GRUPAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTAN:

VARELA PRIOR ZAIRET

NAVA PANIAYA REYNA ROCÍO

DIRECTORA DE TESIS:

DRA.: ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA

MÉXICO, D., F. NOVIEMBRE DE 2015





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.

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE  
ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.**

TESIS GRUPAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTAN:

VARELA PRIOR ZAIRET

NAVA PANIAYA REYNA ROCÍO

DIRECTORA DE TESIS:

DRA.: ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA

CO-TUTORÍA:

MTRA. GREGORIA OLIVARES ROBLES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL  
DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.**

**Tesis grupal**

Que para obtener el título de:

Licenciada en enfermería

**Presentan:**

Varela Prior Zairet

Nava Paniaya Reyna Rocío

**Directora de tesis:**

Dra.: Araceli Jiménez Mendoza

**Sinodales:**

PRESIDENTE: Dra. Araceli Jiménez Mendoza

---

FIRMA

VOCAL: Mtra. Iñiga Pérez Cabrera

---

FIRMA

SECRETARIO: Mtra. María Elena García Sánchez

---

FIRMA

*“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer, la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar, cómo pensar y qué pensar”*

*Florence Nightingale*

## DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico en primer lugar a Dios que me ha guiado y me permitió concluir con esta hermosa carrera.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por ser incondicionales. Mami Rocío gracias por brindarme en todo momento tu apoyo, amor y hacerme cada día una mejor persona, papi Zefe gracias por todas tus enseñanzas, por inculcarme de valores y por todo tu amor.

A mis hermanos David y Moisés porque a pesar de todo siempre estaremos juntos y estaremos para ayudarnos como nos han enseñado.

A mi sobrino hermoso que su sonrisa es un motivo más para seguir creciendo y a su mami por permitir estar junto de él.

Mis abuelitas Carmen y Reyna (QEPD), a mis tías, tíos, primas y primos por quererme y apoyarme siempre, esto también se lo debo a ustedes.

A mis amigas de la vida Kati y Ale gracias por recorrer este camino de tantas aventuras que sin ustedes no sería igual, a mis compañeros y amigos de la carrera pero en especial para Vane y Estrella. Y a mi amiga Zai que sin ti esta locura no sería posible, gracias por compartir tu tiempo, tus conocimientos y sobre todo tu amistad que es invaluable.

A mis profesores gracias por compartir sus conocimientos ya que estos me permiten crecer como persona y como profesional. Y a cada una de las personas que han marcado mi camino con sus experiencias.

¡GRACIAS POR SU APOYO!

♥ Reyna Nava

## DEDICATORIA

A Dios.

Por guiarme en el camino para culminar mi profesión y darme la fortaleza y sabiduría para seguir adelante.

A mi papá.

Por su apoyo incondicional, por cuidarme, por su esfuerzo y dedicación para brindarme los mejores valores, por guiarme para ser una persona de bien y por ser gran parte de mi formación personal y educativa.

A mi hermano.

Por estar conmigo en todo momento, por ser también un amigo para mí, por darme su apoyo, motivación, cariño y alegría en cada nuevo proyecto.

A mi novio Emanuelle.

Por su amor, comprensión, apoyo y motivación que me brinda día a día, y por todos los buenos momentos que hemos pasado.

A mi amiga Reyna.

Por haber compartido tiempo y esfuerzo para la realización de esta investigación y por brindarme su amistad y entusiasmo durante este año.

♥ Zairet Varela

## AGRADECIMIENTOS

Principalmente *a nuestras familias* por siempre estar con nosotras en cada momento de la vida.

*Dra. Araceli Jiménez Mendoza* por su paciencia, entusiasmo, motivación y entrega a lo que realiza día a día, por no dejarnos solas y acompañarnos en este largo camino, por mostrarnos cuando estábamos equivocadas y por darnos la oportunidad de que nos asesorara, siempre tendrá nuestra admiración y respeto.

*Mtra. Gregoria Olivares Robles* por la cotutoría que nos brindó en el Hospital de Segundo Nivel, un especial agradecimiento, ya que nos encamino todo este año y nos motivó a seguir con este proyecto.

*A nuestra casa de estudio ENEO* por ser la principal institución de nuestra formación profesional.

*A las autoridades del Hospital de Segundo Nivel de Atención* por brindarnos la oportunidad y las facilidades para emprender esta investigación.

Reyna Nava & Zairet Varela

# ÍNDICE

I.	Introducción .....	6
II.	Planteamiento del problema .....	8
III.	Pregunta de investigación .....	9
IV.	Hipótesis .....	9
V.	Objetivo .....	10
5.1	General .....	10
5.2	Específicos.....	10
VI.	Justificación.....	11
VII.	Marco Teórico .....	13
7.1	Conceptos generales de enfermería .....	13
7.2	Antecedentes de los Registros Clínicos de Enfermería .....	18
7.3	Registros clínicos de enfermería .....	19
7.4	Consideraciones éticas y legales .....	27
7.5	Estudios relacionados .....	32
VIII.	Metodología .....	36
8.1	Diseño.....	36
8.2	Universo de estudio .....	36
8.3	Población de estudio.....	36
8.4	Tamaño de la muestra .....	36
8.5	Criterios de selección .....	36
8.5.1	Criterios de Inclusión .....	36
8.5.2	Criterios de exclusión .....	36
8.6	Variables del estudio.....	37
8.7	Instrumento de recolección de datos.....	40

8.7.1	Descripción.....	40
8.7.2	Criterios de evaluación del instrumento .....	43
8.7.3	Validez y confiabilidad .....	44
8.8	Descripción de procedimientos .....	45
8.8.1	Recolección de datos .....	45
8.8.1	Prueba piloto .....	46
8.8.2	Análisis de datos .....	46
8.8.3	Validación de datos .....	47
IX.	Consideraciones éticas .....	48
X.	Análisis de resultados.....	49
XI.	Discusión.....	82
XII.	Conclusiones.....	87
XIII.	Propuesta.....	89
	Bibliografía .....	91
	Anexos.....	95
	Anexo 1. Instrumento de evaluación .....	96
	Anexo 2. Registros Clínicos de Enfermería del Hospital de Segundo Nivel de Atención.....	98
	Anexo 2.1 Hoja de Registros de Enfermería Clínica .....	98
	Anexo 2.2 Hoja de Enfermería para el registro de medios invasivos .....	102
	Anexo 2.3 Hoja de Enfermería para Necesidades de Educación.....	104
	Anexo 3. Cronograma de actividades. ....	106
	Anexo 4. Documento de aceptación de protocolo del Comité de Investigación.....	108
	Anexo 5. Documento de aprobación para la aplicación del instrumento. ....	108
	Anexo 6. Figuras complementarias.....	110

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Operacionalización de variables	37
Cuadro 2. Estándares de Calidad para el Nivel de Cumplimiento	44
Cuadro 3. Perfil sociodemográfico de la enfermera (o) que elaboró los registros clínicos de enfermería.	50
Cuadro 4. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Sexo	74
Cuadro 5. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Servicio	76
Cuadro 6. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Turno	78
Cuadro 7. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Nivel Académico	80

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sexo del personal de enfermería.	49
Figura 2. Nivel académico del personal de enfermería.	50
Figura 3. Hora de ingreso del paciente al servicio	51
Figura 4. Registra los signos vitales	52
Figura 5. Anota los datos objetivos y/o subjetivos de la valoración del paciente	53
Figura 6. Valoración del dolor	53
Figura 7. Revaloración del dolor	54
Figura 8. Valoración de alergias	54
Figura 9. Juicios clínicos a los problemas de salud reales	55

Figura 10. Juicios clínicos a los problemas de salud potenciales	55
Figura 11. Comunicación a otros profesionales de la salud	56
Figura 12. Registra las intervenciones de enfermería	57
Figura 13. Anota la hora de las intervenciones de enfermería	57
Figura 14. Características del sitio de inserción de medios invasivos	58
Figura 15. Fecha de instalación de medios invasivos.	59
Figura 16. Características específicas de la herida quirúrgica	60
Figura 17. Características específicas de los drenajes	61
Figura 18. Registra los medicamentos administrados	62
Figura 19. Registra riesgo de caídas del paciente	63
Figura 20. Registra riesgo de úlceras por presión	64
Figura 21. Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente- familia	65
Figura 22. Registra revaloraciones en las necesidades detectadas	66
Figura 23. Anota situaciones pendientes al siguiente turno	67
Figura 24. Información estructurada de forma coherente	68
Figura 25. Registros con letra legible	69
Figura 26. Nombre completo, firma y cédula profesional de la enfermera responsable del turno	70
Figura 27. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel de Atención	72
Figura 28. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel de Atención	73
Figura 29. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al sexo	75

Figura 30. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Servicio	77
Figura 31. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Turno	79
Figura 32. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al nivel académico	81

## **Nivel de Cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel de Atención.**

### **I. Introducción**

Los registros clínicos de enfermería son documentos que representan parte importante de la evidencia con la que cuentan los profesionales de enfermería para el respaldo de sus actividades e intervenciones para cada persona que se encuentra a su cuidado.

La presente investigación muestra los resultados acerca del nivel de cumplimiento de los registros de enfermería en un Hospital de Segundo Nivel de Atención de la Ciudad de México, de acuerdo a la normatividad y lo establecido a nivel nacional que dictamina lo que debe contener un adecuado registro, no todas las instituciones de salud cuentan con el mismo formato de registro por lo que los resultados de cada investigación pueden variar de uno a otro.

En este documento se detalla en un primer apartado la importancia del porqué es necesario evaluar el nivel en que cumplen los registros clínicos de enfermería, no con la finalidad de evidenciar las deficiencias, sino todo lo contrario abordar las fallas y debilidades para mejorar, e iniciar un abordaje que ayude a implementar estrategias que beneficien a los profesionales y que respalden también el trabajo realizado, así mismo se formula la pregunta de investigación a la que más adelante se le da respuesta.

En otra sección se encuentra la justificación de la investigación, seguida del marco teórico en donde se mencionan algunos temas sobresalientes acerca de los registros clínicos de enfermería, se inicia abordando el tema de enfermería y sus conceptos generales, seguido de los antecedentes de los registros clínicos, conceptos y hallazgos durante los últimos años, también se mencionan los aspectos éticos y legales de los mismos y para concluir el apartado se encuentran los estudios relacionados con esta investigación.

Posteriormente se explican detalladamente los métodos, la población, criterios, variables, procedimientos y técnicas, por mencionar algunas, utilizadas para llevar a cabo dicha investigación.

Se encuentra también una sección de las consideraciones éticas para la aplicación del estudio, seguidas del análisis de los resultados, donde se mencionan los hallazgos de la investigación, iniciando por el perfil sociodemográfico de las y los enfermeros (as) que realizaban los registros clínicos, los criterios más sobresalientes de acuerdo a los ítems evaluados, y el resultado final del nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería y el nivel de cumplimiento de acuerdo a los objetivos específicos, se continuó con el apartado de la discusión en relación a los resultados obtenidos y la literatura consultada.

Para finalizar, están las conclusiones del estudio, y una propuesta por parte de los autores del mismo, la bibliografía y los anexos utilizados para la realización de esta investigación.

## **II. Planteamiento del problema**

La profesión de enfermería actualmente está basada en evidencia, en el área asistencial los registros de enfermería son una fuente de información en la cual el profesional refleja lo que realiza en su jornada laboral, y que representa una parte importante y fundamental del expediente clínico.

Los registros clínicos de enfermería son herramientas que permiten guiar y sistematizar el cuidado a favor de la calidad y seguridad de los pacientes, constituyen áreas de oportunidad, son la única evidencia escrita de los cuidados y actividades otorgadas y que forman parte de un instrumento legal y normativo.

En la actualidad, México es un país en el que existen escasas investigaciones que se enfoquen a los registros clínicos de enfermería, lo que ha ocasionado la falta de información a los profesionales acerca de los beneficios y aspectos éticos y legales que conllevan a realizar un buen registro de enfermería.

Aunado a lo anterior, existen otros criterios que obstaculizan el buen llenado de los registros de enfermería propiciando que no sean de gran utilidad o que representen en realidad los avances del cuidado otorgado, es por eso que parece ser difícil hacer anotaciones del propio trabajo, por lo que es una situación importante a documentar, con la finalidad de mejorar la disciplina en aspectos técnicos, éticos y legales y que sea una oportunidad para la mejora continua en todas las instituciones de salud.

De acuerdo a lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención?

### **III. Pregunta de investigación**

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención?

### **IV. Hipótesis**

#### *Hipótesis de trabajo*

Si el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería es de más del 91%, entonces es excelente en un Hospital de Segundo Nivel de Atención.

#### *Hipótesis alternas*

Si el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería esta entre el 85% - 90%, entonces es significativo en un Hospital de Segundo Nivel de Atención.

Si el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería esta entre el 75%- 84%, entonces es parcial en un Hospital de Segundo Nivel de Atención.

Si el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería esta entre el 74%- 70%, entonces es mínimo en un Hospital de Segundo Nivel de Atención.

Si el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería es menor al 70%, entonces es deficiente en un Hospital de Segundo Nivel de Atención.

## **V. Objetivo**

### **5.1 General**

Identificar el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención.

### **5.2 Específicos**

- ♥ Identificar el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería entre los dos diferentes servicios (Cirugía General y Medicina Interna).
- ♥ Determinar el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería de acuerdo a los diferentes turnos (matutino, vespertino y nocturno).
- ♥ Determinar el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería de acuerdo al nivel académico del personal de enfermería.
- ♥ Identificar el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería de acuerdo al sexo (femenino y masculino).

## **VI. Justificación**

La profesión de enfermería se rige de acuerdo a un plan estandarizado de cuidados, en donde refleja la atención y cuidados a brindar a cada paciente; lleva a cabo un procedimiento llamado proceso de atención enfermería, el cual se divide en cinco etapas que son: la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Es necesario contar con evidencia de aquellas intervenciones que justifiquen los cuidados brindados a los pacientes, y de ahí la importancia de los registros clínicos de enfermería, ya que son una herramienta útil para mejorar la comunicación entre enfermera(o)- enfermera(o) y el demás personal de salud, permitiendo dar continuidad a los cuidados establecidos y así lograr una atención integral.

Los registros clínicos son fuente importante para mejorar la calidad de atención que enfermería brinda a los usuarios en las instituciones de salud, sirven de herramienta de gestión y son de gran utilidad para desarrollar investigaciones y auditorias.

En México, los indicadores de calidad para el cuidado del paciente han ido en aumento, uno de ellos son los registros clínicos de enfermería, que a pesar de ser un tema sumamente importante en aspectos éticos y legales, no se le ha dado el valor que se requiere para demostrar y mejorar la calidad de atención.

Los registros clínicos de enfermería representan un documento legal donde se realizan anotaciones acerca de la valoración del paciente, así como las intervenciones que se le realizan; es un medio de comunicación importante ya que describe el estado de salud del paciente y contiene información que permite dar continuidad al cuidado proporcionado, el no registrar los procedimientos, hace omisión del mismo.

Hacer notas de los cuidados que se le proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, para brindar una atención sanitaria de calidad

para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales de enfermería, deben conocer el correcto llenado de los registros, saber que se necesita para que cumplan con lo requerido y también acerca de la legislación vigente que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud.

Los servicios de Cirugía General y Medicina Interna del Hospital de Segundo Nivel de Atención, recibe desde adultos jóvenes hasta adultos mayores, con diversas patologías, que en ocasiones hacen que su estancia hospitalaria sea más prolongada, por lo que durante este periodo de internación están más vulnerables a presentar cambios de un momento a otro y que pueden ser beneficiosos o perjudiciales para su salud. Por lo que es indispensable llevar un plan de enfermería adecuado, es decir formular un proceso de atención de enfermería que ayude a mejorar la calidad de vida del paciente o que ayude a restablecer la salud de manera eficiente y eficaz.

Los registros clínicos son parte de la evidencia que tiene enfermería para mostrar las acciones realizadas en su proceso de atención. El garantizar un adecuado cumplimiento en los registros es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia a nivel nacional y en la mayoría de los países durante los siguientes años, por lo que es necesario ahondar en el tema, a fin de evidenciar la calidad del cuidado brindado.

La presente investigación pretende aportar resultados que garanticen el cumplimiento adecuado de los registros clínicos de enfermería y que genere propuestas de mejora continua y en caso de requerirse cambios correctivos, y elaborar estrategias institucionales para lograrlo.

## VII. Marco Teórico

### 7.1 Conceptos generales de enfermería

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña, la profesión de enfermería ha estado en constantes transformaciones que han permitido mejorar la atención del cuidado que se brinda a la persona, familia, grupos y comunidades. Estos cambios se dan gracias al desarrollo de diferentes teorías y modelos que hacen que la profesión de enfermería tengan un sentido analítico en su hacer. Como ciencia del cuidado, enfermería tiene un método científico el cual se denomina proceso de atención de enfermería (PAE).

Diferentes organizaciones a nivel mundial han definido enfermería, la Organización Mundial para la Salud (OMS), menciona que *“la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración...a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y... comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”*.<sup>1</sup>

En el 2003 la American Nurses Association (ANA) define a enfermería como *“La protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones”*.<sup>2</sup>

En México a partir del 2012 se publica la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud; donde establece las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería del Sistema Nacional de Salud y define enfermería como *“ la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del*

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de Salud consultada 25 mayo 2015 disponible: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

<sup>2</sup> American nurses association. Consultado 18 de mayo 2015 disponible: <http://www.nursingworld.org/>

*bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes”<sup>3</sup>.*

A pesar de que se pueden encontrar diferentes conceptos de enfermería todos estos se centran en el objeto de estudio que es el cuidado, ya que tiene una relación muy importante con el Proceso de Atención de Enfermería, ya que con este se logrará brindar un mejor resultado para la persona, familia, grupo y comunidad.<sup>4</sup>

El proceso de atención de enfermería es la parte metodológica de la ciencia de enfermería, es un método sistemático y organizado donde el profesional de enfermería utiliza sus conocimientos, habilidades y juicios para diagnosticar y dar una respuesta a los problemas de salud.<sup>5</sup>

El proceso de atención de enfermería tiene características distintivas que permiten al profesional de enfermería responder al estado de salud cambiante de los pacientes, Reyes<sup>6</sup> enlista algunas características, y menciona que es *sistemático* ya que cuenta con diferentes etapas que se separan para su mejor comprensión, pero la implantación de cada una de ellas interactúan para lograr su objetivo, es *dinámico* ya que se adecua a las necesidades afectadas y presenta una interacción con las esferas de la persona (emocional, físico, social, etc.) la cual se encuentra en constante cambio; es *flexible* ya que se adapta a los

---

<sup>3</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud consultada 25 de mayo 2015 disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013)

<sup>4</sup> Caballero D.R., Medina S.L. Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santa Fe de Bogotá, Colombia. Cultura de los Cuidados. 2006; 19: 2-8

<sup>5</sup> Reina G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico, 2010; 17: 18-23 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3042129400>

<sup>6</sup> Reyes GE. Fundamentos de enfermería Ciencia, Metodología y tecnología. 1° ed. México, 2009

diferentes escenarios en los que puede estar un profesional de enfermería además de que estas etapas se pueden utilizar más de una vez si es necesario y por último, es que se sustenta *teóricamente* y se puede adaptar a las diferentes teorías o modelos que cuenta la ciencia de enfermería.

Berman<sup>7</sup> aumenta las características del proceso de enfermería, menciona que es *cíclica* ya que generalmente se repiten la secuencia y los procesos, además de que el proceso se desarrolla alrededor de la resolución de los problemas de los pacientes que lo requiere; tiene una aplicabilidad *universal*, ya que no cambia dependiendo el lugar geográfico en el que se encuentre; se pone en práctica el la colaboración y el uso de pensamiento crítico del profesional de enfermería además se imprime un estilo de quien lo pone en práctica.

El proceso de atención de enfermería consiste en cinco etapas: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

La Valoración es la primera etapa, la cual consta de la recogida sistemática, continúa, organización y validación y registros de los datos, todas las siguientes etapas van a depender de una precisa y completa recolección de datos. Este proceso se realizará a través de una anamnesis y exploración física que aporten datos específicos que ayuden para la atención del paciente.

Existen dos tipos de datos: subjetivos y objetivos, el primero también conocido como síntomas los cuales incluyen la sensación, sentimientos, creencias actitud y percepción del paciente, estas se van a obtener del paciente, algunos ejemplos de estos datos son el dolor, sensaciones de miedo, desesperación o angustia. Los datos objetivos o signos son los datos observables y medibles, y garantizan que están presentes en el momento en que se realiza la valoración inicial. Se pueden obtener por medio de la exploración física a través de la auscultación, palpación, percusión y también a través del olfato. Se debe de tomar en cuenta que estos datos llegan a ser cambiantes dependiendo el estado de

---

7 Berman A., Snyder S.J., et al. Fundamentos de Enfermería conceptos, procesos y prácticas. 8° ed. (Tomo 1 y Tomo 2). España: Pearson; 2008

salud, algunos ejemplos de son la presión arterial, el pulso, la temperatura corporal, entren otros.

Después de realizar la valoración es muy importante el registro y debe incluir todos los datos, es necesario que sean registrados de una manera objetiva y sin colocar juicios de valor o interpretaciones personales por parte del profesional.

La siguiente fase es la de Diagnóstico en la cual se realizan *Juicios clínicos sobre las experiencias/ respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales. Proporcionan la base para la selección de las intervenciones*<sup>8</sup>, en la presente investigación se hablará de esta etapa como juicios clínicos. Los juicios clínicos son la antesala de la planeación.

Los juicios clínicos se dividen en tres categorías, el primero de ellos son *Juicios enfermeros reales*, los cuales son mencionados como el problema de salud, cuenta con las tres peculiaridades que son la etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores etiológicos.

Los *Juicios enfermeros de riesgo* son la segunda categoría y son aquellos donde el problema no existe, sin embargo, existen factores de riesgo que indican que probablemente el problema aparezca, en estos juicios solo están presentes la etiqueta diagnóstica y los factores de riesgo.

Por último, los *Juicios enfermeros de promoción a la salud*, los cuales describen las motivaciones y deseos del paciente para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud.

Se pueden construir juicios clínicos a través de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ya que es una sociedad científica que estandarizó los diagnósticos de enfermería, también existe un formato PES en el cual sólo se

---

8 NANDA. Diagnósticos Enfermeros definición y clasificación. Ed. Hispanoamericana 2012-2014

necesita seguir la formulación de un juicio de enfermería: problema, etiología, y signos y síntomas.

El registro de los juicios clínicos de enfermería va a depender de la recopilación de información en la etapa de la valoración, es muy importante mencionar que al momento en que se plantea un juicio clínico es porque el profesional tiene injerencia en el cuidado de la persona.

La tercera etapa es la Planificación, que es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y las soluciones de los problemas, se priorizan los problemas, se formulan objetivos o resultados a esperar, se seleccionan las intervenciones y tecnologías a utilizar, por último el registro permite la comunicación con los demás profesionales y favorece la continuidad del cuidado.<sup>9</sup>

La penúltima etapa es la ejecución, fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de acuerdo a su plan estandarizado y/o programado. La NIC lo define “*como realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas*”.<sup>10</sup> Es muy importante que después de la realización de esta etapa se registren las intervenciones que se realizaron conociendo la importancia de dicho acto y de las consecuencias que se tienen al omitir estas acciones.

La última etapa es la Evaluación donde la enfermera y el paciente deben determinar cómo ha funcionado el plan de cuidados y si es necesaria alguna modificación, la evaluación mide las respuestas de la persona a las intervenciones brindadas por enfermería con los resultados esperados.

---

9 Potter P.A., Perry A.G. Fundamentos de Enfermería. 5°ed. España: Harcourt/Océano

10 Berman A, Snyder S.J., et al. Fundamentos de Enfermería conceptos, procesos y prácticas. 8° ed. (Tomo 1 y Tomo 2). España: Pearson; 2008

## 7.2 Antecedentes de los Registros Clínicos de Enfermería

Los registros clínicos de enfermería dieron inicio alrededor del siglo XIX, gracias a Florence Nightingale, siendo la primera teórica en describir a enfermería, y teniendo como elemento esencial la observación para el cuidado. Surgen de la necesidad de obtener documentación que fundamente las actividades que en aquellos años eran desconocidas y que quedaran como evidencias del cuidado otorgado para las nuevas generaciones. Así fue como los registros fueron tomando forma al paso de los años.

En México desde 1950 inician los esfuerzos para la atención de la calidad en los servicios de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social emprendió una auditoria médica, posteriormente en 1980 el Instituto Nacional de Perinatología crea círculos de calidad<sup>11</sup> y así se inician las acciones para mejorar la calidad en todo el sistema de salud. En 1990 se crea el programa nacional de mejora continua donde se da la primera evaluación de las unidades de atención de primer y segundo nivel.

Por otra parte, la Legislación Mexicana publica la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, la cual fue el primer documento que hablo sobre la importancia y características de los registros clínicos de los profesionales de la salud, el cual menciona específicamente que las hojas de enfermería deberán ser elaboradas por personal del turno en el que labora, en base a las normas establecidas en cada institución, indicaciones médicas y deberán contener como mínimo: una valoración del hábitus exterior, gráfica de signos vitales, ministración de medicamentos (fecha, hora, cantidad y vía), procedimientos realizados y observaciones, la cual forma parte de la evidencia de los servicios proporcionados en el sistema de salud.<sup>12</sup>

---

11 Ortega M.C. Manual de la evaluación de la calidad del servicio de enfermería: estrategias para su aplicación. Ed. Médica Panamericana. México. 2009

12 Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. Consultado: 15 de Marzo de 2015. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

### 7.3 Registros clínicos de enfermería

En México, las instituciones de salud están divididas por niveles de atención, esto permite brindar una atención de forma ordenada y organizada para satisfacer las necesidades de la población. Específicamente el segundo nivel de atención médica, lo constituyen los hospitales generales de subzona, zona o región en donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.<sup>13,14</sup>

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería. A pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada. En este capítulo se hablará de los registros clínicos sus características, así como diferentes programas que apoyan e impulsan a los registros clínicos de enfermería.

El diccionario de la real academia española define a los registros como el Documento donde se relacionan ciertos acontecimientos o cosas; especialmente aquellos que deben constar permanentemente de forma oficial.

Rivas define registro clínico como “*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*”<sup>15</sup>, los registros no solo son un requisito de la institución sino también forman parte de los documentos médico- legales, por tal motivo es esencial realizar anotaciones verídicas y eficientes, que pongan en diferencia las actividades que realiza enfermería con el resto del personal multidisciplinario de la salud.

---

13 Instituto Mexicano del Seguro Social. Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en unidades médicas hospitalarias de segundo y tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2004: 2-9.

14 El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Clasificación de Instituciones de Salud. 2004: p 9-37

15 Rivas- Espinoza J.G. Propuesta de registros clínicos de enfermería con vinculación taxonómica para úlceras, traqueostomía y estomas. Ed. CONAMED. México: 2009. p.30-36

Garcés<sup>16</sup> menciona que *“el registro favorece el desarrollo de la disciplina enfermera, pero además posibilita el intercambio de información sobre los cuidados... permitiendo diferenciar la actuación propia del resto del equipo.”*

Toda la información que se plasma tiene diferentes objetivos<sup>17</sup>, uno de ellos es la comunicación, que permite al registro clínico ser un vehículo importante para la comunicación entre el personal de la salud, y no acepta la segmentación de la información, lo que ayuda a mejorar la atención que se le brinda al paciente; otro objetivo es el de la planificación de la atención al, es decir cuando se registran todos los cuidados que se proporcionan en un tiempo determinado a las personas se permite una continuidad de los cuidados; la investigación es uno más de los objetivos ya que la información que contienen los registros son fuente importante para las investigaciones ya que aportan nuevas bases para mejorar la profesión de enfermería y por último el de educación a consecuencia de que los registros clínicos son utilizados como instrumentos de reflexión para los estudiantes ya que en ellos se muestra un panorama real que permite proponer diferentes estrategias para tener mejores resultados en el cuidado brindado.

Marilynn E.D. menciona algunas de las funciones que tienen los registros, entre las cuales destacan la comunicación entre el personal, la evaluación, la vigilancia de la relación terapéutica, la acreditación, el entrenamiento y supervisión y la función legal. También menciona otros objetivos como el de evaluación de la atención del paciente ya que permite realizar una revisión del proceso de atención para garantizar su calidad y el aspecto legal que tienen estos documentos, porque suelen admitirse en un juicio como prueba a favor o en contra.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Garcés B, Cercos L. Los registros de enfermería: consideraciones ético- legales. Consultada 3/06/15  
Disponible: <http://www.bioeticaweb.com/los-registros-de-enfermerasa-consideraciones-actico-legales-benavent-garcacs-y-le>.

<sup>17</sup> Berman A., Snyder S.J., et al. Fundamentos de Enfermería conceptos, procesos y prácticas. 8° ed. (Tomo 1 y Tomo 2). España: Pearson; 2008

<sup>18</sup> Marilynn E.D., Moorhouse M.F., Proceso y diagnóstico de enfermería: aplicaciones. Ed. Manual Moderno. EUA: 2014 p. 146-166

Actualmente existen varios sistemas de registro, los cuales permiten obtener diferente información, por ejemplo la historia o registro clínico orienta a la fuente, el registro orientado al problema, el PIE, registro centrado, el registro por excepción, el registro informatizado y la gestión por caso.

Méndez CG<sup>19</sup> y cols identifican que los registros son las observaciones hechas por la enfermera y la manera en la que proporcionan los cuidados al paciente, se describen cinco clases de registros: medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo profesional, medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de enfermería, medidas planeadas y ejecutadas por la enfermera que no fueron ordenadas por el médico, conducta del paciente y otras observaciones en relación con su estado de salud y respuestas específicas del paciente al tratamiento y a los cuidados.

A pesar de existir diferentes formatos de registro, estos deben de contar con características que cumplan estándares legales para que puedan ser utilizados en estancias jurídicas para el personal de salud.

A continuación se mencionan las siguientes directrices que deben de seguir los registros: *fecha y hora*, es esencial registrar la hora de todo el proceso de atención al paciente, se deberán utilizar las siglas “am” o “pm” o el formato de 24 horas para evitar confusiones y permitir mejorar la seguridad no solo del personal sino también del paciente; *momento* que se refiere a realizar en el menor tiempo posible el registro de las intervenciones que se haya realizado, es muy importante no registrar las intervenciones antes de haberlas ejecutado; *legibilidad*, todo lo que se registra debe de ser claro y de fácil lectura para no provocar errores a la interpretación.

La escritura a mano tiende a obstaculizar el buen llenado de los registros y crea una mayor posibilidad de errores y suele ser no legible, por ello es importante tener precaución cuando se hacen las anotaciones.

---

<sup>19</sup> Méndez y cols. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2001;9 (1-4): 11-17

Otras directrices son: la *permanencia*, todo lo que se plasma en los registros clínicos se deberá de hacer con tinta que no se borre esto permitirá que no se manipulen fácilmente y que lleguen a ser modificados, la tinta debe de cumplir con las normas de la institución; la *terminología aceptada*, usar sólo abreviaturas, símbolos y términos aceptados en la institución para disminuir errores en la comunicación; *escritura correcta*, es esencial para la precisión del registro, es importante colocar las palabras completas por ejemplo en los medicamentos ya que algunos pueden ser similares en la escritura pero tener efectos diferentes. Y también colocar la palabra correcta con la cual se desea expresar, para no llegar a la confusión o expresar algo que no es; por último el *nombre completo* y la *firma* de quién realizó los registros, todos sin excepción alguna deben tener la firma de quién lo redacta con nombre completo y en algunos casos la cédula profesional.

Algunas otras directrices de igual importancia son: la *precisión*, que se refiere a colocar el nombre correcto del paciente en todos los registros, y antes de introducir cualquier información, verificar si es el correcto, también hace referencia a ser preciso con las anotaciones que se colocan y más si son expresadas por otras personas por ejemplo, cuando el paciente “no coopera con el tratamiento” ya que en esto se interpreta las acciones o palabras y no se coloca lo real. Otras formas de confusión es cuando se colocan palabras que puede tener un significado diferente en cada persona por ejemplo “poco”, “mucho”, “normal”, etc. y que a su vez no dice nada concreto; otra directriz es la *secuencia* en colocar las intervenciones en el orden que se ejecutaron; la *idoneidad* que se refiere a colocar sólo información relevante en ese momento, cualquier información que contribuya con el tratamiento actual que se le está dando; *exhaustividad*, ya que no todos los datos que se consiguen del paciente deben de ser escritos, los registros son para reflejar el proceso de atención de enfermería, se deben de registrar las valoraciones, intervenciones tanto independientes, interdependientes y/o dependientes, problemas del paciente, las intervenciones y las respuestas que se tienen; *concisión* en los registros, que deberán ser breves y completos y la *prudencia legal*, todo lo que se registra del paciente de manera correcta aporta

protección para todos los profesionales de salud así como para las instituciones ya que estos son documentos legales y son pruebas de la calidad de la atención que se proporciona a los pacientes.<sup>20</sup>

La CONAMED<sup>21</sup> en el año 2009 hace las siguientes recomendaciones para la elaboración de los registros de enfermería: Llenar el encabezado con N° de expediente, nombre completo del paciente, servicio y número de cama; colocar la fecha del día, utilizar siempre bolígrafo no usar lápiz, no dejar espacios en blanco y sin la utilización de siglas, escribir de forma legible, exacta y comprensible, registrar los cuidados, observaciones y procedimientos en forma oportuna, anotar los medicamentos en la hoja correspondiente, así como dosis, hora y vía de administración. Menciona que después de aplicar un tratamiento o cuidado, se coloque la fecha, hora y tipo de procedimiento que se realiza, informar siempre a la Enfermera las equivocaciones, señalando el error entre paréntesis. Otra recomendación que hace es registrar la hora y firmar siempre con letra clara, que se entienda el nombre iniciando con nombre de pila y apellido; al emplear palabras del paciente escribirlas entre comillas, hacer las anotaciones en el momento de realizar la actividad y no al finalizar el turno. También propone la importancia de realizar notas de enfermería acerca del egreso del paciente tomando en cuenta las condiciones de salud y la educación brindada.

José Ibarra<sup>22</sup> menciona una *regla de oro* que debe estar en los registros: *“Anotar todo aquello de lo que se informa”*.

Se debe de tener un lenguaje médico técnico y no tener juicios morales, ser preciso con los tiempos y las cantidades, así como tener orden cronológico.

---

20 Berman A, Snyder S.J., et al. Fundamentos de Enfermería conceptos, procesos y prácticas. 8° ed. (tomo 1 y tomo 2). España: Pearson; 2008

21 CONAMED. Legislación de los servicios de enfermería. Consultada el 15 de mayo 2015 disponible en: <http://www.smme.org.mx/assets/legislacionenfermeria.pdf>

22 Ibarra J.A. Registros de enfermería. Consultada 15 de mayo 2015. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm>

Por otra parte, las notas de enfermería son fundamentales en los registros, son espacios en donde la enfermera(o) redacta sus observaciones e intervenciones específicas otorgadas a los pacientes. En general las notas de enfermería sirven para registrar cinco clases de informes: medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo profesional, medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de enfermería, medidas planeadas y ejecutadas por la enfermera que no fueron ordenadas por el médico, conducta del paciente y otras observaciones en relación con su estado de salud y respuestas específicas del paciente al tratamiento y los cuidados.<sup>23</sup>

Ibarra proporciona nemotécnicas para organizar los registros: VIRAR, valoración, intervención, respuesta, acción; DAR, datos, acción, respuesta; DIE, datos, intervención, evaluación; y PIE, problemas, intervención, evaluación.

Giménez y Oros<sup>24</sup> enlistan todo aquello que consideran que no debe ser anotado, como los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente o que descalifiquen al paciente; no hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros; no intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”; no mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren; no referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad.

A pesar de que cada institución de salud tiene diversas formas de registro, todas deben cumplir con las características ya mencionadas, toda la información registrada es parte del expediente clínico, el cual es confidencial, ya que todos los datos pertenecen a una persona que merece respeto a todos sus derechos individuales.

---

<sup>23</sup> Méndez CG y cols. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico  
Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001; 9 (1-4): 11-17

<sup>24</sup> Giménez V., Oros C., et al. Registros de Enfermería. Argentina. 2009

En la actualidad los registros de enfermería están cobrando mayor importancia, debido al aumento de las situaciones médico-legales, frente a las cuales es imprescindible contar con un respaldo del trabajo realizado, que sean anotaciones legibles y de fácil acceso, con la finalidad de favorecer la comunicación entre los componentes del equipo de salud y ayudar a evaluar la calidad de la atención.

Se ha documentado que el cumplimiento del llenado de los registros de enfermería no ha sido el esperado.

En México después de la publicación de decretos y declaraciones por parte de la OMS surgen programas para garantizar la salud de todos los mexicanos y estos programas pretenden impulsar la calidad de la atención que se brinda. SICALIDAD es un programa donde se plantean diferentes indicadores para fortalecer la calidad de atención que recibe el paciente, para la profesión de enfermería específicamente se describe el indicador de Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)<sup>25</sup> el cual se plantea que la profesión de enfermería requiere de la estandarización de los cuidados de enfermería, instrumentos y herramientas tanto para el diagnóstico como para la aplicación de planes de cuidados de enfermería que respondan con intensidad y precisión a una atención de calidad.

Éste indicador trata de fortalecer los servicios de enfermería, estandarizando los cuidados, e identificando las mejores prácticas de atención para compartir experiencias exitosas de estos planes. De acuerdo a lo anterior, ayuda también a mejorar la calidad de los registros clínicos. SICALIDAD<sup>26</sup> no solo impulsa esta medida para mejorar la profesión de enfermería si no que suma el indicador de calidad de los registros de enfermería, en el cual se evalúan los siguientes ocho aspectos: la identificación de la persona este correcta, que se encuentren datos objetivos de las personas, la descripción del ingreso del paciente, el estado físico, psicológico y el plan de intervenciones, si se registran

---

25 Programa De Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral De Calidad En Salud SICALIDAD

26 Indicas. Hospitalización Formatos de recolección y concentración de dato. consultada 17 de mayo 2015  
Disponible: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/doctos/CUADERNILLO>

las intervenciones realizadas, que menciona datos de evolución al tratamiento y la continuidad de enfermería, si documenta los registros clínicos observando la continuidad por día o por turno, registrar las acciones orientadas a detectar factores de riesgo y por último si documenta el plan de alta.

Ortega y Suarez<sup>27</sup> publican en el año 2009 la segunda edición del Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería en el cual se plasman 13 indicadores de calidad entre ellos se encuentran el indicador de: Registro de Observaciones de Enfermería, el cual describe que el personal de enfermería debe incluir en sus registros una síntesis de su valoración, diagnósticos, las intervenciones realizadas, así como la evaluación de la eficacia del cuidado.

Además evalúa que las anotaciones estén hechas de manera correcta mediante un instrumento adaptado a sus necesidades hospitalarias. Algunos de los puntos que toma en cuenta son: la correcta identificación, registro de fecha donde especifique día, mes y año, especifique turno, el uso correcto de siglas, el orden cronológico y la valoración cefalo- caudal, letra legible, sin faltas de ortografía, observaciones importantes, intervenciones, la educación para la salud para el paciente o familia, situaciones pendientes, si es alta a domicilio el registro de la información brindada, que se encuentre sin borrenes, sin corrector y con limpieza, no se deje espacio en blanco entre otros aspectos.

En relación a lo anterior, se puede notar que de acuerdo a los diferentes estudios, son similares los requerimientos para el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería, y que en todos se busca el aumento del cumplimiento de los mismos para la mejora en los servicios de salud que prestan los profesionales de enfermería y que sirvan de manera útil para la continuidad de los cuidados, la seguridad de los pacientes y del mismo gremio de enfermería.

---

<sup>27</sup> Ortega VC. Suárez VG. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería: estrategias para su aplicación. 2° ed. México D., F. Panamericana; 2009.

## **7.4 Consideraciones éticas y legales**

La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, hace referencia a estas exigencias a través del ejercicio de la libertad y de la responsabilidad de los actos realizados.

El código de ética como conjunto de reglas y normas es esencial en la formación todas las carreras universitarias, pero aún más importante en las carreras humanísticas como la de enfermería, ya que dan un sustento técnico con orientación humanista.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería.

El ejercicio de enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, se requiere que todos los profesionales de enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen. Cualquier decisión de enfermería se rige por criterios éticos con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad.

Los Principios básicos de código de ética son: Beneficencia y no maleficencia, Justicia, Autonomía, Valor fundamental de la vida humana, Privacidad, Fidelidad, Veracidad, Confiabilidad, Solidaridad y Tolerancia.

Los registros desde la perspectiva ética tienen que ver con el derecho de los usuarios a tener una información por escrito de todas las acciones que se llevan a cabo, el derecho de los usuarios a la intimidad, la obligación de las enfermeras al llevar a cabo su trabajo con autonomía profesional, la obligación de asumir la responsabilidad de sus acciones y la obligación de contribuir al desarrollo profesional.

Garcés<sup>28</sup> identifica dos aspectos éticos que un profesional de enfermería debe tomar en cuenta para los registros clínicos; el secreto profesional y la confidencialidad. Estos aspectos son una obligación para los profesionales de salud, ya que deben salvaguardar la intimidad de las personas, el mal uso de la información plasmada pone en peligro el respeto a la dignidad humana y pueden afectar seriamente la vida de las personas, de sus familiares, dificultándoles seriamente la conservación de su propia intimidad. Estos motivos obligan a los profesionales de la salud a guardar el secreto profesional y a mantener la confidencialidad de los pacientes para no atentar contra el derecho a la intimidad.

El Decálogo del Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros<sup>29</sup> ayuda a recordar el compromiso de la conducta de los profesionales de enfermería.

Los apartados 2, 4, 5, 8 y 9 se apegan más a la presente investigación.

#### Decálogo del Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México.

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

---

<sup>28</sup> Garcés B, Cercos L. Los registros de enfermería: consideraciones ético-legales. Consultada 3/06/15  
Disponible: <http://www.bioeticaweb.com/los-registros-de-enfermeras-consideraciones-etico-legales-benavent-garcacs>

<sup>29</sup> Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para enfermeros y enfermeras en México. México D.F, 2001

5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Respecto los aspectos legales los registros de enfermería sirven como una evidencia que pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o bien para protegerse ante una acción legal. Es de especial interés que las enfermeras se apeguen con las normas, requerimientos y procesamientos de los registros de la organización para la cual trabaja, y asimismo, conocer las normas profesionales.

Hoy en día, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, siendo el conjunto de documentos, testimonios y reflejo de la relación entre usuario y hospital, reglamentado por la ley básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, con la finalidad de sustentar el trabajo de enfermería.

México cuenta con una normativa que garantiza los derechos de los mexicanos y los protege en cualquier momento. Los profesionales de enfermería se rigen a través de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de la cual se desprenden leyes, códigos, reglamentos y normas oficiales.

Algunas normativas que se relacionan con el sector salud y los registros clínicos son el Artículo 4° Constitucional que garantiza el derecho a la protección de la salud y el Artículo 5° constitucional que brinda el derecho a ejercer libremente cualquier profesión.

La Ley General de Profesiones en su Artículo 61 menciona que los delitos que cometan los profesionales en el ejercicio de la profesión serán castigados por las autoridades competentes. En el Artículo 71 se establece que los profesionistas serán civilmente responsables de las controversias que cometan en el desempeño de trabajos profesionales.

Todas las acciones realizadas de manera no adecuada por parte del profesional de enfermería van a tener sanciones, estas pueden ser de manera administrativa, económica o penales. Un ejemplo de sanción es la que establece el Artículo 328 del Código Penal para el Distrito Federal en el cual queda establecido que el médico o enfermera que ministre un medicamento en perjuicio de la salud se podrá sancionar de 6 meses a 3 años de prisión o de 50 a 300 días de salarios mínimos además se hará una suspensión de actividades por un tiempo determinado<sup>30</sup>, esto por mencionar alguno de los posibles delitos que pueden evitarse con un adecuado registro, conocimiento y apego a las normas establecidas.

Es indispensable contar con una norma en la cual se basen y sustenten las acciones registradas que determinen el reconocimiento oficial y legal que se plasme en el documento. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico ayuda a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico, contiene los elementos técnicos esenciales para las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación. Esta se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

---

30 Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones para mejorar la atención en enfermería. México, 2003

La Norma Oficial Mexicana 004 del expediente clínico define a expediente clínico como el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente.<sup>31</sup>

La NOM 004 del expediente clínico contiene un apartado relacionada a la Hoja de enfermería la cual menciona que deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo: identificación del paciente, hábitus exterior, gráfica de signos vitales; ministración de medicamentos (fecha, hora, vía, dosis, nombre de quien aplica el medicamento); procedimientos realizados, valoración del dolor (localización y escala); nivel de riesgo de caídas, observaciones y nombre completo y firma de quien elabora.

La Norma anteriormente mencionada representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico. Los prestadores de servicios de salud tienen obligatoriedad de integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma.

---

<sup>31</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Consultada el 10/Diciembre/2014. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012)

## 7.5 Estudios relacionados

En México, recientemente se han realizado tres estudios similares acerca de la calidad de los registros clínicos de enfermería y con el indicador de calidad de los mismos, uno de ellos lleva como título “Calidad de los registros clínicos de enfermería: continuidad del cuidado y seguridad del paciente” de Torres S.M., es un estudio de tipo no experimental, descriptivo, correlacional, retrospectivo, documental y de enfoque cuantitativo, el cual tiene como objetivo evaluar el grado de calidad de los registros clínicos de enfermería y su relación con la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente en un grupo de enfermeras de una institución de tercer nivel de atención; se evaluaron 121 expedientes, es decir 423 registros clínicos de enfermería elaborados por 185 enfermeras; los resultados de la calidad de los registros clínicos de enfermería fueron del 72% siendo mínimo el cumplimiento, en la calidad de la dimensión- estructura se obtuvo un cumplimiento parcial del 83.90% y en la dimensión de la continuidad del cuidado (61.35%) y seguridad del paciente (60.50%) tuvieron un resultado de no cumplimiento.<sup>32</sup>

Otro estudio titulado “Los registros de enfermería como indicador de calidad del cuidado.” realizado por Juárez V.A., es un estudio descriptivo y transversal, el cual tiene como objetivo evaluar los registros clínicos de enfermería en una terapia intensiva posquirúrgica de una institución de tercer nivel de la Secretaría de Salud, se utilizaron 75 registros y los resultados estuvieron por debajo del 90% lo cual indica un rango no aceptable, ya que no refleja la calidad del cuidado. Respecto al ámbito cualitativo encontraron seis categorías que influían un buen registro de enfermería: el significado que tienen los registros clínicos de enfermería para el personal de enfermería, las características actuales de los registros clínicos, las características ideales de los mismos, la importancia legal, los factores humanos para unos buenos registros y la debilidad de los registros clínicos de enfermería, dentro de éste último se añadieron cuatro subcategorías que fueron los factores

---

<sup>32</sup> Torres M. Calidad de los registros clínicos de enfermería: continuidad del cuidado y seguridad del paciente. México. D.,F. 2011

humanos ligados con el llenado, el tiempo como un obstáculo, la obligación administrativa, y la repetición.<sup>33</sup>

Por otro lado, Morales, T.O. realizó un estudio de tipo transversal, documental, descriptivo y observacional con enfoque cuantitativo titulado “Los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado otorgado: un ejercicio de auditoría”, basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson con una muestra a conveniencia o no probabilística de 55 registros de enfermería, el objetivo principal fue auditar el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería a través de la determinación del índice de eficiencia que alcanzan los registros clínicos de enfermería en un Hospital de segundo nivel de atención en el D.F., en concordancia con el apartado de registros de la Norma Oficial Mexicana NOM- 004- SSA3- 2012, del expediente clínico, como resultados de 42 actividades que realiza el personal de enfermería, trece de ellas tuvieron un cumplimiento de excelencia (90- 98%) que fueron el correcto llenado del: nombre de la institución, nombre del paciente gráfica de los signos vitales, registro de medicamentos, número de cama, y expediente, edad y sexo del paciente, diagnóstico principal, frecuencia respiratoria, nombre de la enfermera, soluciones parenterales y alimentos ingeridos; veinte actividades estuvieron dentro de parámetros inaceptables (0.00%- -59.0%) al no registrarse: hipertermia o hipotermia, medidas de control para las mismas, deficiencia en registros de deambulaci3n, reposo y sue1o, cambios de posici3n, medidas de prevenci3n de 6lceras por presi3n, alteraciones del sue1o, medidas de higiene, aseo parcial, necesidad de apoyo para vestirse, actividades educativas realizadas, valoraci3n del c3digo de seguridad, valoraci3n de necesidades del trabajo, aprendizaje, comunicaci3n, religi3n y creencias.<sup>34</sup>

En otros pa6ses se encontraron dos investigaciones muy similares y relacionadas al mismo tema, una de ellas es de La Paz, Bolivia, Meneces Q.P.,

---

33 Juárez A.B. Los registros de enfermería como indicador de calidad del cuidado. México. D.,F. 2012

34 Morales O. Los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado otorgado: un ejercicio de auditoría. México. D.,F. 2014

titulada “Calidad de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E. en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Hospital Seguro Social Universitario La Paz Gestión 2012”, tiene como objetivo conocer el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E, es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y corte transversal, la muestra que utilizaron fue de 65 registros de enfermería, y los resultados fueron de no cumplimiento de las normas de registro y en cuanto al cumplimiento de los registros de enfermería y en base al instrumento que ocuparon encontraron que el 45% si cumplen con la calidad, 39% cumplen el mínimo y el 16% no cumple con los requerimientos de calidad.<sup>35</sup>

En el Distrito de San Bartolomé, Lima, Gutiérrez C.J.V. y cols., realizaron un estudio de tipo no experimental, descriptivo y transversal titulado “Nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, 2012” que tiene como objetivo determinar el nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería con respecto a los cuidados que se brinda en el servicio de Gineco- obstetricia, tuvieron una muestra de 41 historias clínicas, en la cual los registros de enfermería se dividían en cuatro hojas (Hoja de Funciones Vitales, Kárdex, Anotaciones de Enfermería y Hoja de Balance Hídrico), en base a esto, sus resultados reflejaron que las enfermeras cumplen con realizar los registros entre un nivel bueno y muy bueno de 63.4% y el 7.3% realizan registros muy malos.<sup>36</sup>

Escalera F.L.F<sup>37</sup>, Medina C.J.M y Martín E.I realizaron un análisis del registro de cuidados de enfermería en el traslado interhospitalario del Hospital Comarcal Infanta Margarita de Cabra, Córdoba España, en 2011, su objetivo fue evaluar cada uno de los registros de enfermería identificando los posibles errores

---

35 Meneces P.V. Calidad de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E. en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Hospital Seguro Social Universitario La Paz Gestión. La Paz, Bolivia. 2012.

36 Gutiérrez J.V., Esquén O.Y., Gómez E.P.. Nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé. San Bartolomé, Lima. 2012.

37 Escalera F.L. F., Medina C.J.M., Martín E.I., Gutiérrez B. Análisis del registro de cuidados de enfermería en el traslado interhospitalario del hospital comarcal infanta margarita de cabra, córdoba. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. España: 2012

en su cumplimentación, fue un estudio transversal, se evaluaron 263 registros de enfermería, las variables fueron la edad, sexo, tipo de ambulancia de transporte, especialidad médica a la que iba derivado el paciente, diagnósticos de enfermería y las intervenciones. En los resultados detectaron frecuentes errores de cumplimiento en dichos registros de enfermería, sobre la falta de datos básicos identificativos, por ejemplo, la edad del paciente es el dato que más veces ha sido obviado con un 37% de los registros, seguido de no realizar ningún diagnóstico enfermero y la falta de la especialidad a la que va dirigida el paciente, 31% y un 27% respectivamente. Otra falta de datos esenciales, se aprecia en el no registro de intervenciones de enfermería con un 20% y el 7% de los registros no se había realizado ni la visita pre-traslado ni la transferencia post-traslado.

## **VIII. Metodología**

### **8.1 Diseño**

Observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

### **8.2 Universo de estudio**

Registros clínicos de enfermería en los servicios de cirugía general y medicina interna, obtenidos de los expedientes clínicos.

### **8.3 Población de estudio**

Registros clínicos de enfermería de los expedientes clínicos en los servicios de cirugía general y medicina interna, de los turnos matutino, vespertino, nocturno A y B. (*Anexo 6, Figura 1*)

### **8.4 Tamaño de la muestra**

La muestra fue convencional de 210 registros clínicos de enfermería, 105 de Medicina Interna y 105 de Cirugía General. (*Anexo 6, Figura 2*)

### **8.5 Criterios de selección**

#### **8.5.1 Criterios de Inclusión**

a) Registros de enfermería de los expedientes clínicos correspondientes a los meses de Junio y Julio de 2015; b) Registros clínicos de enfermería exclusivamente de los servicios de cirugía general y medicina interna; c) Registros clínicos de enfermería de los tres diferentes turnos.

#### **8.5.2 Criterios de exclusión**

a) Registros de enfermería no correspondientes a los servicios de cirugía general y medicina interna; b) Registros clínicos de enfermería mutilados o de tal manera que no sean visibles para la evaluación.

## 8.6 Variables del estudio

**Cuadro 1. Operacionalización de variables**

<b><i>Variables generales</i></b>	<b>Clasificación</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Escala</b>	<b>Definición</b>	<b>Definición operacional</b>
Sexo	Cualitativa Nominal	Dicotómico	Hombre Mujer	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	
<b><i>Variables principales</i></b>	<b>Clasificación</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Escala</b>	<b>Definición</b>	<b>Definición operacional</b>
Registros clínicos de enfermería	Cuantitativa Nominal	Politómica	Si= 1 No= 0 No aplica "N/A"= 1	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.	Son las hojas de enfermería en la cual se recolecta información del paciente, en tres turnos diferentes, durante las 24 horas.

Nivel de cumplimiento	Cuantitativa Ordinal	Porcentaje	Nivel de excelencia: 91%-100%  Nivel de cumplimiento significativo: 85%- 90%  Nivel de cumplimiento parcial: 75%- 84%  Nivel de cumplimiento mínimo: 70%- 74%  Nivel de no cumplimiento: Por abajo del 70%	Grado en el que una cosa o situación se apega a lo establecido por una escala.	El personal de enfermería cumple de 32 a 35 ítems.  El personal de enfermería cumple con 30 a 31 ítems.  El personal de enfermería cumple con 26 a 29 ítems.  El personal de enfermería cumple con 25 a 24 ítems.  El personal de enfermería no cumple menor a 23 ítems.
Servicio	Cualitativa Nominal	Dicotómico	Cirugía general  Medicina Interna	Área específica en una institución de salud.	Áreas de hospitalización: Medicina Interna y Cirugía General.
Turno	Cualitativa Nominal	Politómica	Matutino  Vespertino  Nocturno (velada A y B)	Es el horario en que el trabajador desempeña sus labores: <i>matutino, vespertino y nocturno.</i>	Tiempo determinado en el que labora una persona que presta servicios a un área específica.

Nivel académico	Cualitativa Ordinal	Politómica	Auxiliar Técnico Postécnico Licenciatura Especialidad Maestría	Grado máximo de estudios.	<p>Auxiliar: que cuente con diploma.</p> <p>Técnico: que cuente con título y cédula profesional.</p> <p>Postécnico: que haya realizado estudios posteriores a la carrera técnica y cuente con diploma.</p> <p>Licenciatura: que cuente con título y cédula profesional.</p> <p>Especialidad: que cuente con grado y cédula de especialista.</p> <p>Maestría: que cuente con el grado de maestro y cédula de Maestría.</p>
-----------------	------------------------	------------	---	---------------------------	---

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

## 8.7 Instrumento de recolección de datos

### 8.7.1 Descripción

El instrumento utilizado para encontrar el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería es una cédula de auditoría que consta de un primer apartado para conocer el perfil sociodemográfico de la enfermera (o) que elabora los registros, se tomó en cuenta el sexo, servicio, turno y nivel académico, también se consideró número de expediente, número de cama y diagnóstico médico.

La segunda parte es un cuestionario de 35 ítems politómicos sobre aspectos generales y detallados que debe contener un adecuado registro de enfermería, los criterios de evaluación fueron Si= 1 sí el registro contaba con el criterio de evaluación, No= 0 sí no estaba presente y en ocasiones en dónde la situación del paciente o del mismo registro no era aplicable se daba 1 punto para No Aplica.

En la parte final del instrumento se encontraba un recuadro para anotar observaciones sobresalientes e importantes durante la recolección de la información y había otro espacio para anotar evento adverso en caso de haber sido registrado alguno. (*Anexo 1*)

La duración aproximada para el llenado de cada instrumento fue de 15 minutos.

Los ítems para medir el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería son los siguientes:

Ítem 1. Los datos de identificación registrados corresponden al paciente correcto.

Ítem 2. Anota la fecha de ingreso del paciente al servicio.

Ítem 3. Registra la hora de ingreso del paciente al servicio.

Ítem 4. Anota la fecha subsecuente del día estancia de hospitalización.

Ítem 5. Registra el número progresivo del día estancia hospitalaria.

Ítem 6. Grafica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración) acorde con los códigos institucionales.

Ítem 7. Anota los datos (objetivos y/o subjetivos) de la valoración focalizada y/o generalizada del paciente.

Ítem 8. Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad).

Ítem 9. Valoración de alergias.

Ítem 10. Registra datos socio - culturales del paciente (religión, idioma- dialecto, prácticas- preferencias culturales).

Ítem 11. Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales.

Ítem 12. Anota los juicios sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales.

Ítem 13. Documenta la comunicación de los problemas de salud reales y/o potenciales detectados, a otros profesionales de la salud.

Ítem 14. Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente.

Ítem 15. Anota la hora de las intervenciones de enfermería.

Ítem 16. Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir el riesgo de infección.

Ítem 17. Registra la fecha de instalación de medios invasivos.

Ítem 18. Anota las características específicas de la herida quirúrgica (para evitar posibles complicaciones) en caso necesario.

Ítem 19. Registra características específicas de los drenajes (estado de la piel circundante, cantidad, consistencia, color).

Ítem 20. Registra los medicamentos administrados especificando nombre genérico, hora, dosis y vía.

Ítem 21. Utiliza unidad de medición universal e institucionalmente aceptada.

- Ítem 22. Anota abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas.
- Ítem 23. Registra las medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caídas del paciente.
- Ítem 24. Anota las medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión del paciente.
- Ítem 25. Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y/o familiar para contribuir a la seguridad del paciente.
- Ítem 26. Documenta el plan de alta domiciliaria del paciente.
- Ítem 27. Registra las respuestas del paciente (revaloraciones) a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas.
- Ítem 28. Anota revaloración del dolor.
- Ítem 29. Anota situaciones pendientes (estudios, cirugías, transfusiones, medicación, instalación de medios invasivos, etc.) al siguiente turno.
- Ítem 30. Realiza los registros sin faltas de ortografía (máximo dos: acentuación y/o palabras).
- Ítem 31. Registros con lenguaje técnico: uso de terminología científica.
- Ítem 32. La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender.
- Ítem 33. Realiza los registros con letra legible.
- Ítem 34. Los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras, uso de corrector).
- Ítem 35. Cuenta con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno.

### **8.7.2 Criterios de evaluación del instrumento**

Para aplicar el instrumento se utilizaron tres hojas de registros de enfermería, la primera es la hoja de registros de enfermería clínica en la que se describe el plan estandarizado de cuidado que se brinda a cada paciente (*Anexo 2.1*). La segunda hoja es la de medios invasivos en la cual se realizan anotaciones referentes a la instalación de accesos venosos periféricos y centrales, sondas vesicales, sondas nasogástricas u orogástricas, apoyo ventilatorio y medios invasivos durante el pre y post- operatorio que no aplicaban para el estudio (*Anexo 2.2*). La tercera fue la hoja de educación al paciente y familia en donde se deben registrar las pláticas de educación al paciente y/o familiar, de acuerdo a las necesidades detectadas, así mismo en esta hoja se registra el plan de alta del paciente y el medio por el cual se brindó la información ya sea verbal o escrita (*Anexo 2.3*).

De acuerdo a lo anterior, se aplicó el instrumento con las tres hojas de enfermería quedando de la siguiente manera:

Los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35 se encontraron en la hoja de registros de enfermería clínica del Hospital de Segundo Nivel de Atención

Los ítems 16 y 17 eran tomados de la hoja de enfermería para medios invasivos.

Los ítems 10, 25 y 26 fueron evaluados de la Cédula de Educación al paciente y familia.

A dichos ítems se le daba un valor si estaba o no estaba presente en los registros clínicos de enfermería evaluados, los valores eran Si= 1 punto, No= 0 puntos y No Aplica= 1 punto, al final se sumaba el total de puntos y se determinaba en qué nivel de cumplimiento se encontraba.

El punto de corte se llevó a cabo de acuerdo a los estándares de calidad para el nivel de cumplimiento. (Cuadro 2)

**Cuadro 2. Estándares de Calidad para el Nivel de Cumplimiento**

Niveles de cumplimiento	Descripciones
Nivel de excelencia Estándar de calidad 91%-100%	El personal de enfermería realiza de manera secuencial todo el proceso.
Nivel de cumplimiento significativo Estándar de calidad 85%- 90%	El personal de enfermería cumple con la mayoría de requisitos del proceso.
Nivel de cumplimiento parcial Estándar de calidad 75%- 84%	El personal de enfermería con algunos requisitos del proceso.
Nivel de cumplimiento mínimo Estándar de calidad 70%- 74%	El personal de enfermería cumple con poco de los requisitos del proceso.
Nivel de no cumplimiento Por abajo del 70%	El personal de enfermería no cumple con la mayoría de los requisitos del proceso.

Fuente: Ortega VC. Suárez VG. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. 2009

### 8.7.3 Validez y confiabilidad

El instrumento utilizado fue elaborado por Torres Santiago Marisol, Zárate Grajales Rosa A., y Matus Miranda Reyna, validado por un grupo de expertos en la Ciudad de México, con validez por contenido y coeficiente Kuder Richardson  $r=.86^{38}$

<sup>38</sup> Torres M, Zárate RA, Matus R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Revista Enfermería Universitaria*. 2011; 8: 17- 25.

## **8.8 Descripción de procedimientos**

### **8.8.1 Recolección de datos**

Se elaboró un protocolo de la investigación para la aprobación por parte del Comité de Investigación del Hospital de Segundo Nivel de Atención, el cual inicio en el mes de Noviembre de 2014, se realizó un cronograma para establecer fechas de acuerdo a lo que se llevó a cabo mes a mes (*Anexo 3*).

La aprobación por parte del Comité para la aplicación y publicación posterior de la investigación fue en el mes de Julio de 2015. (*Anexo 4*)

Se solicitó la autorización de la Subdirección de Enfermería y del Departamento de Enseñanza e Investigación para la revisión de los registros clínicos de enfermería de los servicios de cirugía general y medicina interna (*Anexo 5*).

La selección de datos fue de manera aleatoria, se tomaba una hoja de enfermería por cada paciente, en donde se encontraban tres diferentes registros clínicos de enfermería realizados por tres enfermeras distintas de cada uno de los turnos, una vez ya seleccionada la hoja de enfermería se realizaba una evaluación con el instrumento anteriormente ya mencionado por cada registro.

Para los datos sociodemográficos se solicitó la autorización de los jefes de servicio, para consultar el rol del personal de las áreas de cirugía general y medicina interna, así como del personal suplente para mantener de manera confidencial el llenado de cada hoja de enfermería.

### **8.8.1 Prueba piloto**

Se realizó la prueba piloto, con previa autorización de la Subdirección de enfermería y del Departamento de Enseñanza e Investigación, para aplicar los cuestionarios previos al definitivo.

La prueba piloto se aplicó en Mayo de 2015 en el Hospital de Segundo Nivel de atención. La muestra fue de 30 registros clínicos de enfermería, 15 de cirugía general y 15 de medicina interna, se utilizó el mismo instrumento descrito en el apartado anterior.

Los resultados de la prueba piloto en términos generales fueron registros realizados por enfermeras(os) técnicos con el 58%, y en relación al nivel de cumplimiento, con un mayor porcentaje fue el de cumplimiento mínimo con el 27%, seguido del nivel parcial con el 23%, con un nivel suficiente del 20%, el nivel de excelencia con el 17% y el no cumplimiento fue del 13%.

La prueba piloto permitió unificar criterios de aplicación, eliminar sesgos y detectar posibles fallas o errores en la estructura del instrumento de recolección, de tal manera que permitió realizar algunos cambios de gran utilidad.

### **8.8.2 Análisis de datos**

Para facilitar la captura del perfil sociodemográfico se realizó el siguiente diseño:

1. Sexo: Femenino (1); Masculino (2)
2. Nivel académico: Auxiliar (1); Técnico (2); Posttécnico (3); Licenciatura (4); Especialidad (5); Maestría (6)
3. Servicio: Cirugía General (1); Medicina Interna (2)
4. Turno: Matutino (1); Vespertino (2); Nocturno (03)

Al recabar la información necesaria de acuerdo al número de muestra, se realizó el vaciado de información en la base de datos Microsoft Excel 2010, se realizaron figuras y cuadros para mostrar los resultados y hallazgos encontrados.

### **8.8.3 Validación de datos**

Se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión: media, porcentajes, etc.

## **IX. Consideraciones éticas**

"Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

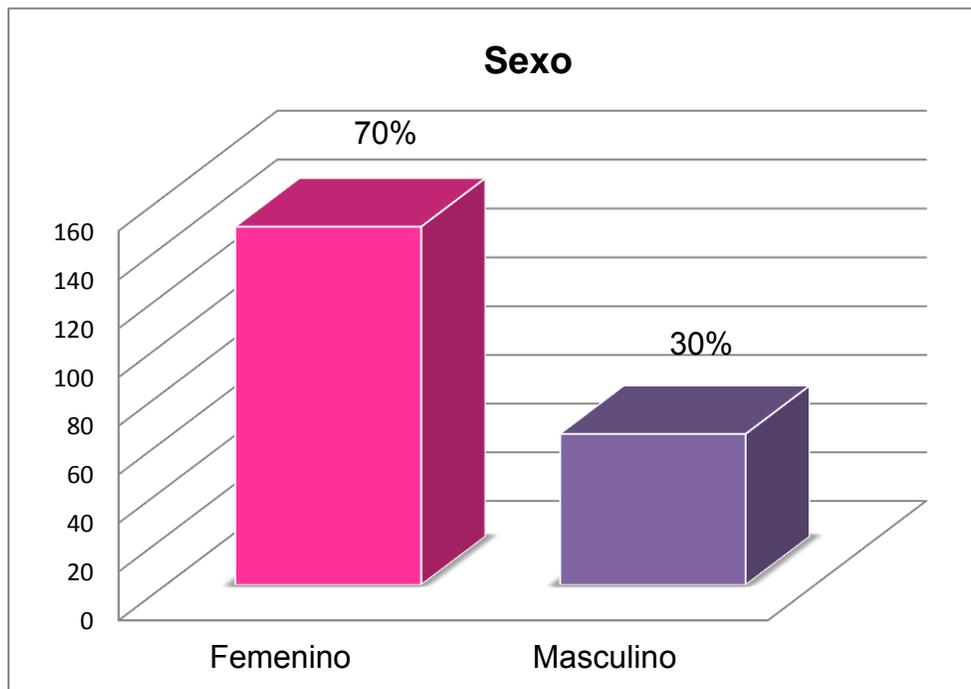
Título segundo, Capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado."

Título segundo, Capítulo I, Artículo 17, Sección I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

Título segundo, Capítulo I, Artículo 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

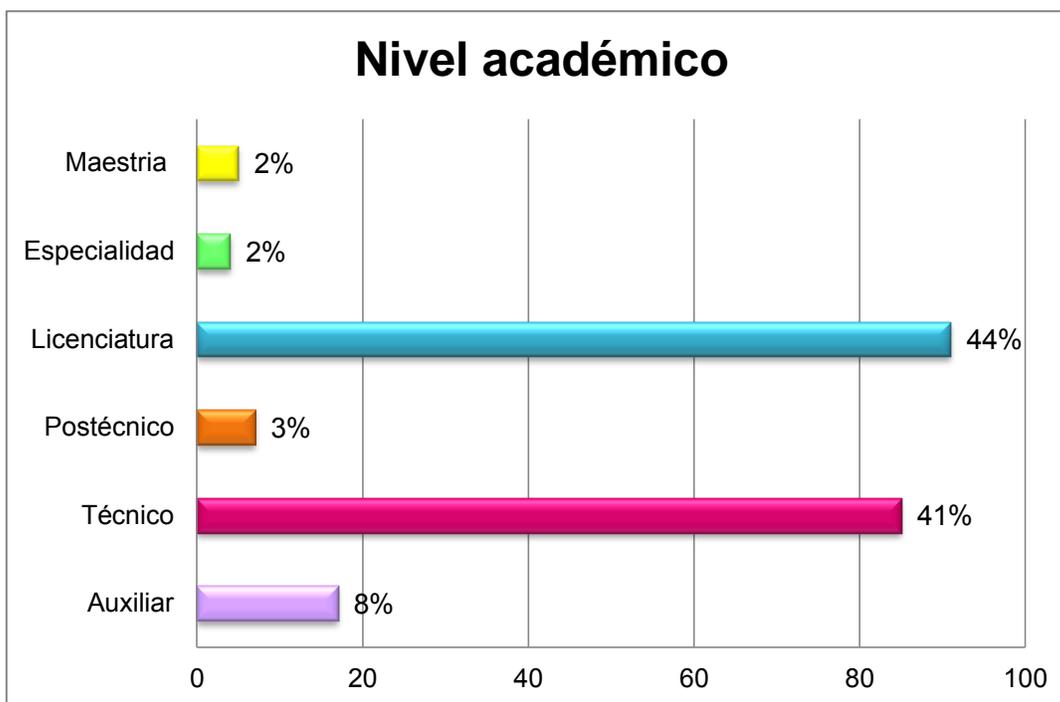
## X. Análisis de resultados

En el Hospital de Segundo Nivel de Atención donde se realizó el estudio, con una muestra de 210 registros clínicos de enfermería realizados por 58 enfermeras y enfermeros en el área de medicina interna y cirugía general de los tres diferentes turnos, se encontró que el 70% del personal correspondía al sexo femenino y 30% al sexo masculino (Figura 1), lo cual muestra el predominio del sexo femenino en la profesión de enfermería. En relación al nivel académico destacó con un 44% el nivel Licenciatura, seguido del nivel Técnico con un 41%, posteriormente el nivel Auxiliar con el 8%, Postécnico 3%, Especialidad 2% y Maestría 2% consecutivamente (Figura 2) (Cuadro 3).



**Figura 1. Sexo del personal de enfermería.**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015



**Figura 2. Nivel académico del personal de enfermería.**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

<b>Cuadro 3. Perfil sociodemográfico de la enfermera (o) que elaboró los registros clínicos de enfermería.</b>			
Sexo	Femenino	147	70%
	Masculino	62	30%
Nivel académico	Auxiliar	17	8%
	Técnico	85	41%
	Postécnico	7	3%
	Licenciatura	91	44%
	Especialidad	4	2%
	Maestría	5	2%
Servicio	Cirugía General	105	50%
	Medicina Interna	105	50%
Turno	Matutino	70	33.3%
	Vespertino	70	33.3%
	Nocturno	70	33.3%
Nº total de casos		210	

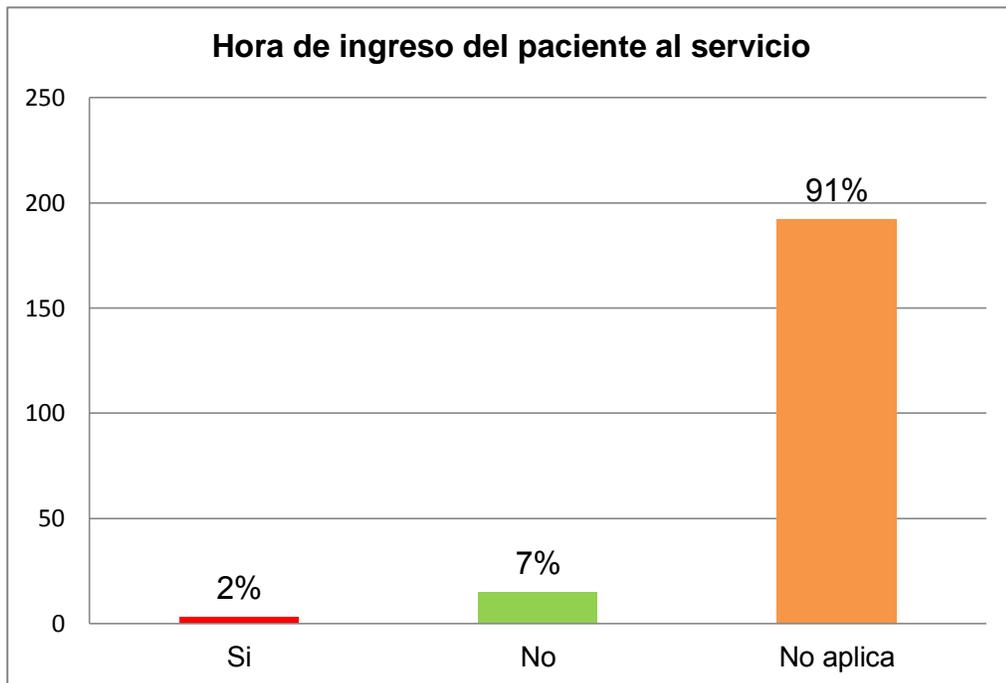
Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

De acuerdo a los 35 ítems evaluados en el instrumento hubo algunos que cumplieron con más del 90% como la identificación del paciente, fecha de ingreso días de estancia hospitalaria, entre otros.

Los criterios más sobresalientes se describen a continuación.

La hora de ingreso en que el paciente llega al servicio, resulto ser un criterio que no aplicaba en la mayoría de los casos ya que la hoja de enfermería del Hospital de Segundo Nivel no cuenta con un apartado específico para registrar la hora de ingreso al servicio de hospitalización, sin embargo hubo algunos registros en los que si anotaban la hora de ingreso en el apartado de *nota de enfermería* lo cual podría indicar que el profesional de enfermería lo considera importante a documentar.

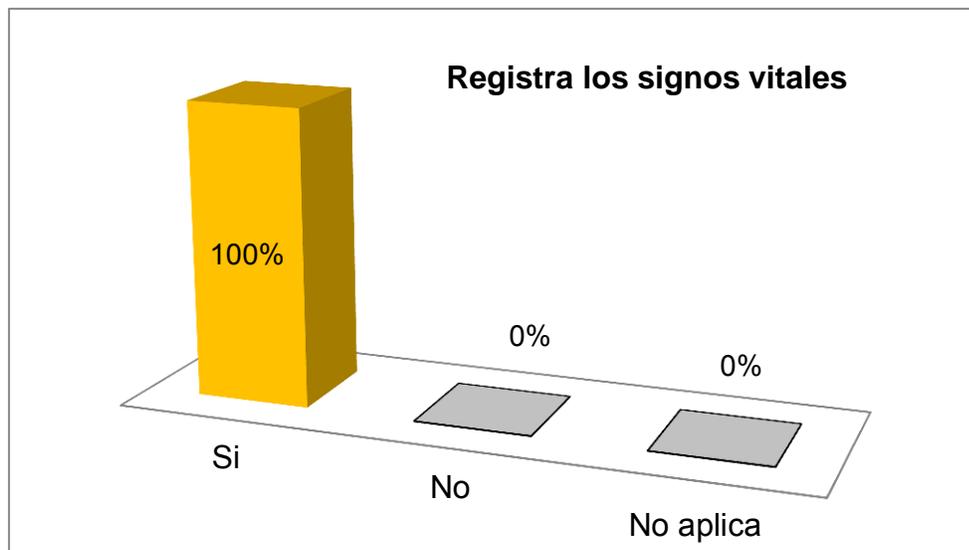
El personal con un 2% sí registro la hora de ingreso, el 7% no lo hizo y el 91% no fue aplicable. (Figura 3)



**Figura 3. Hora de ingreso del paciente al servicio**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

Cabe destacar que el personal de enfermería si registró en un 100% los signos vitales, ya que forman parte de las intervenciones diarias que realiza enfermería. (Figura 4)



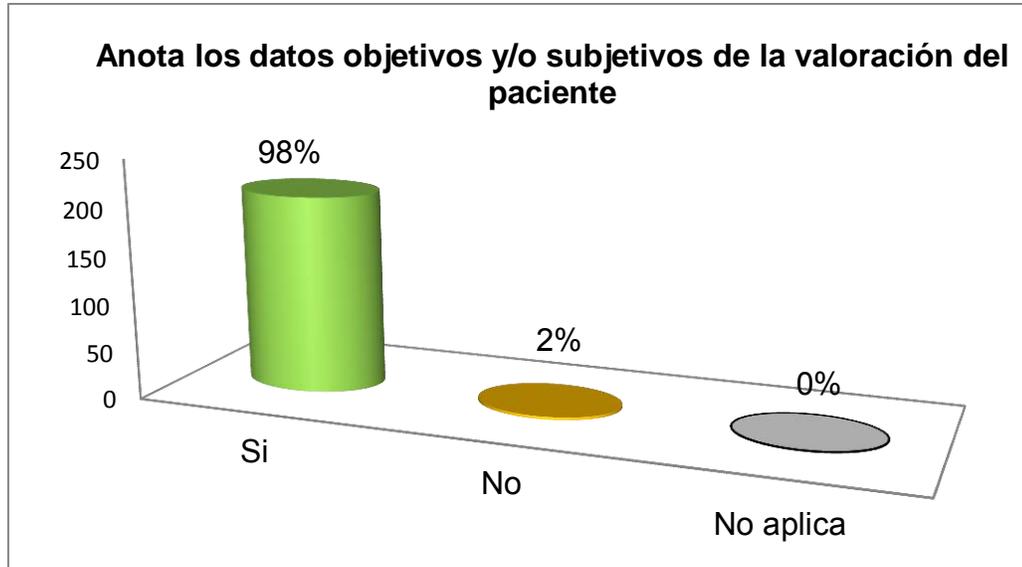
**Figura 4. Registra los signos vitales**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

Los enfermeros y enfermeras si anotan en su mayoría datos objetivos y subjetivos de la valoración de los pacientes con un 98%, y con un 2% no registran, es decir que la mínima parte de los registros evaluados no fueron registrados, esto quiere decir que la valoración inicial que se realiza al paciente si se registra.

Algunos datos objetivos que fueron registrados fueron los signos vitales, coloración tegumentaria, diaforesis, vómito, cuantificación de gastos por drenajes, características de acuerdo a la palpación y auscultación, según fuera el caso.

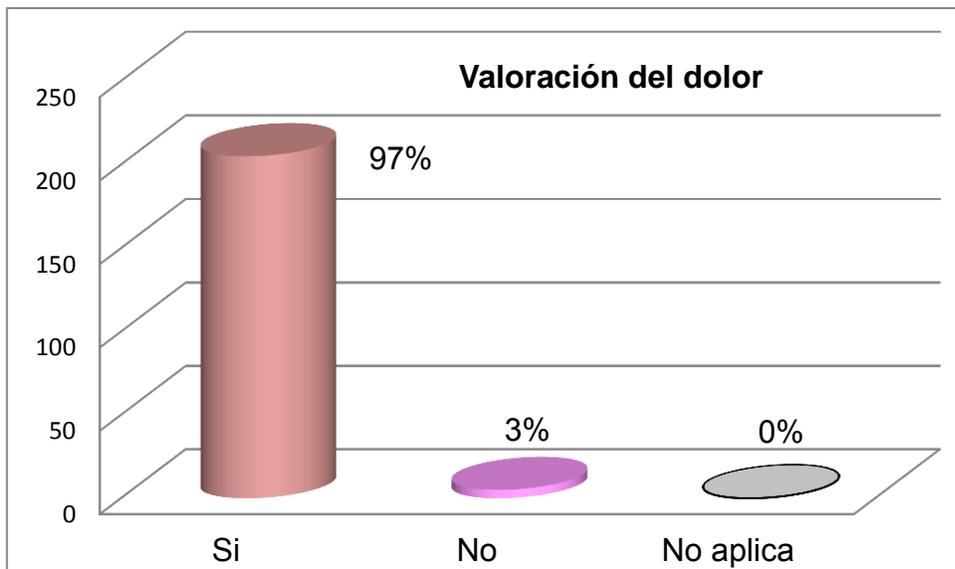
Por otro lado los datos subjetivos que se registraron fueron el dolor y situaciones que refería el paciente, según como se sentía en ese momento. (Figura 5)



**Figura 5. Anota los datos objetivos y/o subjetivos de la valoración del paciente**

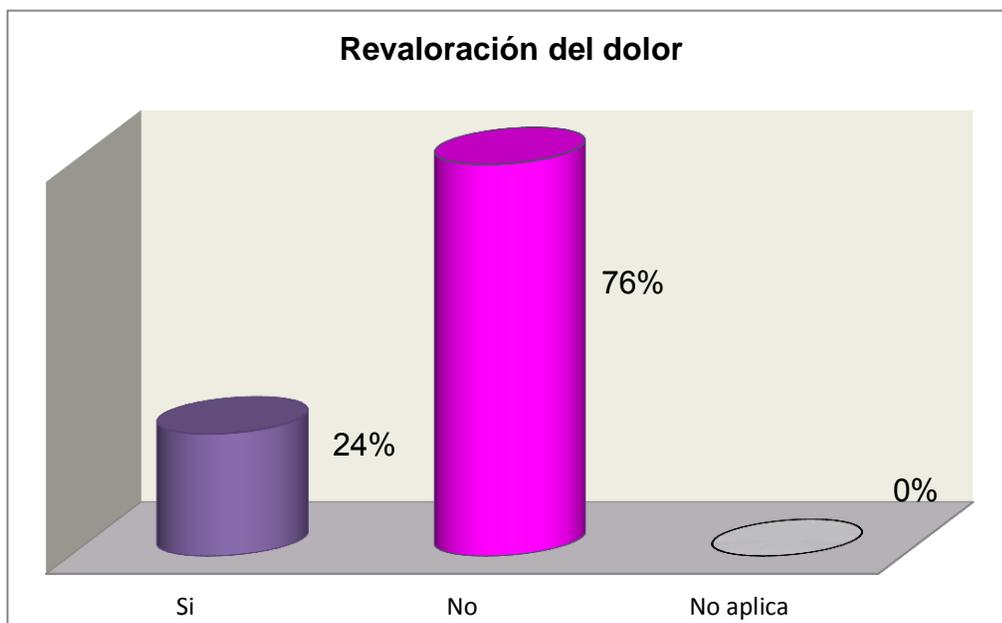
Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

En cuanto a la valoración del dolor, el personal de enfermería si registra en un 97%, y en un 3% no lo hace (Figura 6), y resulta interesante ya que a la hora de revalorar no registran nuevamente una valoración del dolor en un 76%, mientras que el 24% si lo hace. (Figura 7).



**Figura 6. Valoración del dolor**

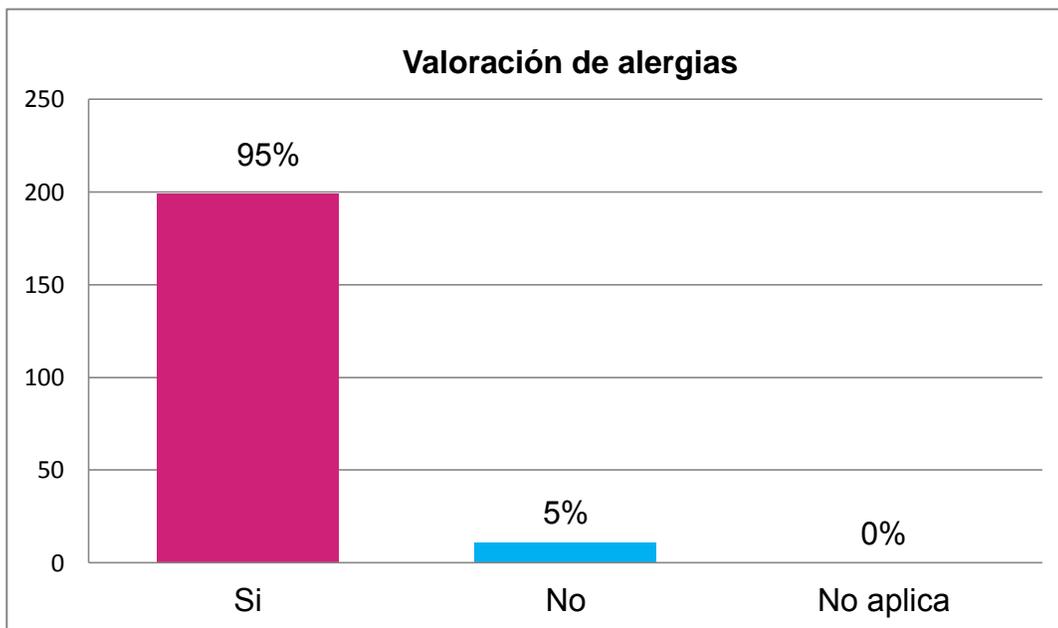
Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015



**Figura 7. Revaloración del dolor**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

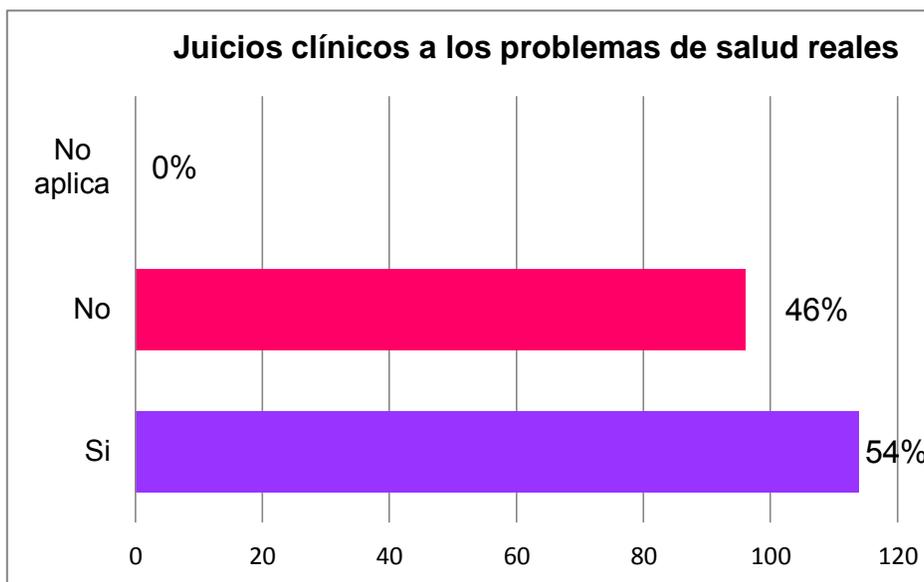
La valoración de alergias fue registrada en un 95% y en un 5% no se registra, independientemente de que existan o no las alergias, en su mayoría si se cumple y se valora éste criterio. (Figura 8)



**Figura 8. Valoración de alergias**

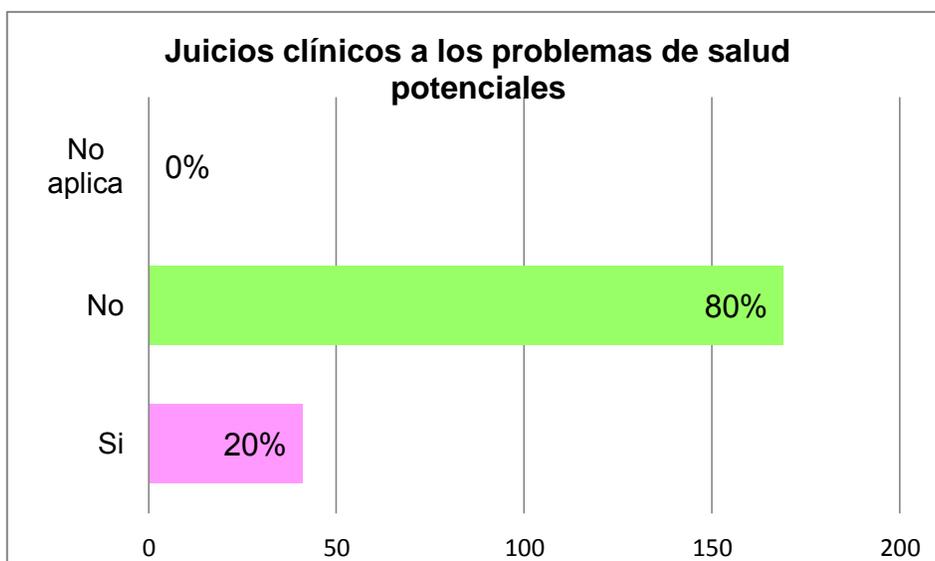
Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

Los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales si se registraron en un 54% y en un 46% no se registraron casi con una mínima diferencia (Figura 9); mientras que los juicios clínicos a los problemas de salud potenciales no se registraron en un 80% y en un 20% restante si se registraron. (Figura 10)



**Figura 9. Juicios clínicos a los problemas de salud reales**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

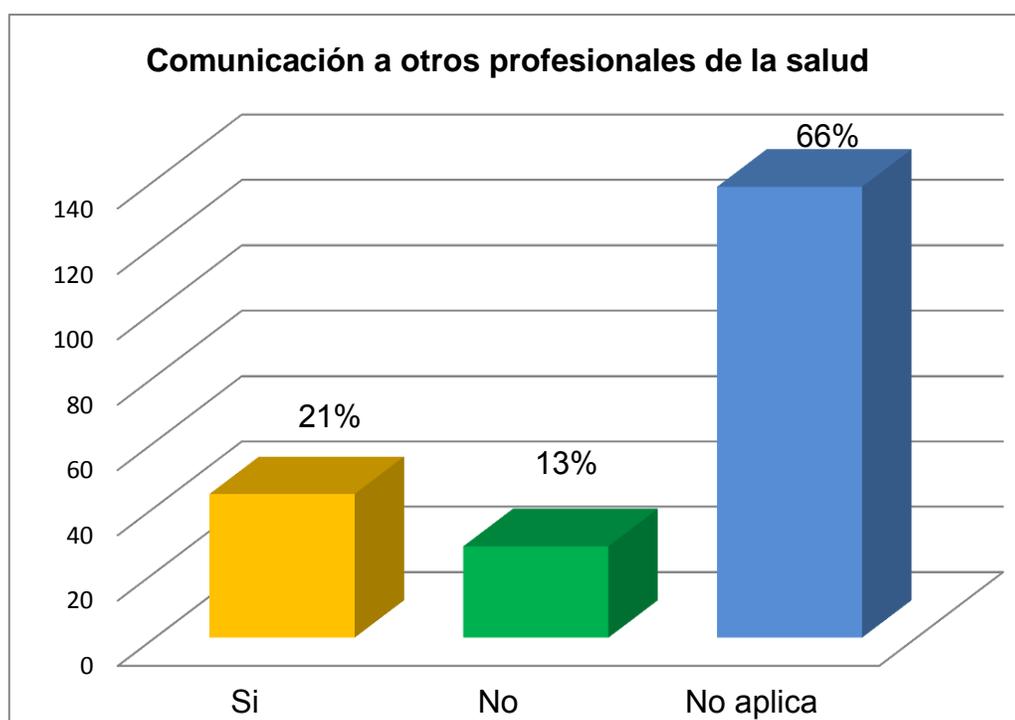


**Figura 10. Juicios clínicos a los problemas de salud potenciales**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

Los juicios clínicos forman parte importante y fundamental del proceso de atención de enfermería, muestran los problemas de salud presentes y los posibles problemas que se podrían evitar con un adecuado seguimiento de la información para la continuidad del cuidado otorgado, que con una comunicación efectiva entre profesionales podría hacer el cambio, sin embargo, es interesante ver como estos criterios fueron los más bajos en porcentajes de cumplimiento.

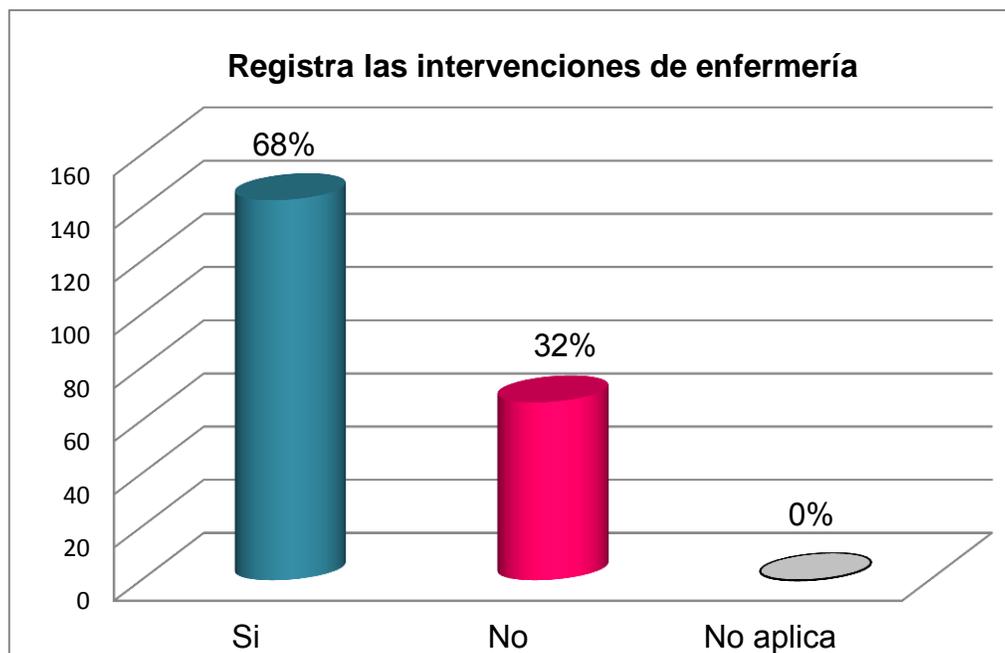
El registro acerca de la comunicación de los problemas de salud reales y/o potenciales detectados, a otros profesionales de la salud que se observan durante la valoración al paciente son registrados en un 21%, en un 13% no se registraron y en un 66% no aplico ya que no habían situaciones pendientes. (Figura 11)



**Figura 11. Comunicación a otros profesionales de la salud**

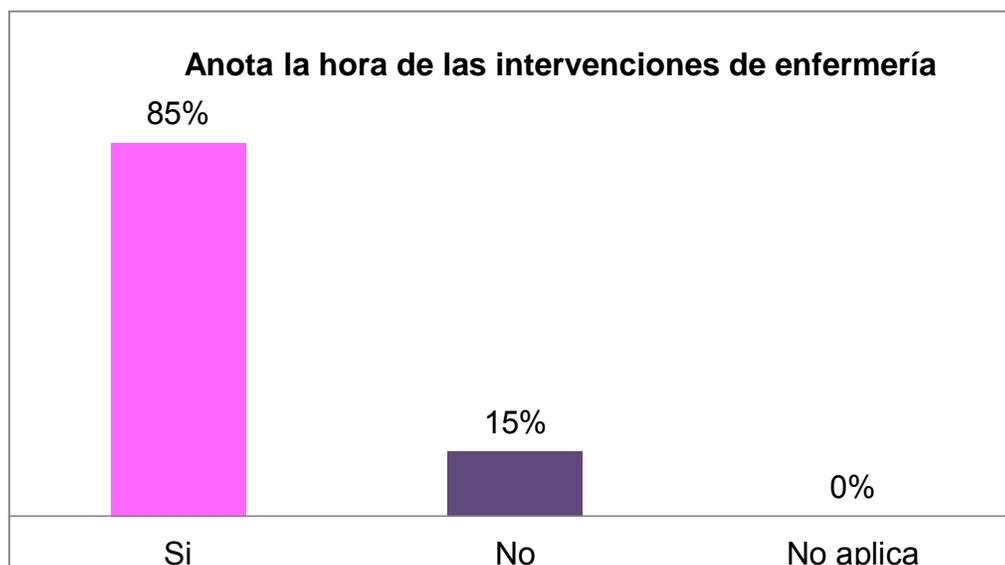
Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

Las intervenciones realizadas por el personal de enfermería para dar solución a las necesidades detectadas a cada paciente, se registró en un 68% y no las registraron en un 32% (Figura 12); la hora de éstas mismas intervenciones se registró con el 85% y no se registraron en un 15%. (Figura 13)



**Figura 12. Registra las intervenciones de enfermería**

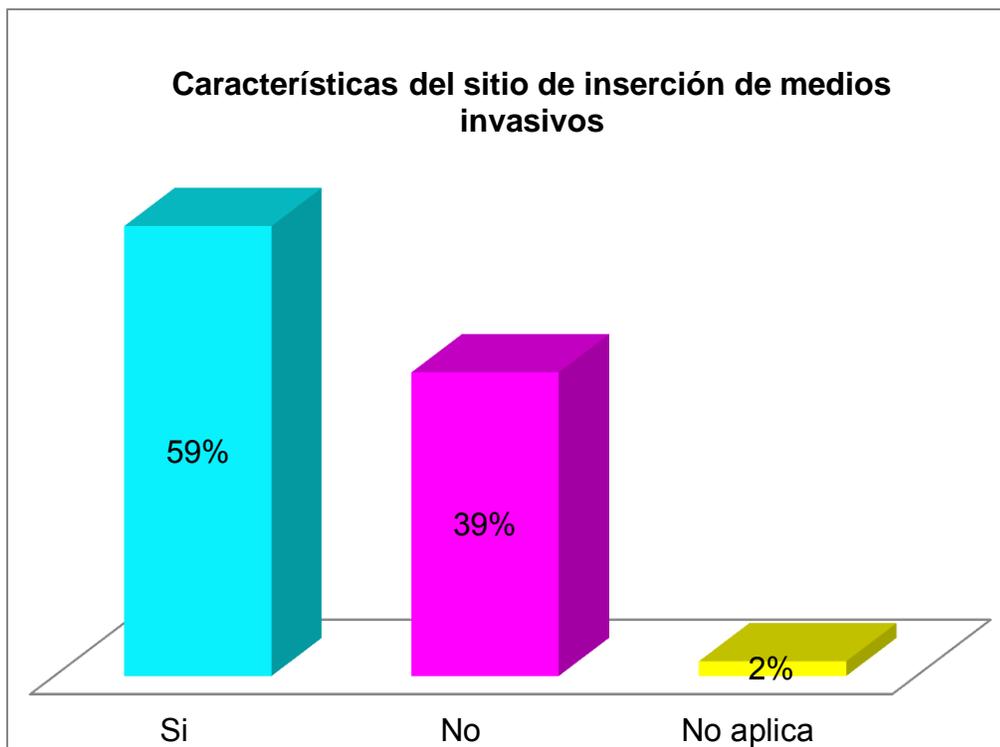
Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015



**Figura 13. Anota la hora de las intervenciones de enfermería**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

Otro aspecto importante son los medios invasivos, los cuales deben ser registrados con características generales en especial en los sitios de inserción, y anotar la fecha de instalación. El 59% si registró las características de los medios invasivos, el 39% no lo hizo y el 2% no aplico ya que eran pacientes sin ningún medio invasivo en ese momento (Figura 14).

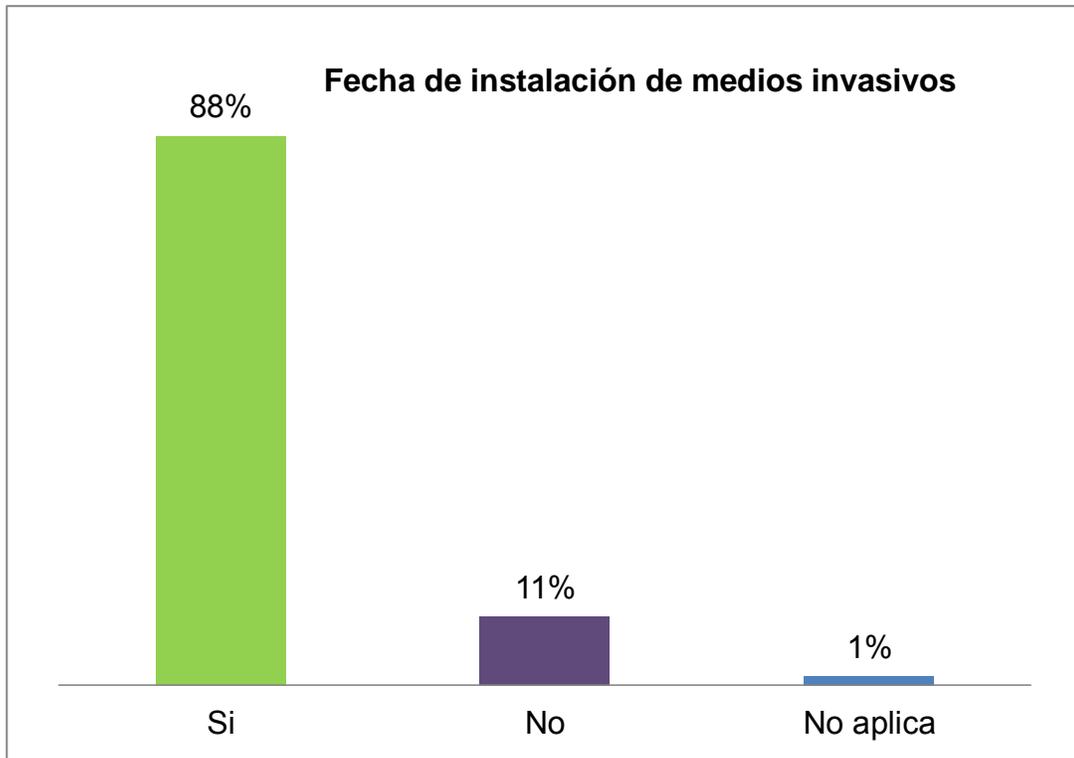


**Figura 14. Características del sitio de inserción de medios invasivos**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

El 88% si registraba la fecha de instalación de los medios invasivos, el 11% no lo hizo y el 1% no aplico ya que de igual manera no tenia ningún medio invasivo. (Figura 15)

Un dato interesante es que en pacientes con apoyo ventilatorio no registraban la fecha de inserción de cánulas orotraqueales ni el retiro, lo que implica un riesgo ya que se trata de pacientes más vulnerables.



**Figura 15. Fecha de instalación de medios invasivos.**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

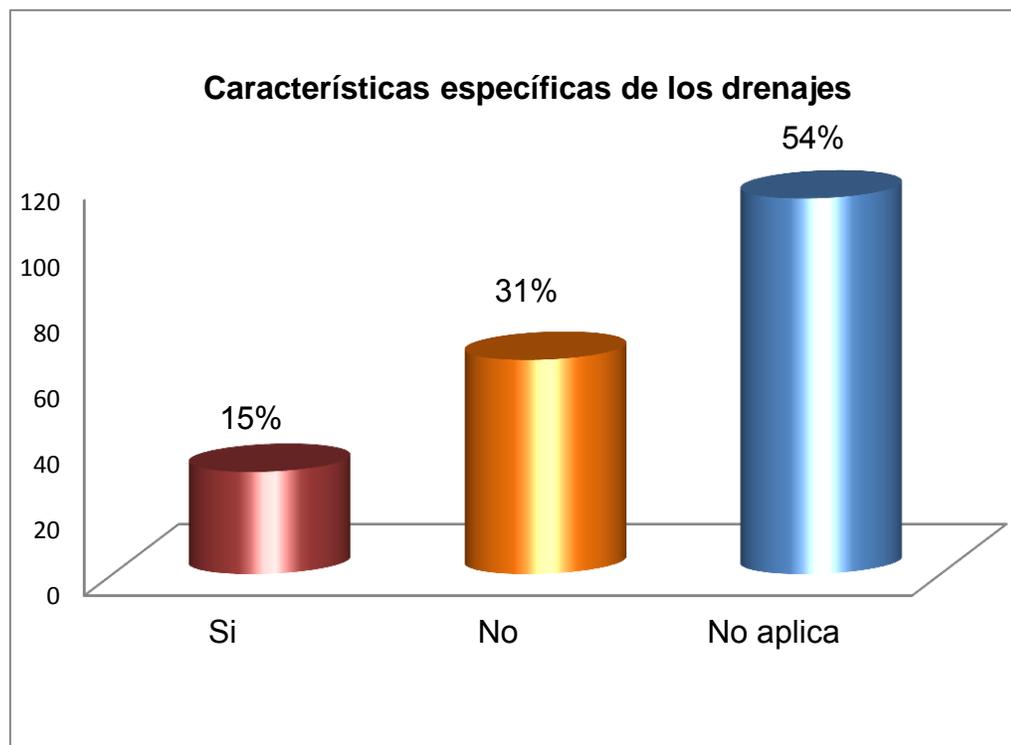
Registrar las características específicas de la herida quirúrgica en pacientes que si tenían es de vital importancia para la prevención de infecciones, las cuales sólo se registraron el 9%, no se registraron en el 30% y el 61% no aplico, ya que no tenían heridas quirúrgicas. (Figura 16)



**Figura 16. Características específicas de la herida quirúrgica**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

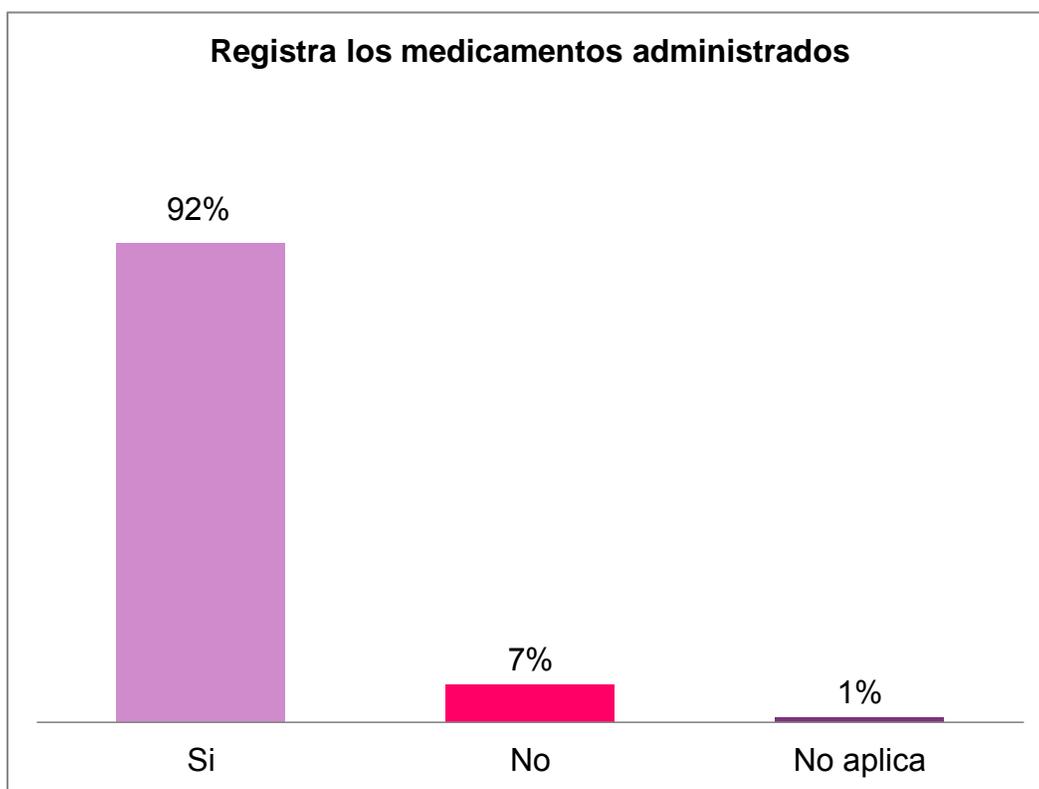
Relacionado con el criterio anterior, los drenajes también deben ser registrados con características específicas como estado de la piel circundante, cantidad, consistencia, color, olor, etc., en un 15% si se registraron, el 31% no registro ninguna característica y el 54% no aplico ya que no tenían drenajes, al momento de realizar la aplicación del instrumento, sin embargo lo que los profesionales registraban no estaba completo ya que en ocasiones se mencionaban las heridas quirúrgicas y drenajes pero no mencionaban ninguna característica, ni intervención de las mismas.(Figura 17)



**Figura 17. Características específicas de los drenajes**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

La adecuada ministración de medicamentos es de suma importancia, por lo que se tomó en cuenta que cumpliera específicamente y como mínimo con nombre genérico, hora, dosis y vía, en su mayoría si se registró con el 92%, pero con el 7% no se registraba ninguno o sólo alguno de los criterios mencionados y no aplico en el 1% ya que no tenían medicamentos indicados, y de igual manera se encontraron registros en los cuales los medicamentos no tenían la vía de administración o sólo anotaban la hora pero no confirmaban que ese medicamento se había ministrado. (Figura 18)



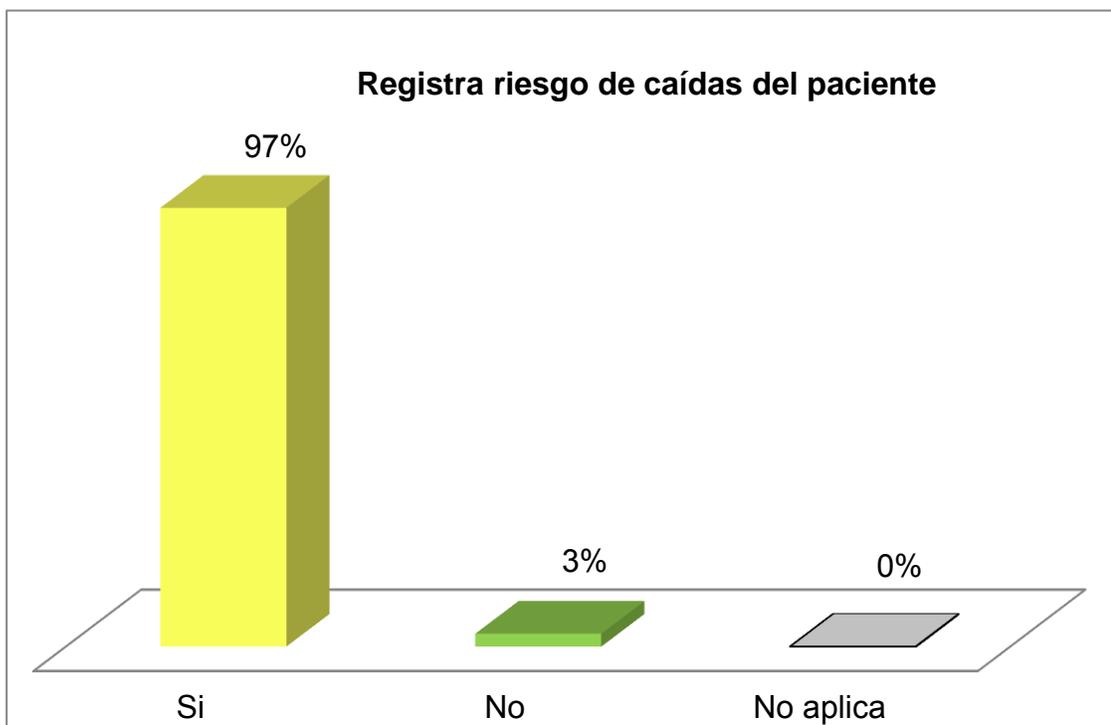
**Figura 18. Registra los medicamentos administrados**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

Valorar el riesgo de caídas ayuda a prevenir eventos adversos, por lo que es indispensable registrar el nivel de riesgo.

En los registros evaluados se encontró que el 97% si cumple con la valoración de riesgo de caídas y quienes no lo registran tuvieron un 3% del cumplimiento. (Figura 19)

Sin embargo, a pesar de valorar la escala y registrar un puntaje, no se anotaban intervenciones para disminuir el riesgo.

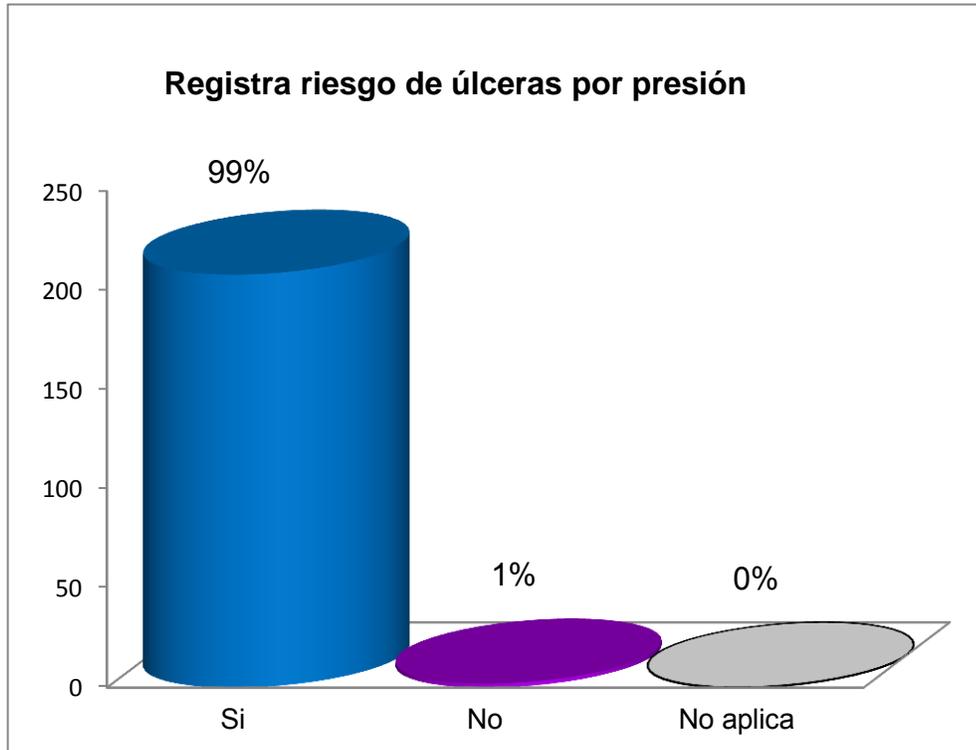


**Figura 19. Registra riesgo de caídas del paciente**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

El riesgo de úlceras por presión también debe ser medible y registrado, como medida preventiva, en un 99% si fue registrado y con el 1% no se registró. (Figura 20)

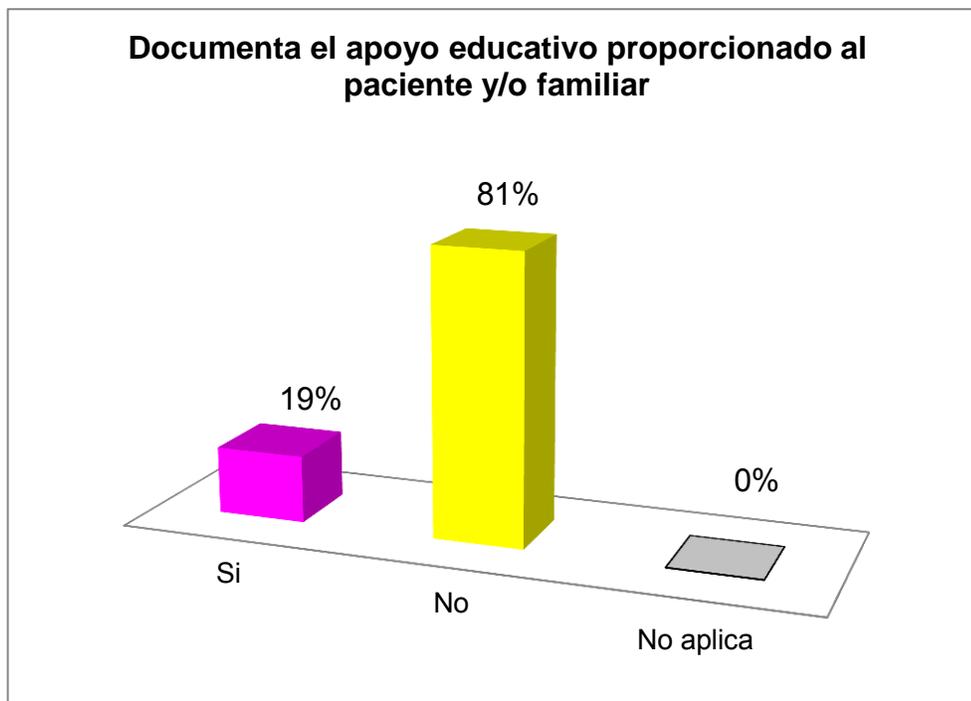
Y relacionado con lo anterior, los registros en su mayoría contaban con un puntaje de la escala de riesgo de úlceras por presión pero no anotaban medidas preventivas ni las intervenciones para disminuir o mejorar el nivel de riesgo.



**Figura 20. Registra riesgo de úlceras por presión**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

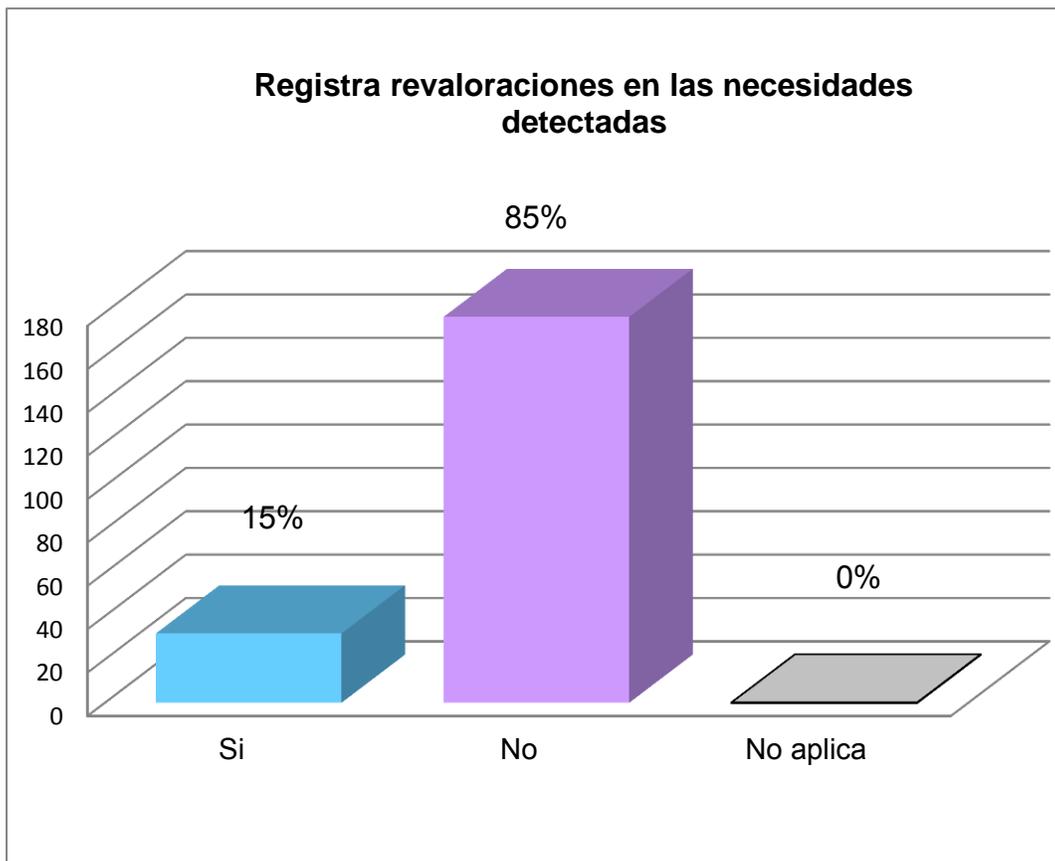
De acuerdo a los registros evaluados el 81% de los profesionales de enfermería no registran el apoyo educativo proporcionado al paciente y/o familiar, sería interesante saber si no se registra porque no se hace o simplemente no se registró, el 19% si lo documento en la hoja de educación al paciente y/o familia o en la misma hoja de enfermería clínica, en el apartado de necesidades de educación.



**Figura 21. Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y/o familiar**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

En cuanto a las revaloraciones a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas, el personal de enfermería ya no realiza revaloraciones en un 85% y en un 15% si las realiza, siendo que estas son parte fundamental del proceso de evaluación en enfermería y que permitiría una mejora en los cuidados otorgados. Una continua revaloración ayuda en el proceso de evaluación y a darse cuenta de que tan eficaces son las intervenciones que se le realizan a esa persona. (Figura 22)

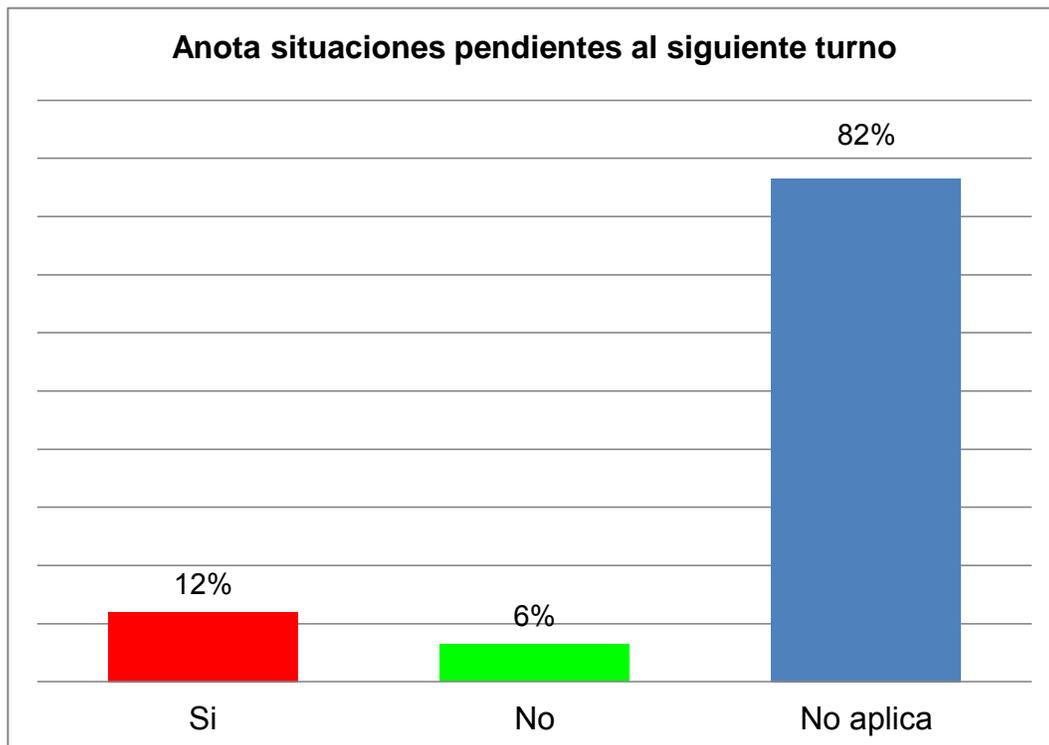


**Figura 22. Registra revaloraciones en las necesidades detectadas**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

Las situaciones que pudieran quedar pendientes durante el turno y que eran comprobables se registraron en un 12%, no se registraron en un 6 % y no aplico con el 82%. (Figura 23)

Anotar las situaciones pendientes ayuda a los profesionales de la salud a mejora la comunicación efectiva y a dar continuidad a las intervenciones de acuerdo a las necesidades detectadas a cada paciente, esto ayudaría a favorecer los cuidados brindados.



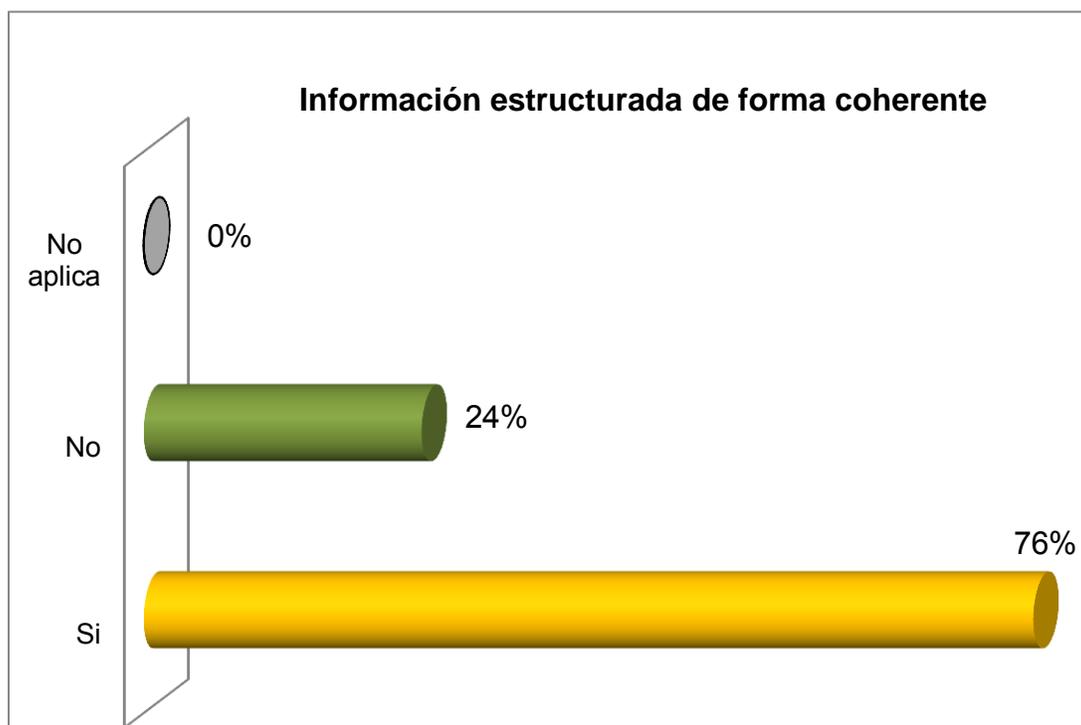
**Figura 23. Anota situaciones pendientes al siguiente turno**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

De entre los últimos criterios que se evaluaron, destaco el de la estructura de la información el 76% si era coherente y fácil de entender mientras que el 24% era difícil de entender, la información resultaba confusa y las ideas no llevaban un orden. (Figura 24)

Lo que describían en la *nota de enfermería* no mencionaba en su mayoría nada referente acerca del estado de salud del paciente, tampoco intervenciones específicas para el cuidado de la persona.

En el apartado de Observaciones del instrumento utilizado, se registraron cuestiones como esta, usaban palabras coloquiales, sin llevar una estructura, incluso las notas eran muy parecidas, en su mayoría los registros evaluados repetían el uso de la frase “se brindan cuidados generales de enfermería”.

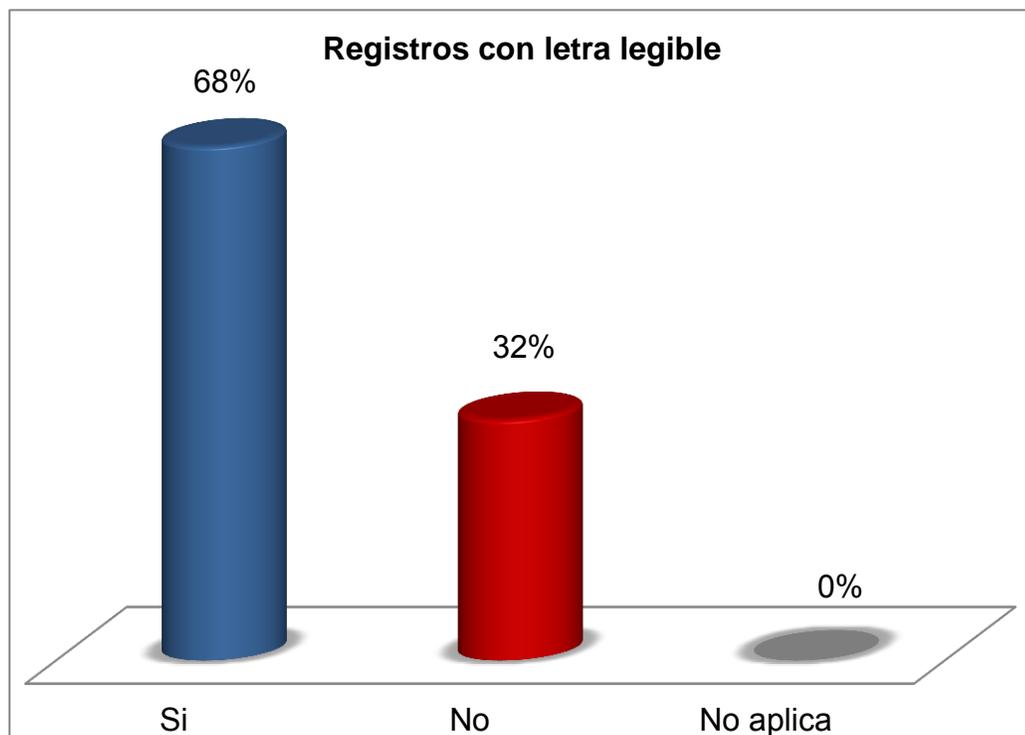


**Figura 24. Información estructurada de forma coherente**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

Relacionado con lo anterior, y vinculado al siguiente criterio evaluado, hubo quien dibujaba la siguiente figura  para referirse al paciente, seguido de esto comenzaba a describir situaciones importantes del paciente, lo más interesante es que fue el único registro que documentó juicios clínicos potenciales y reales, tanto en adecuada estructura como intervenciones para las mismas.

La letra con la que se elaboraron los registros clínicos de enfermería eran legible en un 68% y en un 32% era ilegible sin entender lo que se tenía registrado. (Figura 25)

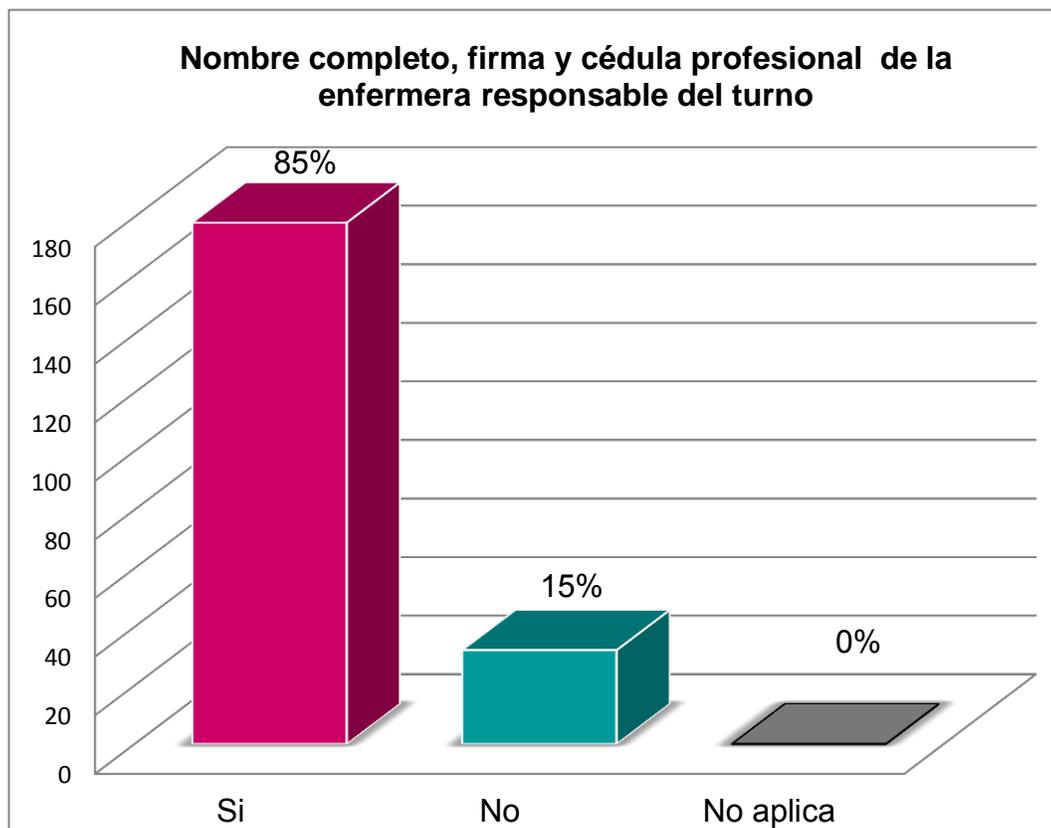


**Figura 25. Registros con letra legible**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

Y por último el nombre completo y firma, y en este caso cédula profesional de quien realiza los registros clínicos de enfermería que se cumplió en un 85% y en un 15% no contaba con uno de estos criterios o simplemente la hoja de enfermería no era firmada, o en ocasiones la firmaban estudiantes o pasantes del área de enfermería, lo cual no está institucionalmente aceptado.

En otros casos sólo anotaban los nombres sin apellidos, o anotaban su nombre en diminutivo, lo cual tampoco es lo correcto tratándose de un documento médico- legal. (Figura 26)



**Figura 26. Nombre completo, firma y cédula profesional de la enfermera responsable del turno**

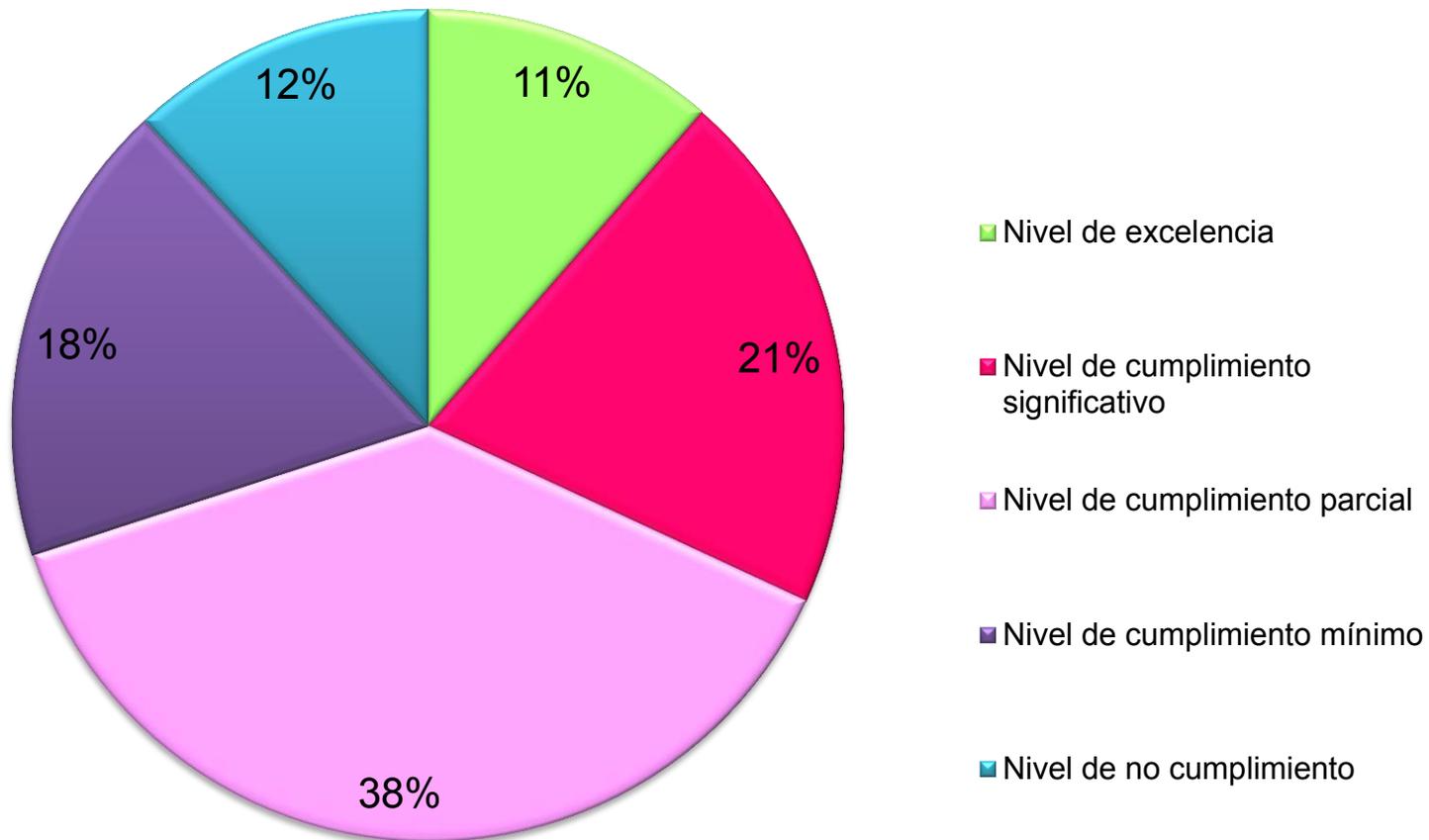
Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

Finalmente los resultados del Nivel de Cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel de Atención fueron con un 38% un nivel parcial, que obtuvo el porcentaje más alto de los 210 registros clínicos utilizados, seguido de un 21% de cumplimiento significativo, 18% con un nivel mínimo, 12% con un nivel de no cumplimiento y 11% de cumplimiento excelente, lo que permite visualizar que se encuentra dentro de parámetros aceptables, aunque el porcentaje más bajo haya sido el de cumplimiento excelente casi a nada de diferencia con el nivel de no cumplimiento.

Estos resultados crean la posibilidad de mejorar la calidad y el nivel cumplimiento de los registros de enfermería, ya que no sólo es necesario llenar la hoja como requisito, si no que sea parte de los cuidados evidenciados, que sean las herramientas que demuestren la calidad de los servicios que presta enfermería, con más esfuerzos por parte de todo el personal de enfermería, desde directivos, supervisores, jefes de servicio y todo personal involucrado en el área de enfermería se pueden lograr cambios correctivos. (Figura 27)

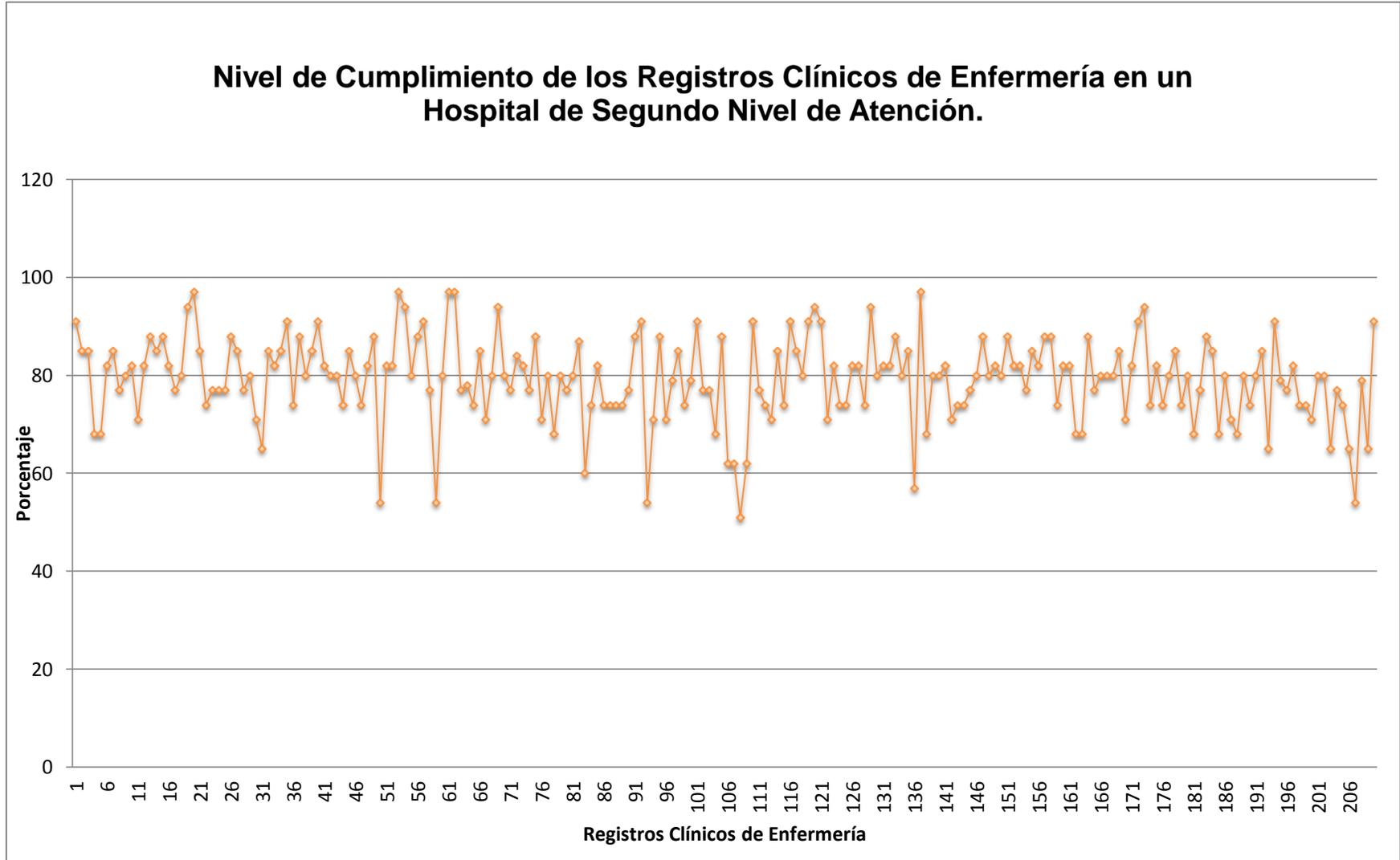
En la siguiente figura se describe el porcentaje aproximado que obtuvo cada uno de los registros clínicos elaborados por enfermería, cabe destacar que el porcentaje más alto fue del 98%, es decir excelente y el mínimo fue de 54%, con un nivel de no cumplimiento, con un promedio general de alrededor del 79.3%, con un nivel de cumplimiento parcial. (Figura 28)

### Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel de Atención



**Figura 27. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel de Atención**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015



**Figura 28. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel de Atención**  
 Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

De acuerdo al nivel de cumplimiento por diferencia de sexo (femenino y masculino), se encontró que debido a que el 70% de la muestra fueron registros elaborados por el sexo femenino, tuvieron el 41% de nivel parcial de cumplimiento, seguido del 20% con nivel significativo, 14% con nivel de excelencia y con el mismo porcentaje en el nivel mínimo y el 11% restante fue de nivel de no cumplimiento.

Por otra parte, los registros elaborados por el sexo masculino que representaban el 30% del total de la muestra, tuvieron un 32% de nivel parcial, 27% de cumplimiento mínimo, 23% de nivel significativo, 11% de no cumplimiento y 7% del nivel de excelencia. (Figura 29) (Cuadro 4)

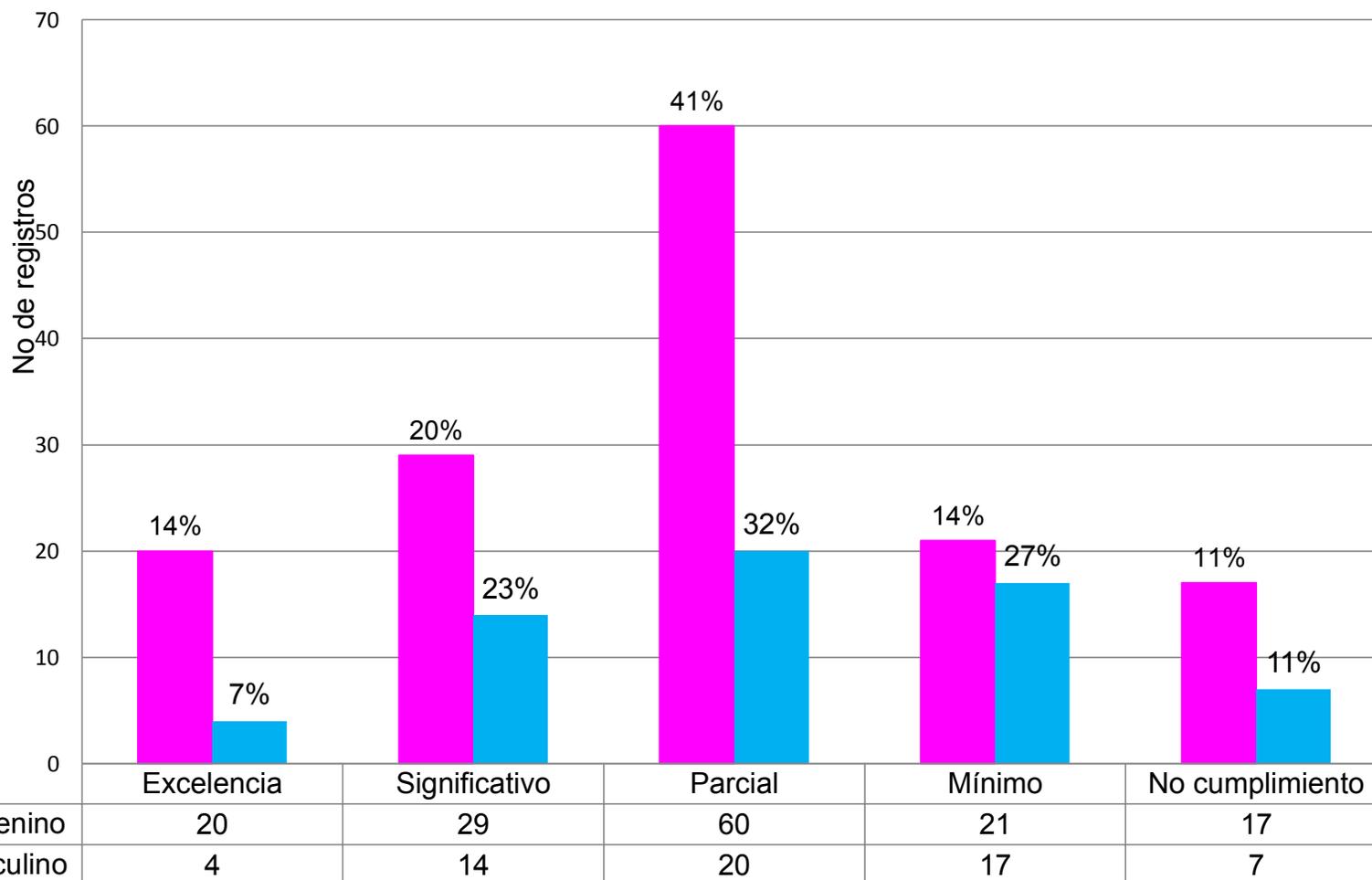
Entonces por cada hombre que realiza los registros de con un nivel de excelencia 2 mujeres hacen lo mismo.

Se observa también que tanto mujeres como hombres tienen un mayor porcentaje en un nivel parcial con un 41% y 32% respectivamente, sin embargo, los registros del sexo masculino tienden a realizar sus registros con menor cumplimiento, alcanzando un 27% en registros con un mínimo de apego.

**Cuadro 4. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Sexo**

Nivel de cumplimiento	Excelencia		Significativo		Parcial		Mínimo		No cumplimiento		Total
	No de muestra	%	No de muestra	%	No de muestra	%	No de muestra	%	No de muestra	%	
<b>Sexo</b>											
Femenino	20	14%	29	20	60	41%	21	14%	17	11%	147
Masculino	4	7%	14	23	20	32%	17	27%	7	11%	62

### Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Sexo



**Figura 29. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al sexo**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

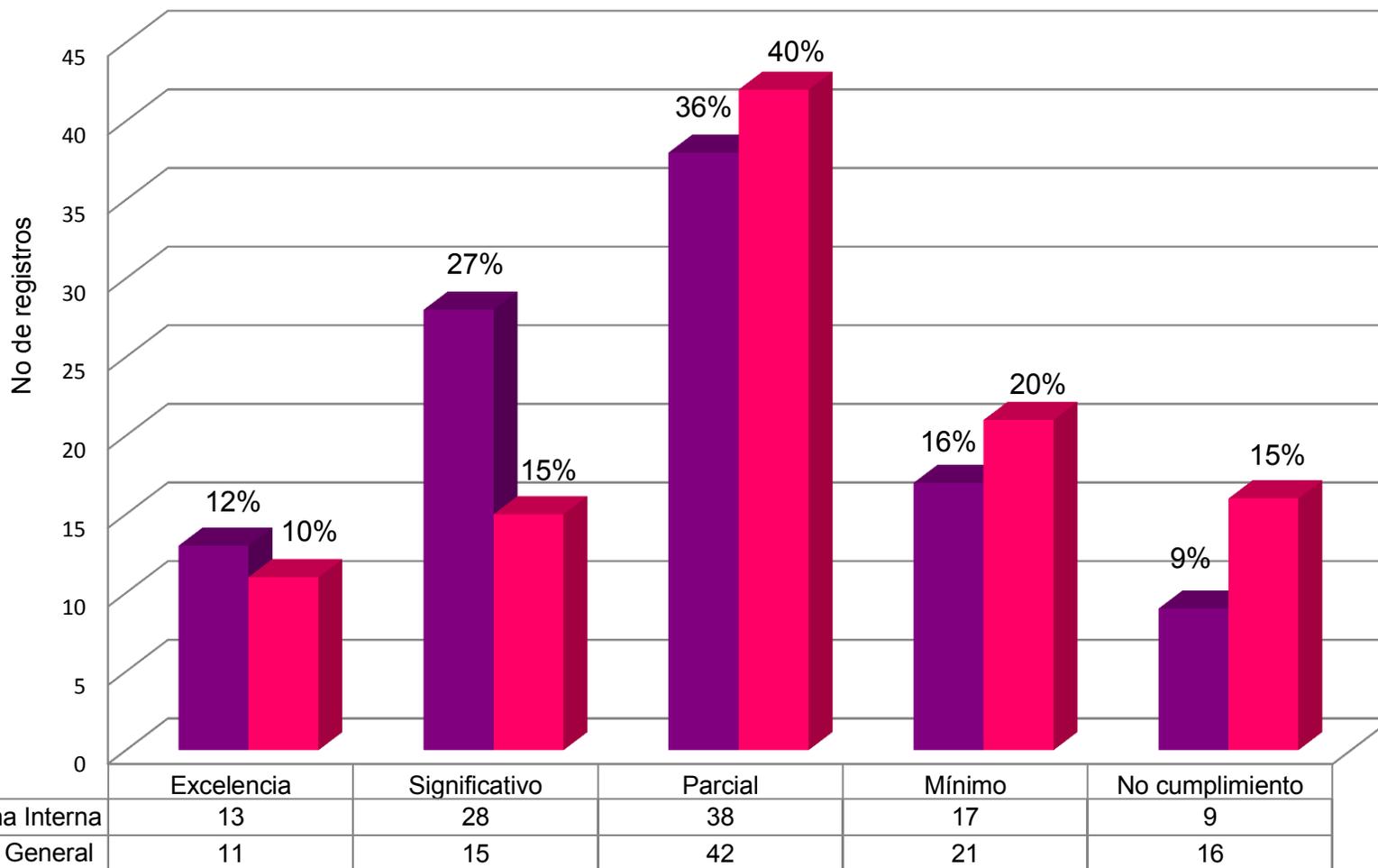
Se aplicó la muestra a dos diferentes servicios en un 50% de cada uno para lograr resultados más exactos y confiables.

El servicio de Medicina Interna tuvo un 36% en nivel parcial, 27% en nivel significativo, 16% en cumplimiento mínimo, 12% de excelencia, y 9% de no cumplimiento y, por otro lado el servicio de Cirugía General tuvo un 40% de cumplimiento parcial, 20% de cumplimiento mínimo, 15% de cumplimiento significativo, 15% de no cumplimiento y 10% de excelencia. (Figura 30) (Cuadro 5)

Lo que indica que si sumamos los niveles de cumplimiento aceptables del servicio de medicina interna, sería el que tiene un mejor nivel de cumplimiento a diferencia de cirugía general que tiene más altos los porcentajes de niveles bajos de cumplimiento y no cumplimiento.

<b>Cuadro 5. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Servicio</b>											
<b>Nivel de cumplimiento</b>	Excelencia		Significativo		Parcial		Mínimo		No cumplimiento		<b>Total</b>
	No de muestra	%	No de muestra	%							
<b>Servicio</b>	No de muestra	%	No de muestra	%	<b>Total</b>						
Medicina Interna	13	12%	28	27%	38	36%	17	16%	9	9%	105
Cirugía General	11	10%	15	15%	42	40%	21	20%	16	15%	105

### Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Servicio



**Figura 30. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Servicio**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

El nivel de cumplimiento de acuerdo a los tres diferentes turnos estuvo más proporcional, ya que también se utilizó la misma cantidad de registros por cada turno.

El turno matutino tuvo 37% de cumplimiento parcial, 23% significativo, 19% de excelencia, 14% mínimo y 7% de no cumplimiento.

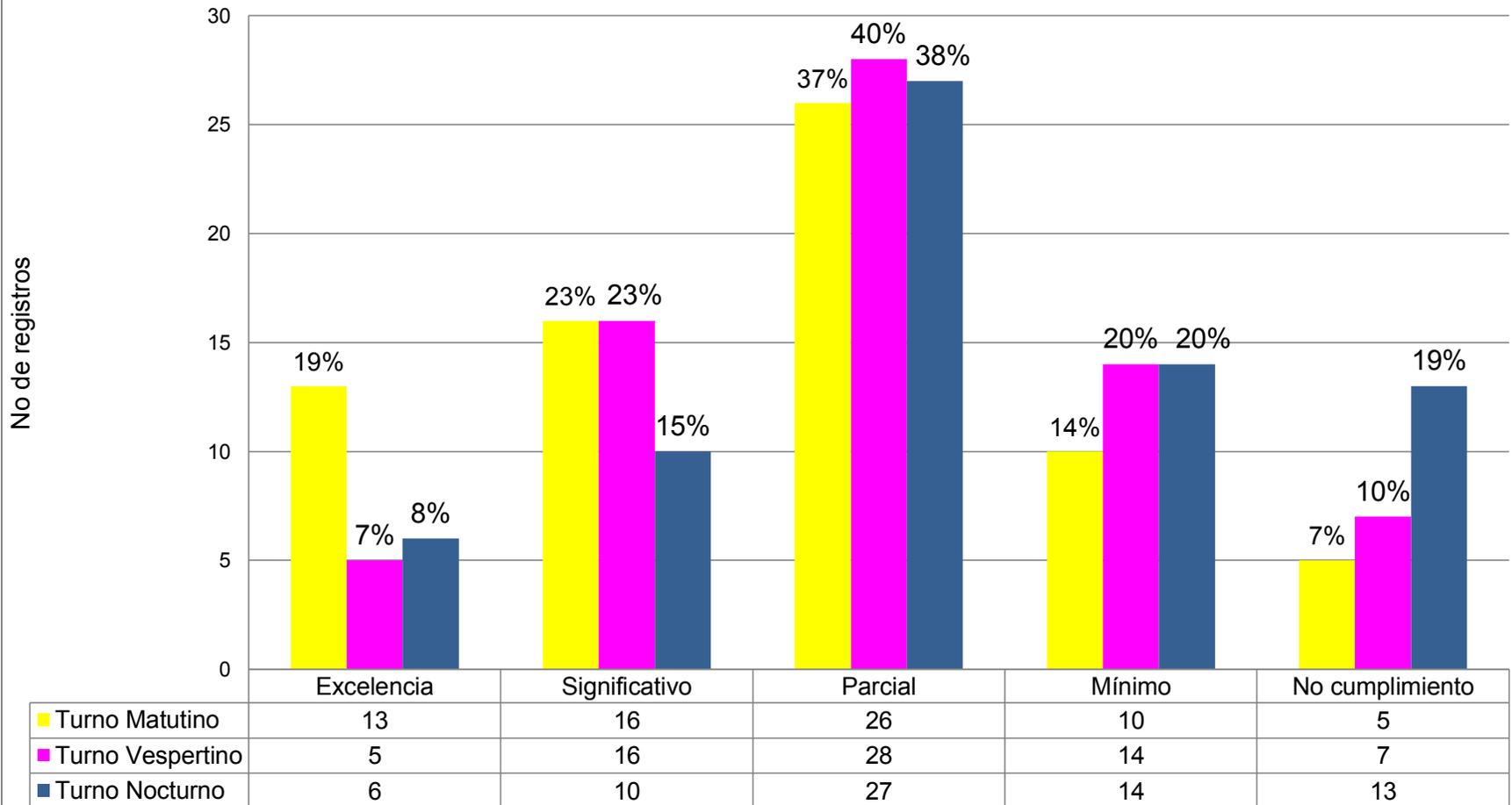
El turno vespertino con un 40% de nivel parcial fue el más alto del nivel de cumplimiento, seguido de un 23% de cumplimiento significativo, 20% mínimo, 10% de no cumplimiento y 7% de excelencia.

Por último el turno nocturno de ambas veladas (A y B) tuvo un nivel de cumplimiento en su mayoría parcial de 38%, mínimo de 20%, no cumplimiento de 19%, cumplimiento significativo del 15% y de excelencia el 8%. (Figura 31) (Cuadro 6)

Esto quiere decir que el turno es el que mejor obtuvo el nivel de cumplimiento, seguido del turno vespertino y posterior el turno nocturno, esto se determina en base a los porcentajes sumados de niveles aceptables de cumplimiento es decir el de excelencia, significativo y parcial.

<b>Cuadro 6. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Turno</b>											
<b>Nivel de cumplimiento</b>	<b>Excelencia</b>		<b>Significativo</b>		<b>Parcial</b>		<b>Mínimo</b>		<b>No cumplimiento</b>		<b>Total</b>
	No de muestra	%	No de muestra	%	No de muestra	%	No de muestra	%	No de muestra	%	
<b>Turno</b>	No de muestra	%	No de muestra	%	No de muestra	%	No de muestra	%	No de muestra	%	
<b>Matutino</b>	13	19%	16	23%	26	37%	10	14%	5	7%	70
<b>Vespertino</b>	5	7%	16	23%	28	40%	14	20%	7	10%	70
<b>Nocturno</b>	6	8%	10	15%	27	38%	14	20%	13	19%	70

### Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Turno



**Figura 31. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Turno**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

Por nivel académico de los profesionales de enfermería, estuvo muy variado ya que el 44% era de nivel Licenciatura, posterior a éste fue el nivel Técnico con un 41%, de los registros evaluados.

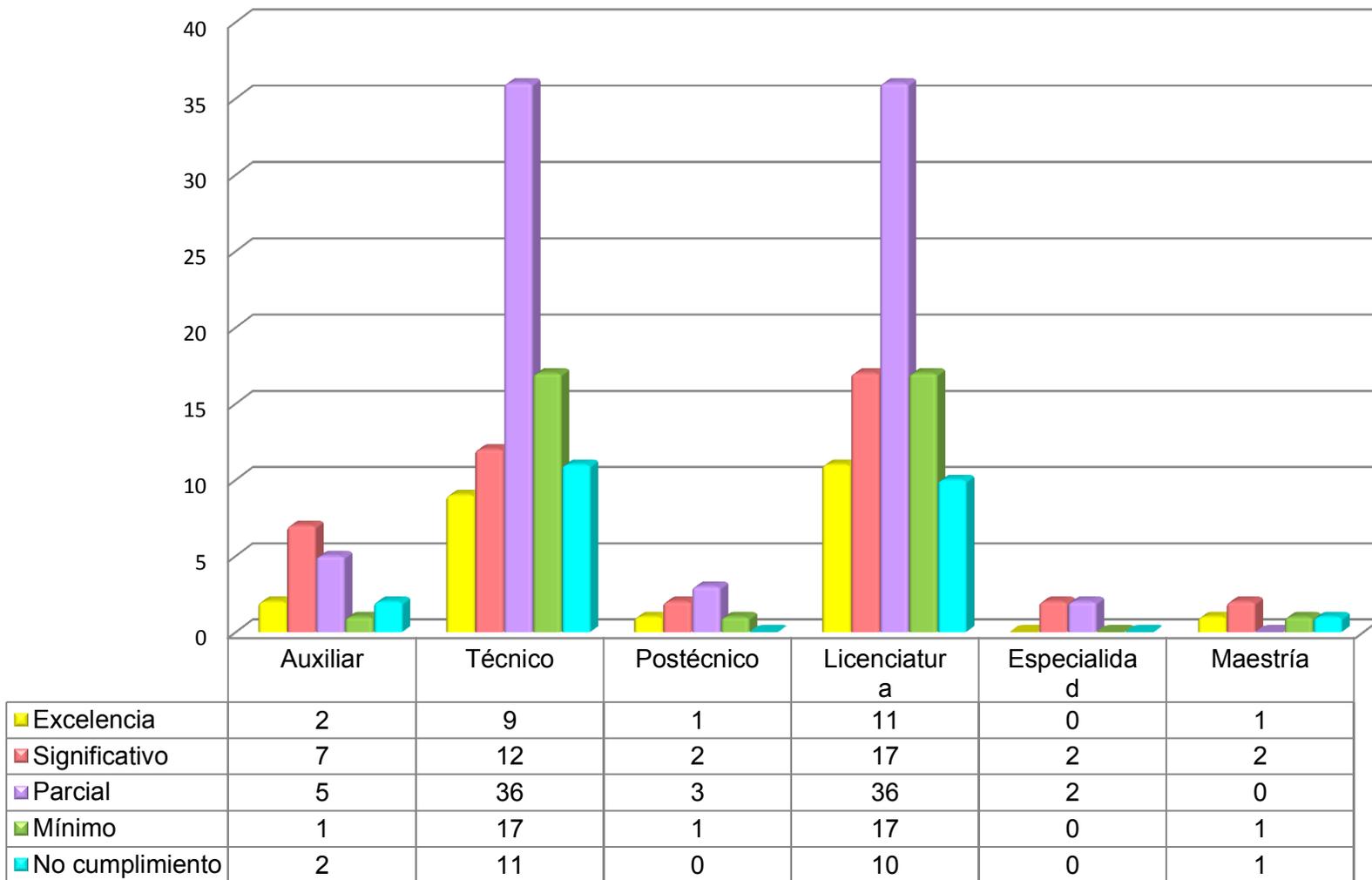
Respecto a los porcentajes de cumplimiento el más alto fue de nivel parcial por ambos niveles académicos con un 42% y 40% respectivamente, según el porcentaje, pero de muestra fue la misma cantidad la que alcanzó el nivel parcial, mientras que de nivel mínimo el 13% lo ocupó el nivel técnico y el 10% el nivel de licenciatura.

Los de nivel técnico tuvieron nivel de excelencia más bajo en comparación del nivel licenciatura. Si se suman los niveles aceptables de cumplimiento el nivel académico de licenciatura y técnico, el que obtuvo un mayor porcentaje de cumplimiento es el nivel de licenciatura, cabe destacar que es muy mínima la diferencia entre estos porcentajes.

Los niveles académicos de auxiliar, postécnico, maestría y especialidad fueron sumamente variados ya que la población era mínima para esos niveles académicos. (Figura 32) (Cuadro 7)

<b>Cuadro 7. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Nivel Académico</b>											
<b>Nivel de cumplimiento</b>	Excelencia		Significativo		Parcial		Mínimo		No cumplimiento		<b>Total</b>
	No de muestra	%	No de muestra	%							
<b>Nivel Académico</b>											
Auxiliar	2	12%	7	41%	5	29%	1	6%	2	12%	17
Técnico	9	11%	12	14%	36	42%	17	20%	11	13%	85
Postécnico	1	14%	2	29%	3	43%	1	14%	0	0%	7
Licenciatura	11	12%	17	18%	36	40%	18	20%	10	10%	91
Especialidad	0	0%	2	50%	2	50%	0	0%	0	0%	4
Maestría	1	20%	2	40%	0	0%	1	20%	1	20%	5

### Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al Nivel Académico



**Figura 32. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería de acuerdo al nivel académico**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

## **XI. Discusión**

Después de realizar una detallada revisión de la literatura, y la descripción del análisis estadístico para determinar el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería, se determinó que los resultados concuerdan con otras investigaciones relacionadas al mismo tema.

El personal de enfermería obtuvo un nivel parcial de cumplimiento, en la realización de los registros, siendo la investigación con un porcentaje más alto a diferencia de otros estudios consultados.

Algunos criterios como anotar signos vitales, datos subjetivos y objetivos, valoración de alergias, identificación correcta del paciente, anotar fecha de registro, y fecha subsecuente del día de estancia (*Anexo 6, Figuras 3, 4, y 5*), son datos que coinciden con los resultados que obtuvo Morales en su estudio debido a que los índices más altos los obtuvieron el registro del nombre de la institución, nombre del paciente, gráfica de los signos vitales, registro de medicamentos, número de cama, número de expediente, edad y sexo del paciente entre otros.<sup>39</sup> Los datos mencionados son actividades diarias que no representan la esencia ni continuidad del cuidado.

Torres<sup>40</sup> encontró un nivel de no cumplimiento en la dimensión de la continuidad del cuidado el cual evalúa algunos aspectos como juicios reales, juicios potenciales, revaloraciones, plan de alta entre otros, éstos mismos resultados son similares a los obtenidos en el presente estudio, el porcentaje de cumplimiento que se tiene en realizar juicios clínicos es muy bajo, tan solo una enfermera realiza correctamente juicios clínicos con un formato PES, el resto de las enfermeras hacen juicios clínicos incompletos y en su mayoría sin llevar una estructura adecuada.

---

<sup>39</sup> Morales O. Los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado otorgado: un ejercicio de auditoria. México. D.,F. 2014

<sup>40</sup> Torres M. Calidad de los registros clínicos de enfermería: continuidad del cuidado y seguridad del paciente. México. D.,F. 2011

Cabe señalar que al inicio de la presente investigación, se pudo observar que la hoja de enfermería no está adecuada para el registro de juicios clínicos, ni espacio suficiente para anotar intervenciones, lo que hace difícil registrar adecuadamente un plan de enfermería completo.

Tal parece que el personal de enfermería no está acostumbrado a establecer juicios clínicos, por esta situación es necesario implementar nuevas estrategias de mejora continua, ya que los juicios clínicos son parte del proceso de atención de enfermería, y por ello los PLACES son una alternativa ya que en ellos se pueden cumplir los aspectos necesarios para contribuir a la calidad del cuidado y de los registros clínicos de enfermería.

En el estudio realizado por Escalera<sup>41</sup> también se puede identificar similitud al tener un bajo nivel de registro en los diagnósticos enfermeros, por otra parte muestra una falta de registro en las intervenciones aplicadas, lo que se contrapone con lo encontrado en esta investigación ya que el 68% si registra las intervenciones realizadas, quizá se deba al escenario en el que fue realizado el estudio, pero no exime el hecho de no registrar intervenciones realizadas, ya que en la actualidad, lo que no está escrito, no se hizo, debido a que no hay evidencia para comprobar lo contrario.

La importancia de documentar las intervenciones de enfermería de manera adecuada ayudará a mejorar la continuidad del cuidado y a la seguridad de los pacientes.

Juárez<sup>42</sup> en su estudio tiene un 90% de “no aceptable” en los registros de enfermería, en esta investigación tan solo el 12% obtuvo un “no cumplimiento” y el 18% tiene el “mínimo cumplimiento”, en esta investigación sólo se tomó en cuenta que cumplieran los requisitos de registro, sería de vital importancia verificar la calidad de lo encontrado en los registros, ya que como menciona Juárez uno de los obstáculos de los registros es la repetición de éstos, no se realiza un correcto

---

<sup>41</sup> Escalera F.L. F., Medina C.J.M., Martín E.I., Gutiérrez B. Análisis del registro de cuidados de enfermería en el traslado interhospitalario del hospital comarcal infanta margarita de cabra, córdoba. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. España: 2012

<sup>42</sup> Juárez A.B. Los registros de enfermería como indicador de calidad del cuidado. México. D.,F. 2012

análisis de la situación del paciente y se toma el registro sólo como un requisito administrativo y no se contemplan las implicaciones legales que éste conlleva, asimismo se cae en la ambigüedad de la información y en la rutina al expresar lo mismo diariamente y en ocasiones con pacientes diferentes, siendo que cada uno tiene necesidades y cuidados específicos distintos.

Otro aspecto importante es que en ningún registro se pudo observar que el profesional documentara algo acerca de las necesidades psico- emocionales y/o espirituales, lo cual trae consigo deficiencias en los registros, es decir no se cubren ni se valoran todas las necesidades del paciente.

Por otro lado, Meneces<sup>43</sup> obtiene resultados similares al nivel de cumplimiento obtenido en este estudio, tomando en cuenta que Meneces realiza su investigación en un servicio con características diferentes al de Juárez, pero similar al de éste estudio, ambos buscaban el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería, al igual que Morales que también encontró que el personal de enfermería realiza el llenado de la hoja pero no documenta más información, parece que se limitan a escribir intervenciones que argumenten un cuidado oportuno y conveniente.

Un dato relevante que es semejante al estudio de Juárez es que se registran valoraciones, que por lo general, ya vienen en las hojas de enfermería como el riesgo de úlceras por presión y el riesgo de caídas, tales valoraciones coinciden en todos los estudios citados anteriormente, ya que son parte de los indicadores de calidad y que ayudan a prevenir eventos adversos, sin embargo a pesar de ser valorada, no se registran intervenciones que en caso de haber alguna situación médico legal, un registro sin intervenciones no respaldaría el trabajo realizado por enfermería, aunque son valoraciones continuas, no se sustenta de una base que indique que si se realizan acciones que ayuden a prevenir o a mejorar la continuidad de los cuidados brindados.

---

<sup>43</sup>Gutiérrez JV., Esquén OY., Gómez EP. Nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé. San Bartolomé, Lima. 2012.

Otro aspecto esencial es que la mayoría de las instituciones contaba con un apartado para la nota de enfermería, en donde se pudiera plasmar muy bien todo aquello que no contenga la hoja de enfermería en la valoración del paciente o en los cuidados otorgados, lamentablemente es un espacio que pareciera ser desperdiciado, ya que no todos los profesionales lo utilizan para eso, simplemente tratan de llenar el espacio como requisito diario repitiendo lo que anteriormente ya registraron en otros apartados de la hoja y que en ocasiones no revelan ningún cambio significativo.

Algunas frases que se pudieron percibir que el personal de enfermería repetía en el apartado de nota de enfermería fueron: “paciente al que se le brindan cuidados generales de enfermería”, o “se brindan cuidados específicos”, siendo frases que no representan ningún cuidado, ni mencionan ni una sola intervención.

La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico menciona como debe ser un adecuado registro, sin tachaduras, borrones o enmendaduras, lo cual resulto incongruente ya que algunas hojas se encontraban con borrones, con tintas de plumas encimadas, con tela adhesiva para cubrir algún error o simplemente no anotaban el nombre de quien realizó los registros, no anotaban nombre de pila, no firmaban o solo anotaban algún sobrenombre o diminutivo, esto finalmente puede tener repercusiones legales para los profesionales de enfermería.

En términos generales, enfermería ha ido creciendo y ha traído consigo a profesionales en busca de la mejora continua, actualmente se está volviendo equitativo entre hombres y mujeres que deciden dedicarse a ésta profesión, aunque la presente investigación fueron más registros realizados por mujeres eso no hizo la diferencia en los resultados del nivel de cumplimiento, en cuanto al nivel académico, los profesionales del Hospital de Segundo Nivel de Atención en su mayoría son del nivel Licenciatura seguido del nivel Técnico, hay escasos profesionales con posgrado, pero de igual manera solo destacaron los resultados de los niveles antes mencionados.

En los resultados finales se puede percibir que el personal de dicho hospital, cumplió con porcentajes aceptables de nivel de cumplimiento, sin embargo es necesario indagar más en relación del porque el personal no cumplió en criterios importantes en cuanto a la documentación de intervenciones, juicios clínicos, revaloraciones, entre otros aspectos.

Finalmente se puede concluir que el profesional de enfermería se encuentra ante algunos obstáculos que le impiden llevar a cabo de manera correcta sus registros de enfermería y que los justifican a su vez pero no los exime de una capacitación continua; no hay suficiente evidencia escrita acerca de la sobrecarga del trabajo asistencial, por lo que eso no es un motivo para no registrar adecuadamente, y aunque así fuera se deben tomar medidas para elaborar registros de calidad, otro motivo de no registrar sería la falta de interés o la falta de costumbre. Sin embargo es importante llevar presente el registro clínico de calidad y cantidad, es decir que sean evidencias suficientes en cantidad que involucre un plan estandarizado completo del cuidado brindado y que este sea elaborado de manera correcta y que refleje la calidad del cuidado brindado como constancia única del trabajo representado por enfermería.

Es tarea de enfermería establecer y priorizar necesidades a través de la enseñanza constante y planeada, así como supervisar directa e indirectamente la realización correcta de los registros, capacitar y evaluar a su personal en todas las instituciones e implementar programas para llevar a cabo una mejora continua con la finalidad de mejorar la calidad de atención brindada, e impulsar a los profesionales a su desarrollo personal.

## **XII. Conclusiones**

El personal de enfermería es el responsable de implementar y llevar a cabo el plan de cuidados y sobre todo de realizarlo de manera eficaz y eficiente, sin embargo existen factores que impiden o interfieren para poder llevarlas a cabo, sin embargo eso no deslinda al profesional de su responsabilidad ni lo exime ante situaciones legales.

Es importante continuar realizando auditorias y/o responsabilizar a jefes de área de todos los hospitales para implementar nuevas tecnologías y técnicas a favor de los registros y su mejora como evidencia del cuidado.

En cuanto al estudio, se cumplió el objetivo de conocer el nivel de cumplimiento que tiene los registros de enfermería, con un nivel parcial, encontrando hallazgos que permiten ver un panorama de las fortalezas y debilidades que se tienen en la utilización y elaboración de los registros de enfermería.

De acuerdo a los objetivos específicos, el primero fue identificar el nivel de cumplimiento en dos servicios diferentes, en los cuales se encontraron una similitud del nivel de cumplimiento de forma parcial, sin embargo el servicio de medicina interna destacó más en niveles de cumplimiento más altos

El segundo objetivo fue determinar el nivel de cumplimiento de acuerdo a los diferentes turnos, siendo el turno matutino el que alcanzó niveles de cumplimiento de excelencia, significativo y parcial más altos, mientras que el más bajo fue el turno nocturno.

También se logró obtener resultados del tercer objetivo que era determinar el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería de acuerdo al nivel académico, que por la desproporcionalidad de los niveles encontrados, solo sobresalieron el nivel técnico y el nivel licenciatura, que por una mínima diferencia, los de nivel académico de licenciatura obtuvieron un mayor nivel de cumplimiento.

El último objetivo fue identificar el nivel de cumplimiento de acuerdo al sexo en el cual se observó una prevalencia mayor del personal femenino, sin embargo los resultados de los registros elaborados por el personal masculino fueron más bajos, incluso siendo la muestra pequeña los niveles de cumplimiento con mayor porcentajes eran los de cumplimiento parcial y cumplimiento mínimo.

De acuerdo a los resultados obtenidos, los registros clínicos no demuestran por completo el proceso de atención de enfermería, y respecto a los estudios mencionados anteriormente otra similitud que se encuentra es que el personal no le da importancia a la información que registra durante la atención que brinda al paciente.

Sería indispensable concientizar al personal a mejorar la documentación de los registros, y motivar a los profesionales a mejorar la atención sanitaria, crear pláticas en torno al tema, y fomentar la idea de que todo lo que se haga debe estar documentado como constancia escrita de los actos del cuidado que reflejen el verdadero ejercicio de la profesión.

### **XIII. Propuesta**

A continuación se describen algunas propuestas para mejorar el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería y que ayude a mejorar la calidad de los cuidados brindados por el profesional de enfermería.

Se propone implementar estímulos a los profesionales de enfermería para realizar investigaciones que ayuden al desarrollo y crecimiento de la profesión, e incentivar en reconocimiento a las labores emprendidas por enfermería.

Se recomienda crear una línea de investigación que dé continuidad a los resultados obtenidos, realizar una investigación con un mayor grado de complejidad donde se pueda identificar la calidad de los registros.

Es importante identificar el nivel de conocimiento de las enfermeras (os) sobre los registros clínicos de enfermería, normatividad, legislación vigente sobre aspectos éticos y legales en la práctica asistencial que influyen en el área de enfermería.

Se recomienda realizar continuamente auditorias y evaluaciones de la hoja de enfermería, con la finalidad de adaptarla a las necesidades de los usuarios y que se apeguen más a los planes estandarizados actuales de enfermería para brindar un mejor cuidado y que sirva de respaldo a los profesionales, adecuando una hoja de enfermería en la que pueda expresar detalladamente intervenciones y todos aquellos aspectos que actualmente dictaminan las normas como base fundamental para un registro de calidad.

Se sugiere brindar capacitación continua acerca de los procesos de atención de enfermería que ayuden a la toma de decisiones, a la creación de diagnósticos de enfermería y que se realicen propuestas por parte del personal de enfermería en base a las necesidades que se han detectado con los registros, que como ya se ha visto no han sido adecuados en estructura y manejo.

Es imprescindible mejorar la comunicación efectiva entre profesionales de la salud, y fortalecer las relaciones interpersonales, con el propósito de dar continuidad al plan de cuidados.

Se invita a los profesionales de enfermería a basarse en los indicadores de calidad, y en las normas oficiales mexicanas, que son un respaldo para llevar acabo correctamente el trabajo de enfermería con bases y fundamentos.

Se necesita aumentar la cultura en la documentación del trabajo realizado por enfermería ya que es la única evidencia con la que estos profesionales cuentan, mediante la capacitación continua y motivación se puede lograr.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de Salud consultada 25 mayo 2015 disponible: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
2. American nurses association. Consultado 18 de mayo 2015 disponible: <http://www.nursingworld.org/>
3. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud consultada 25 de mayo 2015 disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013)
4. Caballero D. R., Medina S. L. Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santa Fe de Bogotá, Colombia. *Cultura de los Cuidados*. 2006; 19: 2-8
5. Reina G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, 2010; 17: 18-23 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3042129400>
6. Reyes G.E. *Fundamentos de enfermería Ciencia, Metodología y tecnología*. 1° ed. México, 2009
7. Berman A., Snyder S. J., et al. *Fundamentos de Enfermería conceptos, procesos y prácticas*. 8° ed. (Tomo 1 y Tomo 2). España: Pearson; 2008
8. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros definición y clasificación*. Ed. Hispanoamericana 2012-2014
9. Potter P.A., Perry A.G. *Fundamentos de Enfermería*. 5°ed. España: Harcourt/Óceano
10. Ortega M.C. *Manual de la evaluación de la calidad del servicio de enfermería: estrategias para su aplicación*. Ed. Médica Panamericana. México.2009
11. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. Consultado: 15 de Marzo de 2015. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

12. Instituto Mexicano del Seguro Social. Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en unidades médicas hospitalarias de segundo y tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2004: 2-9.
13. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Clasificación de Instituciones de Salud. 2004: p 9-37
14. Rivas- Espinoza J.G. Propuesta de registros clínicos de enfermería con vinculación taxonómica para úlceras, traqueostomía y estomas. Ed. CONAMED. México: 2009. p.30-36
15. Marilyn E.D., Moorhouse M.F., Proceso y diagnóstico de enfermería: aplicaciones. Ed. Manual Moderno. EUA: 2014 p. 146-166
16. Garcés B, Cercos L. Los registros de enfermería: consideraciones ético-legales. Consultada 3/06/15 Disponible: <http://www.bioeticaweb.com/los-registros-de-enfermeras-a-consideraciones-actico-legales-benavent-garcacs-y-le>.
17. CONAMED. Legislación de los servicios de enfermería. Consultada el 15 de mayo 2015 disponible en: <http://www.smme.org.mx/assets/legislacionenfermeria.pdf>
18. Ibarra J.A. Registros de enfermería. Consultada 15 de mayo 2015. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm>
19. Giménez V., Oros C, et al. Registros de Enfermería. Argentina. 2009
20. Programa De Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral De Calidad En Salud SICALIDAD
21. Indicas. Hospitalización Formatos de recolección y concentración de dato. Consultada 17 de mayo 2015 Disponible: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/doctos/CUADERNILLO>

22. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para enfermeros y enfermeras en México. México D.F, 2001
23. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones para mejorar la atención en enfermería. México, 2003
24. Torres M. Calidad de los registros clínicos de enfermería: continuidad del cuidado y seguridad del paciente. México. D., F. 2011
25. Juárez A.B. Los registros de enfermería como indicador de calidad del cuidado. México. D., F. 2012
26. Morales O. Los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado otorgado: un ejercicio de auditoria. México. D.,F. 2014
27. Meneces P.V. Calidad de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E. en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Hospital Seguro Social Universitario La Paz Gestión. La Paz, Bolivia. 2012.
28. Gutiérrez J.V., Esquén O.Y., Gómez E.P. Nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé. San Bartolomé, Lima. 2012.
29. Escalera F.L., Medina C.J.M., Martín E.I., Gutiérrez B. Análisis del registro de cuidados de enfermería en el traslado interhospitalario del hospital comarcal infanta margarita de cabra, córdoba. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. España: 2012
30. Méndez y cols. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2001; 9 (1- 4): 11-17
31. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. Consultado: 25/Mayo/2015. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

32. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.  
Consultada el 10/Diciembre/2014. Disponible en:  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012)

# Anexos

## Anexo 1. Instrumento de evaluación



Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González"



### Nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención del D., F.

Nº Folio: \_\_\_\_\_

#### I. Perfil sociodemográfico de la enfermera (o) que elabora los registros clínicos de enfermería:

Fecha: ___/___/___	Nº de expediente:	Nº de cama:	Diagnóstico médico:
--------------------	-------------------	-------------	---------------------

1. Sexo: Femenino (1), Masculino (2)
2. Nivel académico: Auxiliar (1), Técnico (2), Posttécnico (3), Licenciatura (4), Especialidad (5), Maestría (6)
3. Servicio: Cirugía General (1), Medicina Interna (2).
4. Turno: Matutino (1), Vespertino (2), Nocturno (03)

#### II. Cédula de los registros clínicos de enfermería.

Nº	Procedimiento	Valor	Si	No	N/A
01	Los datos de identificación registrados corresponden al paciente correcto.	1			
02	Anota la fecha de ingreso del paciente al servicio.	1			
03	Registra la hora de ingreso del paciente al servicio.	1			
04	Anota la fecha subsecuente del día estancia de hospitalización.	1			
05	Registra el número progresivo del día estancia hospitalaria.	1			
06	Gráfica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración) acorde con los códigos institucionales.	1			
07	Anota los datos (objetivos y/o subjetivos) de la valoración focalizada y/o generalizada del paciente.	1			
08	Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad).	1			
09	Valoración de alergias.	1			
10	Registra datos socio - culturales del paciente (religión, idioma- dialecto, prácticas-preferencias culturales).	1			
11	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales.	1			
12	Anota los juicios sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales.	1			
13	Documenta la comunicación de los problemas de salud reales y/o potenciales detectados, a otros profesionales de la salud.	1			
14	Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente.	1			
15	Anota la hora de las intervenciones de enfermería.	1			
16	Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir el riesgo de infección.	1			
17	Registra la fecha de instalación de medios invasivos.	1			
18	Anota las características específicas de la herida quirúrgica (para evitar posibles complicaciones) en caso necesario.	1			

19	Registra características específicas de los drenajes (estado de la piel circundante, cantidad, consistencia, color).	1			
20	Registra los medicamentos administrados especificando nombre genérico, hora, dosis y vía.	1			
21	Utiliza unidad de medición universal e institucionalmente aceptada.	1			
22	Anota abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas.	1			
23	Registra las medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caídas del paciente.	1			
24	Anota las medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión del paciente.	1			
25	Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y/o familiar para contribuir a la seguridad del paciente.	1			
26	Documenta el plan de alta domiciliaria del paciente.	1			
27	Registra las respuestas del paciente (revaloraciones) a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas.	1			
28	Anota revaloración del dolor.	1			
29	Anota situaciones pendientes (estudios, cirugías, transfusiones, medicación, instalación de medios invasivos, etc.) al siguiente turno.	1			
30	Realiza los registros sin faltas de ortografía (máximo dos: acentuación y/o palabras).	1			
31	Registros con lenguaje técnico: uso de terminología científica.	1			
32	La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender.	1			
33	Realiza los registros con letra legible.	1			
34	Los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras, uso de corrector).	1			
35	Cuenta con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno.	1			
Total		35 Puntos			

Observaciones: \_\_\_\_\_

Registra detalladamente eventos adversos con relación a la integridad del paciente (en caso de haberse presentado). Tipo de Evento Adverso:

**Punto de corte:**

- Nivel de excelencia: 91%- 100% (1)
- Nivel de cumplimiento significativo: 85%- 90% (2)
- Nivel de cumplimiento parcial: 75%- 84% (3)
- Nivel de cumplimiento mínimo: 70%- 74% (4)
- Nivel de no cumplimiento: Por abajo del 70% (5)

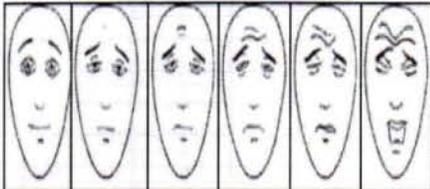
*Fuente:* Torres M, Zárate RA, Matus R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Revista Enfermería Universitaria.* 2011; 8: 17- 25.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del aplicador





NECESIDADES DE EDUCACIÓN:

ESCALA DE EVALUACIÓN																																
ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR						ESCALA DE CAMPBELL																										
ESCALA ANALOGA-NUMERICA						ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR Y COMPORTAMIENTO																										
(+13 años y adulto consciente)						PARA PACIENTES CON IMPOSIBILIDAD PARA COMUNICARSE DE FORMA ESPONTANEA (RANGO DE PUNTACIÓN 0-10)																										
Instrucciones: a la persona se le pide que seleccione un número entre 0 (nada de dolor) y 10 (el peor dolor imaginable) para identificar qué tanto dolor está sintiendo						0	1	2																								
NADA DE DOLOR	0	2	3	4	5	6	7	8	9	10	EL PEOR DOLOR QUE EXISTE	Musculature facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados																	
Escala de Oucher (3-12 años consciente)						Tranquilidad	Tranquilo, Relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades			Tono muscular*	Normal	Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	Rigido																	
0	Sin dolor							Respuesta Verbal**	Normal	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes			Confortabilidad	Confortable y/o tranquilo	Se tranquiliza con el tacto y/o la voz: Fácil de distraer	Difícil de confortar con el tacto o hablándole															
2	Siente solo un poquito de dolor							Puntuación Escala de Campbell					*En caso de lesión medular o hemiplejía valorar el lado sano																			
4	Siente un poco más de dolor							Rango puntuaciones					0: No dolor					1-3: Dolor leve-moderado					4-6: Dolor moderado-grava					>6: Dolor muy intenso				
6	Siente aún más dolor							La puntuación ideal es mantener en 3 o menos. Consideraciones en el uso de la Escala de Campbell: si existen dudas sobre la existencia o no de dolor es obligatorio asociar un analgésico y observar las respuestas.																								
8	Siente mucho dolor																															
10	El dolor es el peor que puede imaginarse																															
TURNOS	HORA	VALORACIÓN INICIAL PUNTAJE	INTERVENCIÓN				HORA	REVALORACIÓN	OBSERVACIONES																							
INICIAL MATUTINO																																
INICIAL VESP																																
INICIAL NOCTURNO																																

ESCALA DE BRADEN (Prevención de úlceras por presión)					ESCALA DE FUNCIONALIDAD DE CRICHTON (caídas)				
VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE					VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE				
VARIABLES	1	2	3	4	Valoración del Riesgo		Puntuación		
Percepción Sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	Limitación física	2			
Exposición a la Humedad	Constantemente húmeda	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda	Estado mental alterado	3			
Actividad	Encamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente	Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2			
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	Problemas de idioma o socioculturales	2			
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente	Incontinencia urinaria	1			
Roce y Peligro de Lesiones	Problema	Problema Potencial	No existe problema aparente	No existe problema aparente	Déficit sensorial (auditivo, visual)	2			
Puntuación menor 12= Alto Riesgo					Desarrollo psicomotriz 0-5 años			2	
Puntuación total 13-14= Riesgo Moderado					Pacientes sin factores de riesgo evidentes			1	
Puntuación total 15-16= Riesgo Bajo					<b>Total</b>			<b>15</b>	
DETERMINAR EL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS									
NIVEL		PUNTOS		CÓDIGO					
Alto Riesgo		8 a 15		ROJO					
Mediano Riesgo		3 a 7		AMARILLO					
Bajo Riesgo		1 a 2		VERDE					
TURNOS	HORA	VALORACIÓN INICIAL PUNTAJE / RIESGO	INTERVENCIONES		TURNOS	HORA	VALORACIÓN INICIAL PUNTAJE / RIESGO	INTERVENCIONES	REVALORACIÓN
MATUTINO					MATUTINO				
VESPERTINO					VESPERTINO				
NOCTURNO					NOCTURNO				



## Anexo 2.2 Hoja de Enfermería para el registro de medios invasivos



**HOSPITAL GENERAL**  
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"  
 CALZADA DE TLALPAN 4800, MEXICO 14000 D.F.  
 TEL. 4000-3000



### FORMATO DE INFECCION NOSOCOMIAL DE MEDIOS INVASIVOS (FEIN 2.00)

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ SERVICIO \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_  
 FECHA INGRESO \_\_\_\_\_ FECHA EGRESO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ NOTIFICA \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO 1 _____		DIAGNOSTICO 2 _____								
DIAGNOSTICO 3 _____		DIAGNOSTICO 4 _____								
TIPO DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA										
1.- _____		1.- _____								
2.- _____		2.- _____								
3.- _____		3.- _____								
INFECCION COMUNITARIA										
1.- _____		1.- _____								
2.- _____		2.- _____								
3.- _____		3.- _____								
<b>CATETERS*</b>										
	FECHA INST.	FECHA RETIRO	ANTISEPTICO	BATA	GUANTES	CUBRE-BOCA	MEJORIA	INDICACIONES DE RETIRO INFECCION	CAMBIO	INSTALO
1a. Arterial ( )	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2a. Arterial ( )	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
1a. Venosa Central ( )	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2a. Venosa Central ( )	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3a. Venosa Central ( )	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
1a. Venoclisis ( )	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2a. Venoclisis ( )	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3a. Venoclisis ( )	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4a. Venoclisis ( )	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
75a. Venoclisis ( )	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
*S=Subclavia Y=Yugular P=Percutánea SE=Seldinger										
<b>OTROS CATETERS</b>										
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>OBSERVACIONES</b>										
<b>SELLO DE AGUA</b>										
	FECHA INST.	FECHA RETIRO	ANTISEPTICO	BATA	GUANTES	CUBRE-BOCA	MEJORIA	INDICACIONES DE RETIRO INFECCION	CAMBIO	INSTALO
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>INDICACION DE INSTALACION:</b>										
	FECHA INST.	FECHA RETIRO	ANTISEPTICO	BATA	GUANTES	CUBRE-BOCA	MEJORIA	INDICACIONES DE RETIRO INFECCION	CAMBIO	INSTALO
<b>SONDAS</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Foley Transitoria	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Foley Permanente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Foley Intermitente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nasogástrica	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nasoenteral	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>OBSERVACIONES</b>										
	FECHA INST.	FECHA RETIRO	QUIROFANO	SERVICIO	GUANTES	CUBRE-BOCA	MEJORIA	INDICACIONES DE RETIRO INFECCION	CAMBIO	INSTALO
<b>ASISTENCIA VENTILATORIA</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cánula	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
TT traqueostomía	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cricotiroidectomía	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>OBSERVACIONES</b>										
	FECHA INST.	FECHA RETIRO	CAMBIO CICUITO				MEJORIA	INDICACIONES DE RETIRO INFECCION	CAMBIO	INSTALO
<b>Nebulizador</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Vent. Vol.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Vent. Pres.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>OBSERVACIONES</b>										



**ANTECEDENTES DE CIRUGIA**

Dx Preoperatorio	1	_____
	2	_____
Dx Postoperatorio	1	_____
	2	_____

FECHA	CIRUGIA (Anotar el nombre)	DURACION	Urgencia	Electiva	Limpia	Limpia Contam	Contaminada	Sucia o Infect.

RIESGO:  ASA     GOLDMAN     TROMBOEMBOLICO    **CONCORDANCIA Dx: SI NO**

ANESTESIA:  LOCAL    ANESTESIA:  MATUTINO    CIRUJANO    CLAVE    GRADO  
 EPIDURAL     VESPERTINO  
 GENERAL     NOCTURNO

ADSCRITO RESPONSABLE \_\_\_\_\_

DIAS DE ESTANCIA	APOYO NUTRICO	COMPLICACIONES DEL APOYO NUTRICO
PREOPERATORIO	1. PARENTERAL	1. _____
POSTOPERATORIO	2. ENTERAL	2. _____
TOTAL	3. MIXTO	3. _____

**COMPLICACIONES Y ACCIDENTES**

Transoperatorios	1 _____
	2 _____
Anestesicos	1 _____
	2 _____

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y OTRAS EN PACIENTES NO OPERADOS**

FIEBRE <input type="checkbox"/>	CHOQUE <input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA POSTOP. <input type="checkbox"/>	CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/>
ATELECTASIA <input type="checkbox"/>	CELULITIS <input type="checkbox"/>	OCCLUSION INTESTINAL <input type="checkbox"/>	METABOLICAS <input type="checkbox"/>
NEUMONIA <input type="checkbox"/>	SEROMA <input type="checkbox"/>	DEHISCENCIA ANASTOMOSIS <input type="checkbox"/>	PREOPERACION <input type="checkbox"/>
UROSEPSIS <input type="checkbox"/>	HEMATOMA <input type="checkbox"/>	FISTULA ENTEROCUTANEA <input type="checkbox"/>	OTRAS* <input type="checkbox"/>
FLEBITIS <input type="checkbox"/>	DEHISCENCIA <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE* _____	
SEPSIS CATETER <input type="checkbox"/>	INF. Hx Qx SUP. <input type="checkbox"/>	_____	
PANCREATITIS <input type="checkbox"/>	PROFUNDA <input type="checkbox"/>	_____	
TEP <input type="checkbox"/>	ESPACIO Qx <input type="checkbox"/>	_____	

**CULTIVOS**

FECHA	TIPO DE CULTIVO	GERMEN AISLADO

DEFUNCION: SI NO    CAUSA: \_\_\_\_\_

AUTOPSIA: SI NO    FECHA DE EGRESO \_\_\_\_\_  
DIA    MES    AÑO

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

REPORTAR AL COMITE LAS COMPLICACIONES DE PACIENTES QUE FUERON OPERADOS O QUE ESTUVIERON HOSPITALIZADO Y QUE FUERON DETECTADAS EN URGENCIAS EN LA CONSULTA EXTERNA

GRACIAS POR TU COLABORACION





### Anexo 3. Cronograma de actividades.

ACTIVIDADES	PRIMER PERIODO 2014		SEGUNDO PERIODO 2015									
	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
Selección del tema.												
Búsqueda de la información.												
Elaboración del planteamiento del problema, justificación y objetivos.												
Se estableció propuesta de la investigación al Hospital.												
Revisión de bibliografía y elaboración de marco teórico.												
Elaboración de la metodología y elección del instrumento a aplicar.												
Aplicación de prueba piloto.												



## Anexo 4. Documento de aceptación de protocolo del Comité de Investigación.

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Hospital General "Dr. Manuel Gea González"  
"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"  
Comité de investigación y Comité de Ética en Investigación

07 julio de 2015.  
Oficio No. CI y CEI/234/15.

**MTRA. GREGORIA OLIVARES ROBLES**  
**INVESTIGADOR PRINCIPAL**  
**PRESENTE.**

Comunicamos a usted que el protocolo "**Nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención del D.F.**", presentado en la *Décima Sesión Ordinaria del Comité de Investigación y del Comité de Ética en Investigación*, llevada a cabo el día 3 de junio del presente año, tras la revisión y análisis de los documentos entregados el 30 de junio 2015 correspondientes a:

- Protocolo de investigación 2ª versión
- Cartas compromiso 2ª versión
- Resumen 2ª versión
- Anexos (herramientas de trabajo)

Consideraron dictaminar su proyecto como:

**Aprobado**

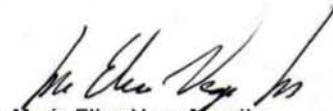
El registro de este proyecto es el **41-43-2015**. Le informamos que este fallo tiene vigencia hasta el 31 de diciembre del 2015. Si se requiriera ampliar el periodo, solicite la renovación anual con 45 días de anticipación a su fecha de vencimiento, por medio de una carta donde se expongan los motivos correspondientes.

Al realizar este proyecto adquiere el compromiso ineludible de **informar cada tres meses el avance del estudio a la División de Investigación Clínica** por medio del formato establecido, disponible en la página electrónica del Hospital, anexando el listado de los sujetos de estudio incluidos (nombre y número de expediente), de igual forma se debe agregar la información de las presentaciones a congresos o las publicaciones que se han generado. Le recordamos que **cualquier cambio o actualización en los integrantes o procedimientos de este estudio deberá ser notificado por escrito a estos Comités.**

Se anexa hoja de seguimiento del proyecto para que tenga presente la entrega de su reporte en tiempo

Sin otro particular por el momento, nos es grato enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

  
**Dra. María Elisa Vega Memije**  
**Presidente**  
**Comité de Investigación**

  
**Dr. Samuel Weingerz Mehl**  
**Presidente**  
**Comité de Ética en Investigación**

**c. c. p.-Lic. Reyna Roción Nava Paniaya- Investigador Asociado Principal**  
**MLSR\*locm**

**Anexo 5. Documento de aprobación para la aplicación del instrumento.**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
Subdirección de Enfermería  
Departamento de Docencia e Investigación en Enfermería  
"2015. Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

OFI/SE/DD/938/2015  
México, D. F., a 16 de junio 2015

**LIC. CLAUDIA AGUILAR ESCALONA**  
**JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA**  
**PRESENTE**

A través del presente informo a Usted, que la coordinación de Investigación se encuentra en la implementación del proyecto de investigación "Registros Clínicos de Enfermería".

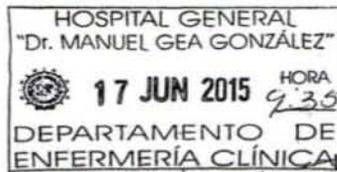
La aplicación del instrumento de recolección de información para el presente protocolo, se realizará en el área hospitalaria en los servicios de Cirugía General y Medicina Interna, del 17 de junio al 17 de julio 2015, los días miércoles de 7:00 a 13:00 hrs. y martes y jueves de 14:00 a 16:00 hrs.

En espera de contar con el respaldo de Usted le solicito de la manera más atenta tenga a bien proporcionar las facilidades para llevar a cabo dicho estudio.

Reconocida por su atención, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

*Maribel Martínez Velázquez*  
Lic. Maribel Martínez Velázquez  
Jefe del Departamento de Docencia  
E Investigación en Enfermería



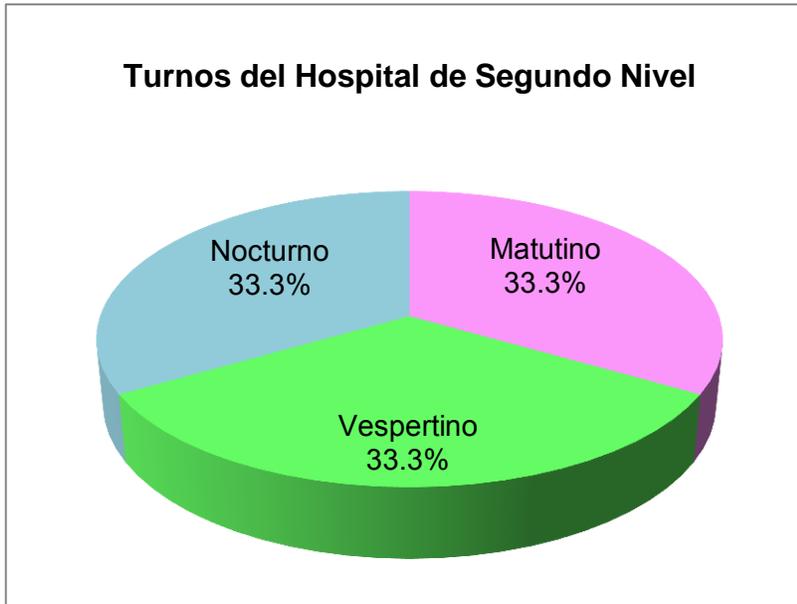
Vo. Bo.

*Yolanda Mayoral Méndez*  
Lic. Yolanda Mayoral Méndez  
Subdirectora de Enfermería

C.c.p. Lic. Reyna Torres Miranda. Jefe de Servicio de Cirugía General  
Lic. Vianey Benitez Martínez. Jefe de Servicio de Medicina Interna y Ortopedia  
E.A.S.E. Leticia López Mendoza. Jefe de servicio Turno Vespertino

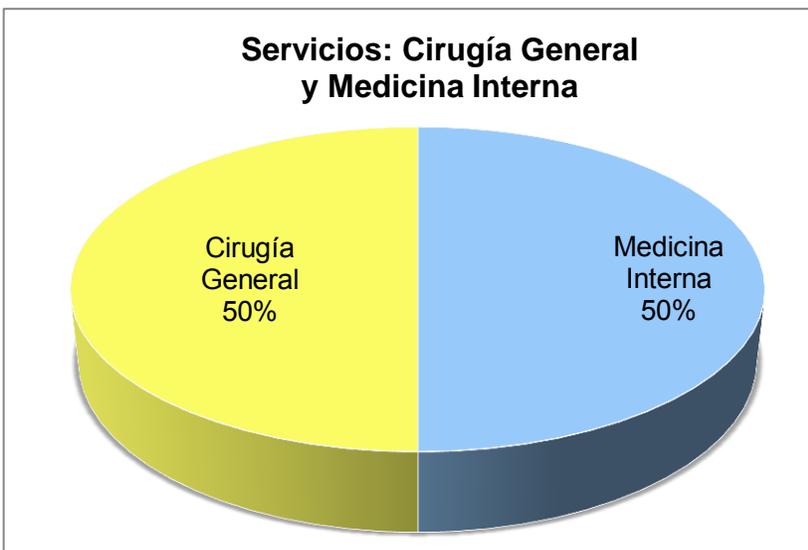
*Recebi: Leticia López*  
16-06-2015  
*Rosa Torres H.*  
17-06-2015

## Anexo 6. Figuras complementarias.



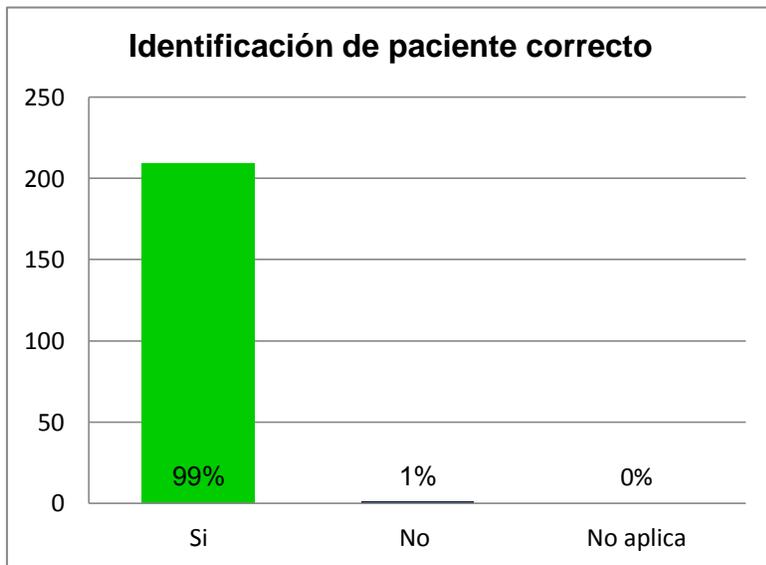
**Figura 1. Turno**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015

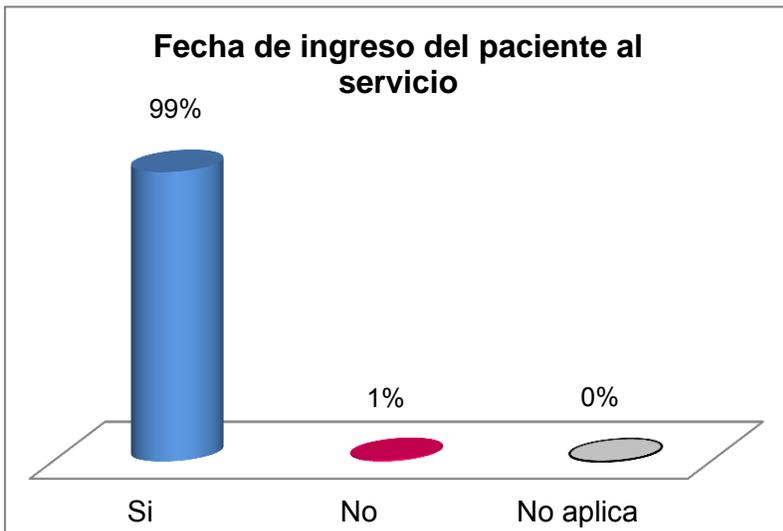


**Figura 2. Servicio**

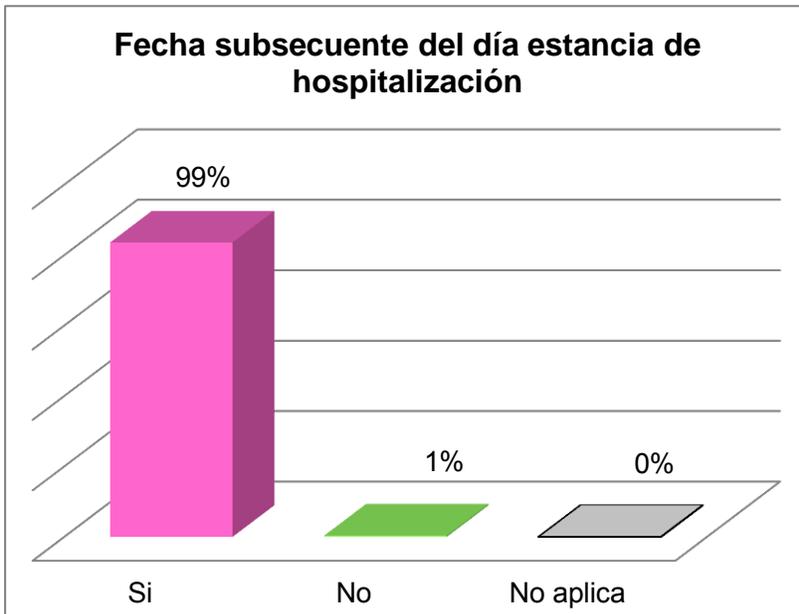
Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015



**Figura 3. Identificación de paciente correcto**  
 Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015



**Figura 4. Fecha de ingreso del paciente al servicio**  
 Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015



**Figura 5. Fecha subsecuente del día estancia de hospitalización**

Fuente: Varela P.Z., Nava P.R. Nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería en un Hospital de Segundo nivel de Atención. México D.F. 2015