



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

TESIS GRUPAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

COVARRUBIAS LOPEZ ESMERALDA SOLEDAD
JIMENEZ GUADARRAMA MARIA ARGENDIDA

DIRECTORA DE TESIS:

LEO, MTRA. LAURA MORAN PEÑA

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



MEXICO, D. F.



FEBRERO 2005

m. 340856

SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recopional.

NOMBRE: Simón Cuadacama

No Acreditado

FECHA: 09-02-05

FIRMA: [Firma]

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recopional.

NOMBRE: Concepción López

Esmeralda Salcedo

FECHA: 09-Febrero-05

FIRMA: [Firma]

QUEDA PROHIBIDO

Queda prohibido llorar sin aprender;
Levantarse un día sin saber que hacer,
Tener miedo a tus recuerdos.

Queda prohibido
No sonreír a los problemas,
No luchar por lo que quieres,
Abandonarlo todo por miedo,
No convertir en realidad tus sueños.

Queda prohibido
No demostrar tu amor,
Hacer que alguien pague tus deudas
De mal humor....

Queda prohibido
No hacer las cosas por ti mismo,
No creer en Dios y hacer tu destino,
Tener miedo a la vida y a sus compromisos,
No vivir cada día como si fuera el último suspiro.

Queda prohibido
Echar a alguien de menos sin alegrarte,
Olvidar sus ojos, su risa,
Todo porque sus caminos han dejado de abrazarse.

Queda prohibido
No intentar comprender a las personas,
Pensar que sus vidas valen menos que la tuya,
No saber que cada uno tiene su camino y su dicha.

Queda prohibido
No crear tu historia,
Dejar de dar gracias a Dios por tu vida,
No tener un momento para la gente que te necesita,
No comprender que lo que la vida te da, también te quita.

Queda prohibido
No buscar la felicidad,
No vivir tu vida con una actitud positiva,
No pensar que podemos ser mejores,
No sentir que sin ti, este mundo no sería igual.

PABLO NERUDA

A Dios...

Por brindarme la oportunidad de vivir.

A mis padres.

Ellarcelina Guadarrama y Eduardo Márquez, gracias por el apoyo, confianza y amor brindado durante toda mi vida.

A mis hijas

Fernanda y Fátima por el tiempo otorgado y recuerden todo se puede en esta vida, las amo.

A Alfonso

Lo logré.....

A mis hermanos

Adriana, Alberto y Eduardo que de alguna u otra manera estuvieron conmigo

A Esmeralda

Por su confianza y exigencia en la realización de esta tesis, esperando que nuestros caminos sigan juntos y que sea lo primero más no lo único que realicemos, te quiero Sol.

Elizabeth

A mi amiga y compañera inseparable

A nuestra asesora de tesis, Maestra Laura Moran, que a pesar de sus innumerables tareas, siempre estuvo presta a brindarnos atención, gracias por la confianza brindada.

A la institución hospitalaria donde se llevó a cabo la investigación

Por su apoyo y facilidades

A la UNAM

Que gracias a ella estamos alcanzando uno de nuestros anhelos.

"Para ser PUMA, hay que tener la piel dorada y la sangre azul"

A Dios

Por que me iluminas en cada momento y me das una nueva oportunidad para vivir viva cada día.

A mis padres

Eulalia López y Juan Luis Covarrubias por darme la vida y por estar siempre a mi lado en mis logros y tropiezos.

A mis hermanas

Mary y Perlis por su apoyo, cariño y comprensión. Las quiero muchísimo.

**A mis amigos:**

Julio: Por ser parte muy especial en mi vida.

Giovanny, Nashelii, Isaac, Lety, Joaquín, René....por su amistad, cariño y apoyo incondicional. Gracias.

Arge: Por tantas cosas que hemos compartido juntas tanto en la vida académica como en lo personal. Te aprecio y quiero mucho y acuérdate que esto es sólo un escalón más para seguir avanzando.

A la asesora de tesis, LEO, MTRA. Laura Morán Peña

Por su apoyo para la realización de este trabajo.

A la institución hospitalaria donde se llevó a cabo la investigación

Por su apoyo y facilidades

A la UNAM

Por todas las oportunidades de desarrollo que me ha brindado.

"Para ser PUMA, hay que tener la piel dorada y la sangre azul"

ESMERALDA SOLEDAD COVARRUBIAS LÓPEZ

ÍNDICE

Agradecimientos	Págs.
1. Introducción.....	7
2. Planteamiento del problema.....	10
2.1 Contextualización del problema	
2.2 Objetivos	
2.2.1 Objetivo general	
2.2.2 Objetivos específicos	
3. Marco conceptual.....	13
3.1 La Enfermería como disciplina.....	14
3.1.1 Objeto de estudio de la enfermería	
3.1.2 Bases metodológicas para el cuidado: Proceso de Atención de Enfermería	
3.1.2.1 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	
3.2 Registro e informe de los cuidados de Enfermería.....	18
3.2.1 Comunicación entre el equipo de salud	
3.2.2 Documentación en Enfermería	
3.2.2.1 Formatos más comunes en la documentación de Enfermería	
3.2.3 Registros clínicos de Enfermería	
3.2.3.1 Información que se tiene sobre los registros de Enfermería	
3.2.3.2 Importancia de los registros de calidad	
3.2.3.3 Directrices para un registro de calidad	
3.2.4 Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA-1998, del expediente clínico	
3.2.5 Expediente clínico	
3.2.5.1 Aplicaciones del Expediente Clínico	
3.2.5.2 Hoja de Enfermería	
3.3 Evaluación de los cuidados de Enfermería.....	31
3.3.1 Control de calidad	
3.4 Aspectos éticos y legales en relación a los registros de Enfermería.....	32
3.4.1 Legislación en Enfermería	
4. Metodología.....	36
4.1 Características del estudio	

4.1.1 Tipo de estudio	
4.1.2 Universo	
4.1.3 Tiempo y espacio	
5. Resultados.....	39
6. Discusión de resultados.....	62
7. Bibliografía.....	67
8. Anexos.....	71
8.1 Fórmula para calcular la muestra.	
8.2 Lista de cotejo para el análisis de las notas de enfermería	
8.3 Términos imprecisos que deben evitarse en la redacción de los registros clínicos de Enfermería	
8.4 Abreviaturas utilizadas por los profesionales de la salud y que están dentro de las normas establecidas	

I. INTRODUCCIÓN

Los registros de enfermería, son documentos que describen y respaldan los procedimientos y cuidados brindados por este profesional hacia el individuo hospitalizado y forman parte esencial del expediente clínico.

Asimismo, los registros clínicos constituyen una herramienta indispensable para la comunicación, no sólo entre el personal de Enfermería, sino también con el resto del equipo de salud, esto permite dar continuidad a los cuidados e incrementar la calidad de atención a la salud del individuo.

No obstante, de acuerdo a la experiencia en el campo clínico, se identificaron deficiencias en la elaboración de los registros de enfermería. En ocasiones, se detectó que se dejaban cuidados y observaciones sin reportar, se anotaban en horarios en los que no se habían llevado a cabo o simplemente se utilizaban abreviaturas que confundían las notas.

De acuerdo con Carpenito (1994), históricamente "las enfermeras han tenido dificultades para la estructuración de registros. A pesar de que la cantidad de los registros de Enfermería han aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de información" (p.10).

El continuar elaborando registros clínicos de manera inadecuada impide tener una apropiada guía de acción en la atención del paciente. En suma, hace que la profesión se estanque y continúe ejecutando únicamente indicaciones médicas sin participar de manera activa y analítica con el resto del equipo de salud en el cuidado y/o restablecimiento de la salud del individuo.

Del mismo modo, es importante señalar que el no elaborar los registros clínicos correctamente, impide al profesional de Enfermería contar con una

herramienta que le permita defenderse en el ámbito legal o bien, disponer con información confiable para realizar auditorias o investigaciones sobre las prácticas del cuidado.

Con base en lo anterior, la investigación que se llevó a cabo tuvo como principal objetivo conocer la calidad de los registros de Enfermería. Como unidades de análisis se consideraron los registros clínicos elaborados por el personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital del Distrito Federal en sus tres diferentes turnos.

Para realizar la investigación se eligió como método de recolección de datos un instrumento que se elaboró a partir de la información analizada de distintas fuentes bibliográficas.

Con la finalidad de contextualizar la investigación, en el primer capítulo del presente trabajo se proporciona un marco conceptual que permite explicar, precisar y respaldar el problema. En primer lugar se mencionan aspectos en los que se aborda a la Enfermería como disciplina. Asimismo, se presenta información sobre la documentación en Enfermería, su concepto, características, etc. Por último, se abordan los aspectos éticos y legales en la elaboración de los registros clínicos, entre otras cosas.

Posteriormente, en el segundo capítulo se describe la metodología que se utilizó para realizar el trabajo de investigación.

En el tercer capítulo, se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento. En esta parte, se incluyen tablas de concentración y gráficas para representar la información.

El cuarto capítulo, corresponde a la discusión de resultados y a las conclusiones. Asimismo, se presentan posibles alternativas para mejorar los registros de Enfermería.

Finalmente, es importante mencionar, que con este trabajo se pretende contribuir a mejorar la calidad de atención al paciente, contar con un pertinente respaldo legal y considerar a los registros de Enfermería como muestras confiables para llevar a cabo investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

Como se mencionó en la introducción, los registros clínicos de Enfermería constituyen una herramienta esencial que le permite al profesional informar sobre sus intervenciones. Al mismo tiempo, los registros son una vía de comunicación entre sus compañeros de profesión y con el resto del equipo de salud.

De acuerdo a la experiencia adquirida en el campo clínico, se identificaron deficiencias en la elaboración de los registros de enfermería: no se registraban cuidados que se habían brindado, las notas eran confusas y difíciles de interpretar, se utilizaban abreviaturas desconocidas, etc.

Por lo anterior, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los criterios de calidad que reúnen los registros de Enfermería que se elaboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en un Hospital del Distrito Federal?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los criterios de calidad de los registros de Enfermería que se elaboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital del Distrito Federal.

Objetivos específicos

- Identificar los datos más relevantes que se anotan en los registros clínicos.
- Evaluar las características de la información que aparece en los registros de Enfermería.
- Con base en los resultados y en caso necesario proporcionar posibles alternativas para mejorar la calidad de los registros de Enfermería.

MARCO CONCEPTUAL

3.1 LA ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA

Desde tiempos muy remotos en Enfermería, al igual que en otras disciplinas, se ha tratado de establecer un contexto filosófico propio con la finalidad de identificar, delimitar y guiar la profesión. De esta manera y considerando los escritos de distintas teóricas se reconocen los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno como partes fundamentales para clarificar el campo de Enfermería. Así, "la práctica se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud" (Kérouac, 1996, p.76).

Siendo el cuidado el centro de interés de la profesión, en el presente capítulo se ahondará sobre el mismo. También es importante remarcar que el instrumento que la disciplina utiliza para brindar los cuidados, es el Proceso de Atención de Enfermería que se describe posteriormente.

3.1.1 OBJETO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA

El objeto de estudio de la enfermería, en donde se centran los conocimientos, prácticas y actividades de la profesión, es el cuidado. "El cuidado es a la vez un arte y una ciencia" (Kérouac, 1996, p.5). Sin embargo, es importante aclarar que no todo tipo de cuidado es propio de la disciplina de Enfermería.

Históricamente, el cuidado existe desde que el hombre apareció en la tierra. No obstante, en un principio, su principal objetivo consistía en conservar la vida, es por ello que los seres humanos tenían que cuidarse unos de otros. Conforme pasó el tiempo y los grupos primitivos se volvieron sedentarios, la tarea de cuidar quedó básicamente en manos del sexo femenino, lo anterior, sigue prevaleciendo en la actualidad ya que en la mayoría de las sociedades, la madre es la que suele brindar los cuidados al resto de los integrantes de la familia. A este tipo de cuidados se les conoce como *habituales* (alimentación, vestido, higiene, etc.) y tienen la finalidad de asegurar la sobrevivencia.

Posteriormente, cuando el hombre comenzó a enfrentarse a factores que le provocaban algún tipo de daño, surgieron aquellos cuidados encaminados a reestablecer la salud, es decir, se originaron los *cuidados específicos*. Es precisamente en este tipo de cuidados en el que entra el objeto de estudio de la profesión. De esta manera y de acuerdo a Colliere (1995) en su libro *Promover la vida*, los cuidados de Enfermería tienen la finalidad de "permitir a los usuarios... desarrollar su capacidad de vivir" (p.240).

Poco a poco y gracias a la incorporación de diversas ciencias tales como la antropología, psicología, nutrición, sociología, administración, etc. el arte de cuidar de la Enfermería se ha ido conformado como un acto con bases científicas. Así, actualmente se habla de un diseño de cuidado, en el que no solo se hace indispensable interactuar con un equipo de profesionistas de diversas áreas, sino también contar con métodos sistemáticos y científicos de trabajo con el fin de preservar, mantener y/o reestablecer la salud del individuo, familia y comunidad. Con tal objetivo y para proporcionar el cuidado, la profesión se apoya en el Proceso de Atención de Enfermería.

3.1.2 BASES METODOLÓGICAS PARA EL CUIDADO: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En un principio, solo se reconocían los cuidados de Enfermería que dependían exclusivamente de las indicaciones médicas y, aunque en cierta forma si se llevaban a cabo actividades de manera independiente, no se contaba con un instrumento científico que explicara, guiara y respaldara las intervenciones de la profesión.

En 1955, Hall describe el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). A partir de esa fecha un gran número de enfermeras han explicado el Proceso de distintas maneras. Actualmente el PAE se define como "un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de Enfermería" (Kozler, 1996, p.181).

El PAE tiene como principales objetivos: "Identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del paciente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlas" (Kozier, 1996, p. 181).

Asimismo el PAE se caracteriza por:

- Ser un sistema abierto, flexible y dinámico.
- Individualizar las necesidades particulares de cada paciente.
- Ser planificado.
- Ser interpersonal al tener una comunicación directa y persistente con el paciente y sus familiares.
- Ser cíclico al interrelacionarse sus etapas unas con otras.
- Seguir una secuencia lógica.
- Enfatizar la retroalimentación para una mejor comprobación del problema y para la revisión del plan de cuidados.
- Ser aplicable y universal.

Como se mencionó anteriormente el PAE es una serie de procedimientos sistemáticos y científicos que consta de cinco fases: valoración, planificación, diagnóstico, evaluación y ejecución.

3.1.2.1 Etapas del proceso de Atención de Enfermería.

La forma en que se lleva a cabo cada una de las etapas del PAE depende del modelo y teoría de Enfermería que el profesional elija. Lo anterior, permite establecer un marco de referencia para poder proporcionar el cuidado de manera integral.

Actualmente, uno de los modelos más aceptados es el de Virginia Henderson que está orientado a la identificación de las 14 necesidades humanas y a la interdependencia.

El PAE consta de las siguientes etapas:

- **Valoración:** Etapa en la que se identifica el estado integral de la persona, familia o comunidad. Inicia con la recopilación de datos a través de la entrevista, técnicas de observación, exploración física, etc.
- **Diagnóstico:** Se realiza un análisis e interpretación de los datos obtenidos durante la etapa de valoración y se determinan diagnósticos de enfermería dando la pauta para diseñar, ejecutar y evaluar el plan de cuidados.
- **Planificación:** Consiste en la elaboración de estrategias encaminadas a la resolución de los problemas identificados en las etapas anteriores. En esta etapa se establecen prioridades de cuidados y se especifican los objetivos que se esperan alcanzar.
- **Ejecución:** Etapa en donde se ponen en práctica las actividades planeadas en la fase anterior. El profesional de enfermería sigue recogiendo y registrando datos en los documentos correspondientes.
- **Evaluación:** Etapa en la que se evalúan los resultados que se obtuvieron con los cuidados brindados, permitiendo así, reconocer si se lograron los objetivos que se esperaban e identificando aquellos problemas que requieren revaloración y replaneación.

Ya que el PAE constituye una herramienta fundamental para brindar un cuidado integral al individuo, familia y/o comunidad es importante que el profesional en Enfermería se encuentre familiarizado con cada una de sus etapas.

Asimismo y debido a que en la actualidad gran parte de la práctica enfermera se centra en los hospitales, es fundamental que el personal de Enfermería cuente con instrumentos para poder comunicar sus acciones, no solo a sus mismos

compañeros de profesión, sino también al resto del equipo de salud. Lo anterior se realiza a través de la documentación en Enfermería.

3.2 REGISTRO E INFORME DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En la atención del paciente participa un equipo multidisciplinario de salud, por tanto, es fundamental que exista una adecuada comunicación entre ellos para brindar un cuidado asistencial de calidad.

En esta parte del marco conceptual se habla sobre la manera en que el equipo de salud intercambia información. Sin embargo, se profundiza más sobre la documentación escrita, la cual representa una forma esencial en que el profesional en Enfermería informa sobre sus intervenciones. Asimismo se especifican las directrices para poder elaborar los registros clínicos.

Asimismo, también se incluye información sobre la Norma Oficial Mexicana del Expediente clínico, algo fundamental, ya que el registro clínico de Enfermería precisamente forma parte del expediente clínico.

3.2.1 COMUNICACIÓN ENTRE EL EQUIPO DE SALUD

"Comunicación es el intercambio de información [es decir] el mensaje se envía, y la persona indicada lo recibe e interpreta" (Sorrentino, 1987, p.19). Es muy importante que la comunicación que se da entre los miembros del equipo de salud sea eficaz, en otras palabras, la información que se transmite debe tener un sólo significado, tanto para el emisor del mensaje como para el receptor. Una comunicación eficaz permite:

- Mejorar la calidad de atención que recibe el paciente.
- Coordinar las actividades entre los integrantes del equipo de salud.
- Favorecer la continuidad en los cuidados.

Entre el personal de Enfermería existen, principalmente, dos tipos de comunicación:

- Oral. El intercambio de información se realiza de manera verbal. Este tipo de comunicación se utiliza por lo regular en el cambio de turno con la finalidad de notificar:
 - El estado general actual del paciente.
 - Cambios en las indicaciones médicas.
 - Tratamientos y/o intervenciones especiales a los que se haya sujetado el paciente o que estén pendientes por realizarse.
 - Algún contratiempo en la unidad de trabajo.
- Escrita. La transmisión de información se realiza a través del registro escrito. A esta forma de comunicación también se le conoce como documentación en Enfermería.

Para fines del presente trabajo a continuación se ahondará a mayor profundidad sobre este último tipo de comunicación.

3.2.2 DOCUMENTACIÓN EN ENFERMERÍA

“El término ‘documentación’ viene del latín *docere*, que significa instruir” (Phaneuf, 1999, p.222). La documentación en Enfermería es cualquier impreso o escrito que permite comunicar y comprobar información relevante para el tratamiento y cuidado del paciente.

3.2.2.1 Formatos más comunes en la documentación en Enfermería

Existen distintos escritos habituales que forman parte de la documentación en Enfermería, entre ellas encontramos:

- **Gráficas y hojas de evolución.** Son formularios en los cuales se registran y valoran hallazgos que se realizan cotidianamente como son: constantes vitales, ingesta y eliminación, datos de laboratorio, valoración cutánea, administración de medicamentos, etc.

En las hojas de evolución se realizan anotaciones sobre datos que sean significativos y relevantes para el cuidado del paciente.

- **Historia enfermera.** Es un relato sobre el estado de salud del paciente desde los sucesos pasados hasta su estado actual. Por lo regular, se elaboran historias de Enfermería cuando el individuo ingresa a una unidad de cuidados, esto permite contar con una guía para poder identificar diagnósticos y necesidades a los que van a estar dirigidos los cuidados de Enfermería.

- **Kárdex enfermero.** "Es un impreso o tarjeta que se conserva en una carpeta o libreta transportable en el control de enfermería" (Potter, 2002, p.524). El kárdex da la oportunidad de tener un rápido acceso a la información sobre los pacientes, así como de sus tratamientos y planes de cuidados. Los datos que suelen incluirse en el kárdex son:

- Datos demográficos básicos
- Diagnóstico
- Indicaciones médicas
- Planes de cuidados de Enfermería
- Procedimientos y/o pruebas programadas
- Datos específicos relacionados con las actividades cotidianas.

El kárdex de Enfermería es de gran utilidad cuando se realizan cambios de turnos o se pasan visita.

- **Sistema de registro de la agudeza.** En este tipo de documentación se asigna una escala numérica para cada cuidado que se brinda al paciente, con la finalidad de obtener un nivel numérico de agudeza del mismo. Un

paciente que requiere un cuidado amplio, se clasifica con un nivel de agudeza de 1, si por el contrario, su recuperación es buena o inclusive esta por darse de alta entonces tendrá un nivel de agudeza de 5. Por ejemplo, si se registra acerca de la alimentación y el individuo necesita total asistencia para hacerlo, se registrará con un nivel de agudeza de 1, en cambio, si es capaz de comer por él mismo su nivel de agudeza será de 5.

- **Planes de cuidados estandarizados.** Son documentos en los que se encuentran previamente impresos, determinados estándares de cuidados para pacientes que tienen problemas de salud similares. Sólo cuentan con un breve espacio para registrar cuidados específicos.
- **Impresos de preparación de alta.** Documentos que comienzan a elaborarse desde que el paciente ingresa a la unidad de cuidados y culmina con el registro del plan de alta. Contiene, entre otras cosas, educación sobre la medicación, participación de la familia entorno al cuidado del paciente, técnicas de rehabilitación, etc.
- **Tratamientos de caso y protocolo.** Es un modelo de asistencia multidisciplinario en el que se incluyen las intervenciones y respuestas de la atención del paciente por parte de los distintos integrantes del equipo de salud. Con este tipo de documento, se pretende fomentar el cuidado integral.
- **Documentación de la atención domiciliaria.** Formulario en el cual se especifican las actividades del profesional en enfermería durante la atención domiciliaria.
- **Registros Informatizados.** Son documentos que se realizan con ayuda de ordenadores informáticos. "La Informatización de los datos aporta una completa legibilidad y ofrece una estructura, mediante el diseño de

software, que refuerza los estándares de cuidados enfermeros" (Perry, 1999, p.55).

3.2.3 REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA

3.2.3.1 Información que se tiene sobre los registros de Enfermería

A grandes rasgos y en relación a los registros clínicos de Enfermería, se puede decir que:

- "Estudios realizados reflejan que las enfermeras pasan entre 35 y 140 minutos escribiendo por turno" (Carpenito, 1994, p.10).
- Es muy común que el profesional de Enfermería no lea las anotaciones realizadas por el personal del turno anterior.
- Los 4 problemas más frecuentes causados por una documentación inadecuada son: "(1) no registrar en la gráfica la hora correcta cuando suceden los hechos; (2) no registrar las órdenes verbales o no hacer que sean firmadas; (3) registrar en la gráfica acciones por anticipado por ganar tiempo; (4) documentar datos incorrectos" (Potter y Perry, 2002, p.514)
- Frecuentemente, la comunicación entre el personal de Enfermería y/o con el resto de los profesionales del equipo de salud es de manera oral, restándole importancia a la comunicación de tipo escrita.

3.2.3.2 Importancia de los registros de calidad.

"Los cuidados sanitarios actuales, con su mayor demanda de las enfermeras profesionales, necesitan el desarrollo de un sistema de anotación profesional y eficiente" (Carpenito, 1994, p.10). Por tanto, elaborar registros clínicos de calidad permite:

- Proporcionar continuidad en los cuidados.

- Disminuir el tiempo que se invierte al realizar anotaciones únicamente de manera rutinaria.
- Contar con un adecuado respaldo legal.
- Potencializar el tipo de atención que brinda el personal de Enfermería al paciente.

3.2.3.3 Directrices para un registro de calidad

Es importante que al elaborar el registro de Enfermería se cumplan con ciertos lineamientos, con la finalidad, por un lado, para establecer una adecuada comunicación con el personal de salud y por otro, para poder informar datos significativos del paciente que repercutan directamente en los cuidados que se brindan. Las directrices para elaborar un registro de calidad son:

1. Ser objetivos: Aunque la información que se anota en los registros se obtiene por medio de los sentidos, es decir, sobre lo que se observa, se escucha, se siente y se percibe, se deben describir datos directos y reales.

Las interpretaciones de los actos o hechos, opiniones personales, juicios de valor y palabras tales como *bueno*, *adecuadamente*, etc. deben ser evitados. (Ver anexo No.3)

Los datos subjetivos pueden registrarse siempre y cuando sea información verbalizada por el propio paciente o por su familiar, con sus palabras exactas y entre comillas. De otra manera, la información subjetiva puede dar lugar a malas interpretaciones.

2. Ser exactos. Deberán emplearse medidas precisas, por ejemplo, es preferible anotar "ingesta de 100 ml de agua" en lugar de "adecuada ingesta de agua".

Cuando se necesite describir características como tamaño o forma, es importante que se haga lo más conciso posible. No es lo mismo escribir

"nódulo del tamaño y características de una nuez" a "nódulo de 2X3 cm de consistencia dura".

3. Utilizar abreviaturas y terminología aceptadas por las normas establecidas (Ver anexo No.4).
4. Evitar errores ortográficos ya que pueden confundir términos o palabras que influyen directamente en el cuidado al paciente.
5. Anotar nombre y firma de la persona que elaboró la nota.
6. Registrar información completa, concisa y detallada. No es necesario que la nota sea muy larga, en ocasiones sólo contiene información innecesaria o superflua. Una nota, aunque sea breve, puede estar bien redactada y contener información relevante para el cuidado del paciente.
7. Anotar datos en tiempos reales. Lo importante de este parámetro es registrar el cuidado o los hechos ocurridos en la hora en la que realmente pasaron. Muchas veces, la elaboración de los registros se dejan hasta el final de la jornada cuando es hora de que el profesional de enfermería tiene que entregar turno, con esto existe la posibilidad de que se realicen anotaciones erróneas debido a que puede fallar la memoria. Por otro lado, también es común que se anoten los cuidados antes de que se realicen.
8. Utilizar el horario establecido por la institución. Existen dos tipos de horarios que se puede utilizar: el militar y el civil. El primero "comienza un minuto después de la medianoche y se registra como 00:01. Se añade cada minuto hasta la 1:00 de la noche y se registra como 01:00, y así sucesivamente" (Perry, 1999, p.45).

El segundo tipo de horario, el civil, utiliza solo los dígitos de la 1:00 a hasta las 11:00 y se debe especificar con "am" para la mañana o "pm" para la

noche. Las 12:00 del día se registra con la palabra "mediodía" y las 24:00 horas, con el vocablo de "medianoche".

9. Mantener una organización en la información. Los datos que se registren deben llevar un orden tanto cronológico como lógico. Además, las anotaciones deben de redactarse lo mejor posible hablando en un sentido gramatical.
10. Cuidar de que la nota sea lo suficientemente legible para el resto del personal de salud. Se debe emplear una caligrafía que pueda ser entendible. Las notas difíciles de entender suelen repercutir en el cuidado del paciente y en el tiempo que se emplea para tratar de entender la información del registro.
11. Utilizar tinta indeleble. El uso de lápiz está contraindicado en este tipo de registros. El color de la tinta va a depender del turno en que se esté elaborando el registro: azul para el turno matutino, verde para el vespertino y rojo para el nocturno.
12. Corregir errores de manera adecuada. Cuando se cometa un error en las anotaciones, se debe trazar una línea encima del dato incorrecto y escribir la palabra "error" o "anotación incorrecta" y firmar la anotación con las iniciales del personal que está corrigiendo el error. Se debe evitar el uso de corrector, goma de borrar o el tachado completo del dato, ya que esto puede interpretarse como querer ocultar información de manera intencional.
13. Evitar dejar espacios en blanco que permitan introducir a alguien más información en el registro. Todos los espacios deben ser invalidados trazando una raya.

3.2.4 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

En respuesta a los comentarios del Comité evaluatorio de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud y según lo provisto en el artículo 47, Fracción I de la Ley Federal sobre metodología y normatización, el 14 de Septiembre de 1999 se expidió la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1998 del Expediente Clínico

Esta norma está dirigida "a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud" (NOM- 186- SSA -1998).

Para fines del presente trabajo, se menciona sólo la información que se encuentra dentro del apartado de "generalidades" de la norma en cuestión:

- Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente norma, los establecimientos serán solidariamente responsables del cumplimiento de esta obligación en cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismo independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.
- Todo expediente clínico deberá tener los siguientes datos generales:
 - Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.
 - En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario.
 - Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario.

– Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

- Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos; sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha última del acto médico.
- El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente norma, en forma ética y profesional.
- Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y resumen clínico el cual, deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.
- Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.
- En todos los establecimientos para atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente o al Consejo de Arbitraje Médico (Conamed) para la regulación médica.
- Las notas médicas y reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Mexicanas

relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea necesario.

- Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente norma, deberán contener nombre completo del paciente, edad, sexo y, en su caso, número de cama o expediente.
- Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
- El empleo de magnéticos, electromagnéticos, y de telecomunicación será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico.
- Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la presente norma.
- El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general o especializada), urgencias y hospitalización.

Asimismo, nos remitiremos a la sección de la norma que se refiere a "Los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar", la cual está íntimamente relacionada con las actividades de Enfermería y en la que se establece lo siguiente:

- Hoja de Enfermería.- deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:
 - *Habitus exterior.*
 - Gráfica de signos vitales.
 - Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía.
 - Procedimientos realizados.
 - Observaciones.

Esta norma encuentra su respaldo en los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, la cual, entra en vigencia al día siguiente de su publicación dentro del Diario Oficial de la Federación y por tanto es vigilada por la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas correspondientes.

3.2.5 EXPEDIENTE CLÍNICO

El expediente clínico, es una relación escrita de tipo legal en donde se lleva el seguimiento del estado de salud del paciente, mediante la integración de notas de diagnóstico, tratamiento y evolución, gráficos y reportes de estudios de laboratorio y gabinete.

Los elementos que componen el expediente clínico son los siguientes:

- Identificación y de registro administrativo.
- Hoja frontal de diagnóstico.
- Historia clínica (interrogatorio y exploración física).
- Datos de laboratorio y gabinete.
- Programas de diagnóstico y tratamiento.
- Prescripción médica.
- Evolución

Nota de ingreso

Nota de revisión o actualización.

Notas de evolución.

Notas de intervenciones.

Nota de egreso o de alta.

- Gráficas.
- Notas de Enfermería.
- Información de interconsultas.
- Hojas de concentración y de flujo.

Atención de parto

Intervención quirúrgica.

Hoja de anestesia.

Hojas de procedimiento mayores de diagnóstico y tratamiento.

- Hoja de medicina de trabajo.
- Actividades de medicina preventiva.
- Notas de trabajo social.
- Otros.

Nota anatomopatológica

Datos de autopsia

Correlación anatomoclínica" (Rosales, 1999, p.210).

3.2.5.1 Aplicaciones del Expediente Clínico

Con la finalidad de brindar una mejor valoración y atención a la salud del individuo, es indispensable que la información que el expediente clínico contenga sea significativa, relevante y fidedigna. Entre las aplicaciones del Expediente clínico se encuentran:

- Constituir un medio de comunicación entre los miembros del equipo de salud.
- Facilitar el diagnóstico y tratamiento.
- Contar con información para llevar a cabo trabajos de investigación.
- Formar parte de los datos estadísticos de la institución de salud.
- Ser un instrumento de enseñanza para los estudiantes en formación.
- Representar una prueba para exculpar o implicar de los hechos a la institución o a su personal en caso de que exista una queja o demanda legal.

Con lo anterior, se remarca la importancia de integrar el expediente clínico de la mejor manera posible y dentro de los lineamientos oficiales para su elaboración. Asimismo y como se mencionó anteriormente, la hoja de Enfermería forma parte esencial del expediente clínico.

3.2.5.2 Hoja de Enfermería

Es un documento que refleja las intervenciones de enfermería para un paciente en específico y en un período de 24 horas. En general, las hojas de enfermería de la mayoría de las instituciones de salud, tienen un formato similar. Su diseño incluye:

Un lado frontal donde se encuentran, de arriba hacia abajo, una serie de recuadros para registrar:

- Datos generales del paciente: nombre, edad, sexo, diagnóstico y número de expediente.
- Constantes vitales: Frecuencia cardiaca, temperatura, presión arterial y frecuencia respiratoria. Los dos primeros se anotan en forma gráfica.
- Talla y peso.
- Ingesta alimenticia.
- Ingresos y egresos de líquidos.
- Estudios específicos que se le realicen al paciente (laboratorios y gabinete).

Del mismo modo, un lado posterior que también contiene recuadros para el registro de:

- Ministración de medicamentos.
- Notas de Enfermería
- Datos del personal que realiza las anotaciones.

3.3 EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

3.3.1 Control de calidad

En 1952, se fundan la Joint Commission on Accreditation of Health Care (JCAHC), la American Nurses Association (ANA) y la National League of Nursing (NLN). En 1985, éstas instituciones (JCAHC, ANA y NLN) elaboraron y publicaron manuales en donde se encuentran plasmados los estándares que permiten valorar la calidad de la práctica y los cuidados enfermeros.

Por otra parte, en 1972 por medio del XCII Congreso de la Professional Standards Review Organization (PSRO) se establecen normas para revisar la calidad y los costes de los cuidados de Enfermería. A partir de estas normas, la ANA respaldada por JCAHC y por NLN, elabora escalas de medición de calidad de los servicios de Enfermería. Al mismo tiempo, se estructura el programa de control para la revisión retrospectiva de cuidados de los pacientes que consiste en realizar auditorias con historias cerradas, es decir, a través de expedientes clínicos de clientes dados de alta y centrándose en los resultados de los cuidados brindados.

Posteriormente, en los años 80's se introduce a la práctica de Enfermería la norma de " el control de calidad total", en la que se menciona que para lograr la completa satisfacción del cliente se deben de realizar las intervenciones en el momento adecuado e inmediato con la finalidad de optimizar recursos humanos y materiales.

Como resultado de lo anterior, en los 90's, la atención se enfocó en el control de calidad de la asistencia sanitaria de primer nivel, tratando de llegar al mayor número de población posible y optimizando recursos económicos.

Actualmente, los principales protagonistas del control de calidad deben ser los mismos que ejecutan las actividades que se realizan dentro del marco sanitario.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN RELACIÓN A LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA.

En los últimos tiempos, el profesional de Enfermería se ha preocupado por brindar una atención de calidad cimentada en valores éticos. "De acuerdo a la definición de Simon et al (1978) los valores son conjuntos de creencias personales aplicadas a la verdad y belleza; dignos de cualquier pensamiento, objeto o comportamiento"

(Kozier, 1993, p.137) y que puede determinarse como algo estimado o sobrepuesto por el individuo. Así, se entiende que cada individuo crea conciencia de sus propios valores los cuales se convierten en un control interno de la conducta personal.

De esta manera, se forma una actitud que norma la conducta del profesional en enfermería y que se viene considerando como un matiz de sentimientos que se proyectan a los individuos impregnados de un aspecto afectivo y cognitivo.

Por otro lado, la ética hace referencia a lo que debería ser y, traspolándolo al ámbito médico, es más común mencionar el concepto de bioética, la cual se refiere a los principios éticos involucrados en la vida.

Asimismo, como menciona Kozier (1993):

La moralidad se interesa por los comportamientos que implican juicios, acciones y actitudes, todo ello basado en una consideración racional y en las normas establecidas (Steele y Hermon, 1983, p.49). En otras palabras la moralidad denota lo adecuado y lo incorrecto de una conducta (p.137).

El profesional de Enfermería inicia su trabajo con valores determinados de antemano adquiridos a lo largo de su vida y en la sociedad en la que se desarrolla, a medida que crece en su vida profesional, va adhiriendo nuevos valores personales y profesionales que pueden estar relacionados entre sí o ser los mismos en su ámbito personal y profesional, los cuales deben tener un equilibrio entre los dos.

La American Nurses Association, propone los siguientes valores morales universales para la práctica clínica de la enfermería:

- Respeto por las personas.
- Autonomía (autodeterminación).
- Beneficencia (hacer el bien).

- Ausencia de maleficencia (evitar el daño).
- Veracidad (decir la verdad).
- Confidencialidad (respetar la información privilegiada).
- Fidelidad (mantener las promesas).
- Justicia (tratar a la gente imparcialmente).

Steele y Harmon determinan que para que el profesional en Enfermería pueda desempeñar mejor su trabajo, sus valores profesionales y personales deben ser razonablemente coherentes. Del mismo modo, Thompson y Thompson mencionan que las enfermeras que están a gusto con su trabajo, experimentan mayor satisfacción personal y proporcionan una mejor atención a los pacientes.

3.4.1 Legislación en Enfermería

Según Rhodes y Miller "la ley puede definirse como 'un sistema de principios y procesos por los cuales las personas que viven en sociedad, intentan controlar las conductas humanas para hacer uso mínimo de la fuerza para la resolución de conflictos' " (Kozier, 1993, p.156).

La base legal en nuestro país es la Constitución de 1917 de los Estados Unidos Mexicanos. A partir de la Constitución, se crean diversas leyes entre las que se encuentra la Ley General de Salud, la cual, proporciona los lineamientos, obligaciones y derechos de los profesionales que laboran en esta área. Por tal motivo, es necesario que el profesional en Enfermería se encuentre familiarizado con los aspectos legales acordes al ejercicio de su práctica.

En Enfermería, la ley tiene un determinado número de aplicaciones, entre ellas:

- "Proporciona un modelo base para determinar que acciones de Enfermería, de cuidado a los clientes, son legales.
- Hace una distinción entre las responsabilidades de las Enfermeras y las del resto de los profesionales de la salud.

- Ayuda a establecer los límites de las acciones independientes en Enfermería.
- Permite mantener una base para la práctica profesional obligando a las Enfermeras a estar dentro de la legalidad" (Kozier, 1993, p.156).
- Asegurar que las decisiones y acciones del profesional en Enfermería sean coherentes con los principios legales existentes.
- Proteger la responsabilidad del profesional.

De esta manera y dentro de la profesión, los registros clínicos de Enfermería juegan un papel fundamental dentro del aspecto legal, ya que de ser necesario se "puede presentar en una corte de justicia como evidencia de los problemas, tratamientos y cuidados del paciente" (Sorrentino, 1987, p.20).

METODOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Tipo de estudio

- Transversal, descriptivo y observacional.

Universo

De un total de 1209 registros elaborados durante el mes de noviembre en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos se calculó una muestra representativa de 292 registros de manera aleatoria, probabilística y sin reemplazo, con apoyo de un programa informático basado en la siguiente fórmula (Anexo No.1):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Se incluyeron los registros de Enfermería de los pacientes hospitalizados por más de 48 hrs. Se excluyeron aquellos registros de los pacientes con una estancia hospitalaria menor a 48 horas.

Instrumento

El instrumento que se utilizó para la investigación se elaboró a partir de la información obtenida para el marco referencial. Consta de 17 reactivos los cuales, para el análisis de resultados, se agruparon en cinco dimensiones:

- 1ª Aspectos generales.
- 2ª Datos del personal de Enfermería.
- 3ª Aspectos gramaticales.
- 4ª Objetividad del reporte.
- 5ª Trascendencia de la información.

Tiempo y espacio

- Hojas de Enfermería elaborados en Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital del Distrito Federal durante el mes de noviembre del 2003 elaborados en los tres turnos.

Análisis estadístico

- Los resultados se analizaron estadísticamente en forma descriptiva y se realizaron correlaciones.

RESULTADOS

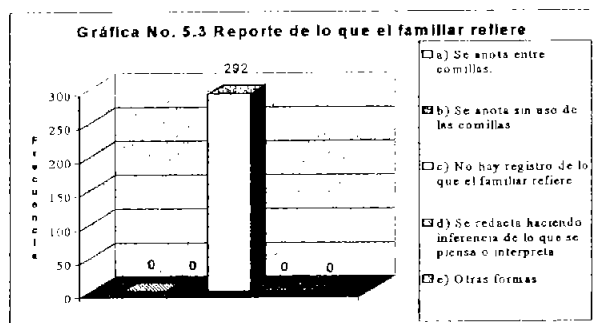
RESULTADOS

De acuerdo al instrumento aplicado a los 292 registros de Enfermería analizados en esta investigación, se encontraron lo siguientes resultados:

Primera dimensión: Aspectos Generales

Respecto a los aspectos generales, en los 292 casos (100%) se utilizó correctamente el color de la tinta considerando el turno al que correspondía el registro.

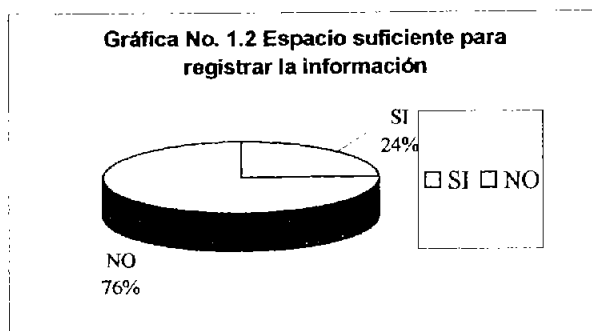
Cuadro No. 1.1 Uso adecuado del color de la tinta		
	Frecuencia	%
SI	292	100
NO	0	0
TOTAL	292	100



Fuente: Instrumento aplicado a 292 registros de Enfermería

Asimismo 71 notas (24.31%) contaron con espacio suficiente para registrar la información, mientras que 221 (75.6%) les faltó lugar para realizar sus anotaciones.

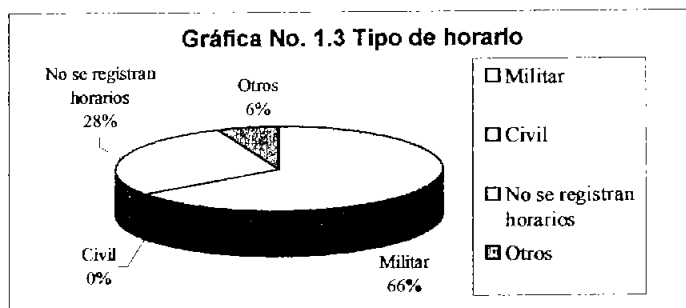
Cuadro No. 1.2 Espacio suficiente para registrar la información		
	Frecuencia	%
SI	71	24.31
NO	221	75.6
TOTAL	292	100



Fuente: id. Gráfica No. 1.1

En la manera en como se indica la hora, 191 registros (65.41%) utilizaron horario militar, 18 (6.164%) emplearon un tipo de horario distinto a los que marcan las normas oficiales y en 83 (28.42%) no aparecen ninguna nota correspondiente al tiempo.

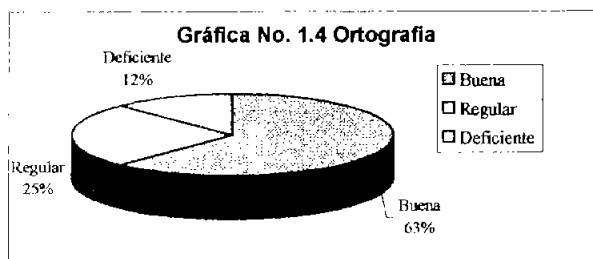
Cuadro No. 1.3 Tipo de horario		
	Frecuencia	%
Militar	191	65.41
Civil	0	0
No se registran horarios	83	28.42
Otros	18	6.164
TOTAL	292	100



Fuente: id. Gráfica No. 1.1

En relación a la ortografía, en 182 casos (62.32%) se considera buena, en 74 (25.34%) regular y en 36 (12.32%) se califica como mala.

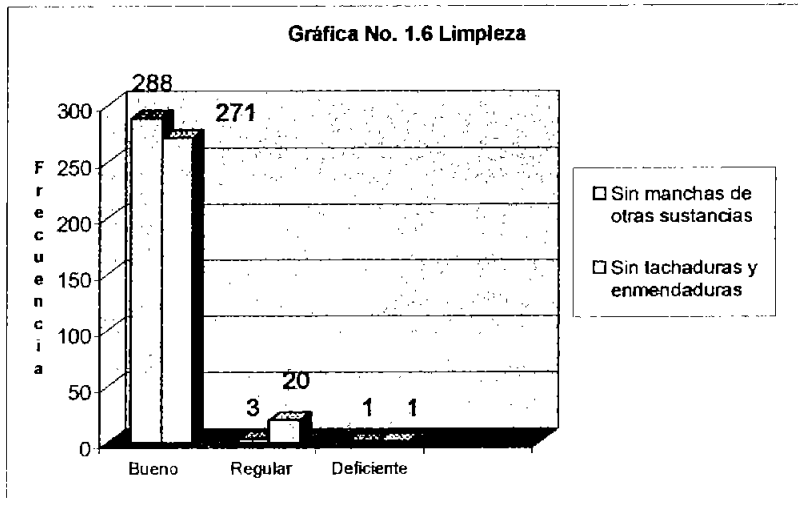
Cuadro No. 1.4 Ortografía		
	Frecuencia	%
Buena	182	62.32
Regular	74	25.34
Deficiente	36	12.32
Total	292	100



Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

La limpieza del registro se contempló en dos aspectos. El primero de ellos fue valorando que el registro no presentara manchas de otras sustancias, por lo que en 288 (98.63%) se estimó como buena, en 3 (1.027%) regular y en 1 caso (0.342%) como deficiente. En el segundo aspecto se evaluó la ausencia de tachaduras y/o enmendaduras, en donde 271 (92.80%) se consideraron como buena, 20 (6.849%) regular y solo 1 (0.342%) como deficiente.

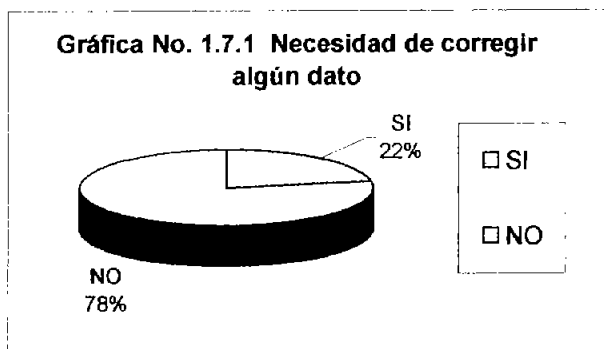
Cuadro No. 1.6 Limpieza				
	Sin manchas de otras sustancias		Sin tachaduras y enmendaduras	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Buena	288	98.63	271	92.80
Regular	3	1.027	20	6.849
Deficiente	1	0.342	1	0.342
Total	292	100	292	100



Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

De los 292 casos (100%), 65 de ellos (22.26%) presentaron errores que se corrigieron de la siguiente manera: 24 (36.92%) encimando el dato correcto encima del incorrecto, 5 (7.69%) tachando el dato erróneo, 25 (38.46%) utilizando goma de borrar y en 11 (16.92%) con uso de corrector. En general, los 65 registros corrigieron el error de manera equivocada.

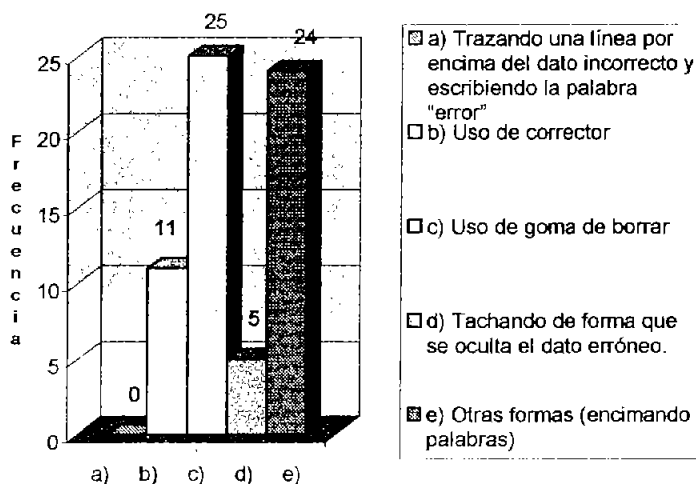
Cuadro No. 1.7.1 Necesidad de corregir algún dato erróneo		
	Frecuencia	%
SI	65	22.26
NO	227	77.73
TOTAL	292	100



Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

Cuadro No. 1.7.2 Forma de corregir un error		
	Frecuencia	%
a) Trazando una línea por encima del dato incorrecto y escribiendo la palabra "error"	0	0
b) Uso de corrector	11	16.92
c) Uso de goma de borrar	25	38.46
d) Tachando de forma que se oculta el dato erróneo.	5	7.69
e) Otras formas (encimando palabras)	24	36.92
Total	65	100

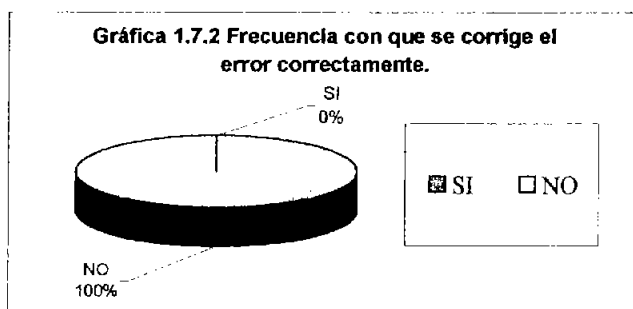
Gráfica No. 1.7.1 Forma de corregir un error.



Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

Cuadro No. 1.7.2 No. de casos que corrigen el error correctamente.

	Frecuencia	%
SI	0	0
NO	65	100
TOTAL	65	100

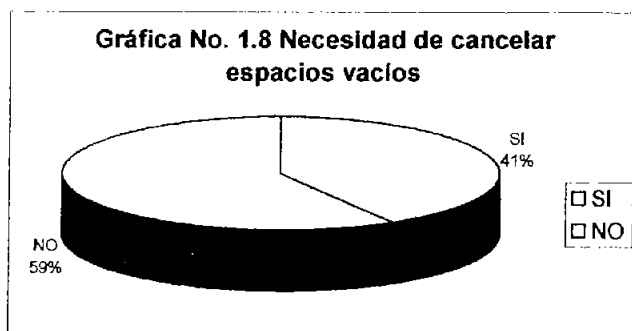


Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

De igual manera, de los 292 registros (100%), solo en 121 (41.43%) se consideró la necesidad de invalidar los espacios vacíos. De esos 121 (100%), en 85 casos (70.24%) los espacios se dejaron sin cancelar, en 2 (1.65%) se anularon todos los espacios en blanco trazando una raya y en 34 (28.09%) se emplearon otras formas de inutilizar dichos espacios.

De los 121 registros en los que hubo necesidad de cancelar los espacios vacíos, solo 2 (1.65%) lo hicieron de manera correcta y los otros 119 (98.34%) de manera incorrecta.

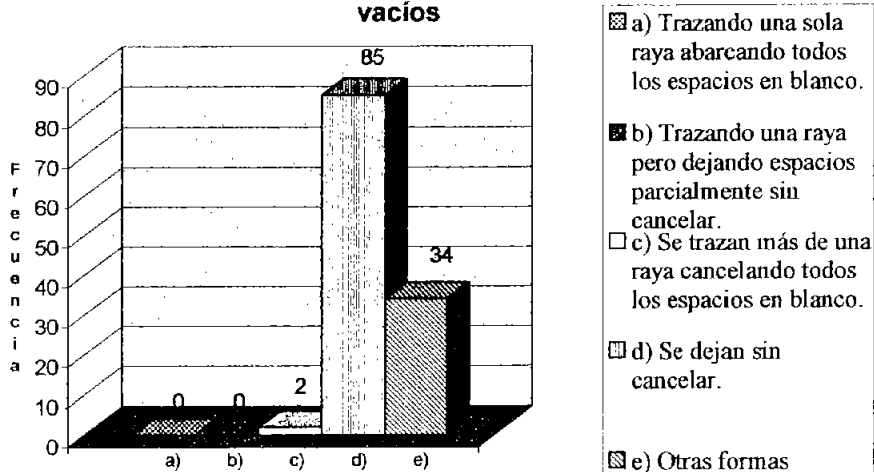
Cuadro No. 1.8.1 No. de casos con necesidad de cancelar espacios vacíos.		
	Frecuencia	%
SI	121	41.43
NO	171	58.56
TOTAL	292	100



Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

Cuadro No. 1.7 Forma de cancelar los espacios vacíos.		
	Frecuencia	%
a) Trazando una sola raya abarcando todos los espacios en blanco.	0	0
b) Trazando una raya pero dejando espacios parcialmente sin cancelar.	0	0
c) Se trazan más de una raya cancelando todos los espacios en blanco.	2	1.65
d) Se dejan sin cancelar.	85	70.24
e) Otras formas	34	28.09
Total	121	100

Gráfica No. 1.8.1 Forma de cancelar los espacios vacíos

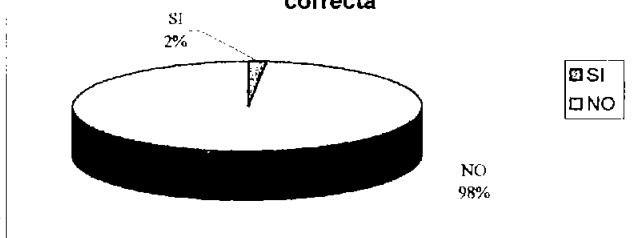


Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

Cuadro No. 1.7.2 No. de casos que cancelan los espacios vacíos correctamente

	Frecuencia	%
Correctamente	2	1.652
Incorrectamente	119	98.34
TOTAL	121	100

Gráfica No. 1.8.2 Frecuencia con que se cancelan los espacios vacíos de manera correcta

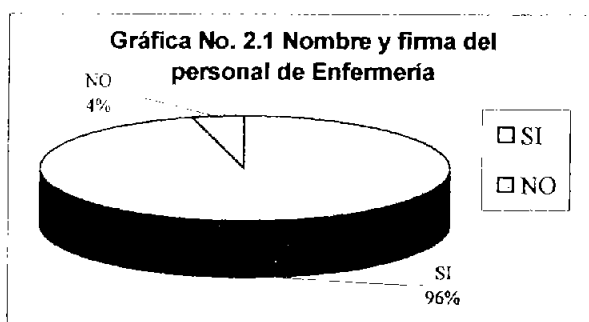


Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

Segunda dimensión: Datos del personal de Enfermería

En cuánto al reporte de los datos del personal de Enfermería que elaboró el registro, 280 (95.89%) cuentan con nombre y firma y en 12 (4.10%) no aparece esta información.

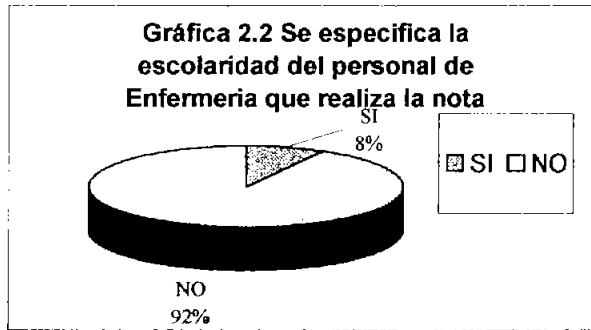
Cuadro No. 2.1 Nombre y firma del personal de Enfermería		
	Frecuencia	%
SI	280	95.89
NO	12	4.10
TOTAL	292	100



Fuente: Id. Gráfica 1.1

La escolaridad del Enfermero(a) que realizó la nota sólo se especifica en 25 casos (8.56%) y los otros 267 (91.43%) se quedan sin esta referencia.

Cuadro No. 2.2 Aparece la escolaridad del personal de Enfermería		
	Frecuencia	%
SI	25	8.56
NO	267	91.43
TOTAL	292	100

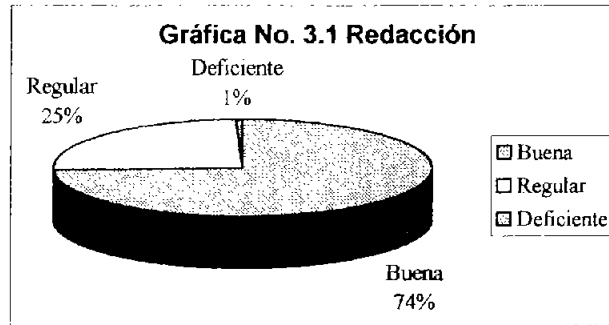


Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

Tercera dimensión: Aspectos gramaticales

Los aspectos gramaticales se valoraron de dos maneras. En la primera se consideró la forma de redactar la nota, encontrándose 217 casos (74.31%) con buena redacción, 73 (25%) con regular y 2 (0.68%) con deficiente. En segundo lugar, se tomó en cuenta la organización de la información apreciándose 146 registros (50%) como buena, 143 (48.972%) como regular y 3 (1.027%) como deficiente.

Cuadro No. 3.1 Redacción		
	Frecuencia	%
Buena	217	74.31
Regular	73	25
Deficiente	2	0.68
Total	292	100



Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

Cuadro No. 3.2 Organización de la información

	Frecuencia	%
Buena	146	50
Regular	143	48.972
Deficiente	3	1.027
Total	292	100



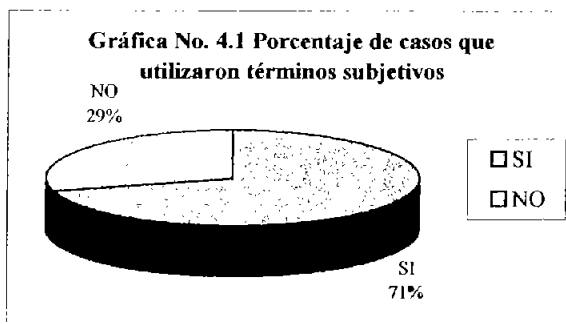
Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

Cuarta dimensión: Objetividad del reporte

La objetividad en el registro, se evaluó al identificar el uso de términos subjetivos; 206 casos (70.547%) presentaron este tipo de palabras, mientras que en los 86(29.452%) restantes no se distinguieron.

Cuadro No. 4.1 Uso de términos subjetivos		
	Frecuencia	%
SI	206	70.547
NO	86	29.452
TOTAL	292	100

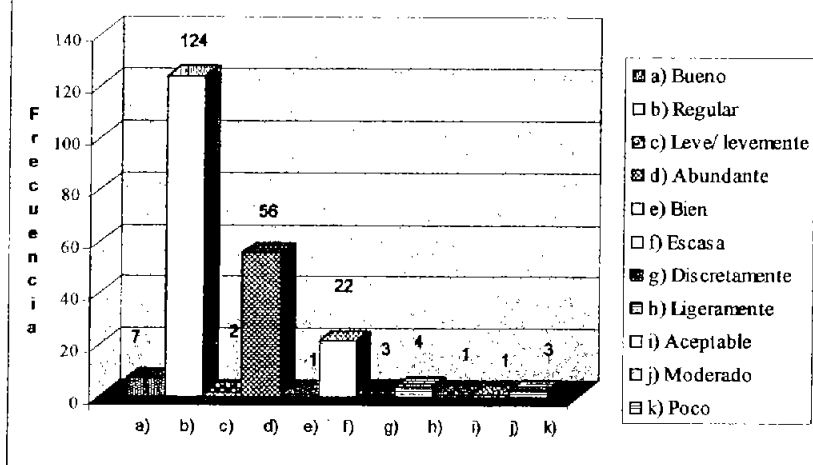
Fuente: Id. Gráfica No. 1.1



Entre los términos subjetivos más utilizados se encuentran: "regular" en 124 ocasiones, "abundante(mente)" en 56 ocasiones, "escasa(mente)" en 22 ocasiones, "bueno" en 7 ocasiones, "ligeramente" en 4 ocasiones, "poco" en 3 ocasiones, "bien" en 1 ocasión, "aceptable" en 1 ocasión, "moderado" en 1 ocasión y "débil" en 1 ocasión.

Cuadro No. 4.2 Términos subjetivos utilizados en los registros		
Término		Frecuencia
Bueno		7
Regular		124
Habitual		0
Normal		0
Débil		1
Parece		0
Aparentemente		0
Razonable		0
Dentro de los límites		0
Otros	Leve/ levemente	2
	Abundante	56
	Bien	1
	Escasa	22
	Discretamente	3
	Ligeramente	4
	Aceptable	1
	Moderado	1
	Poco	3

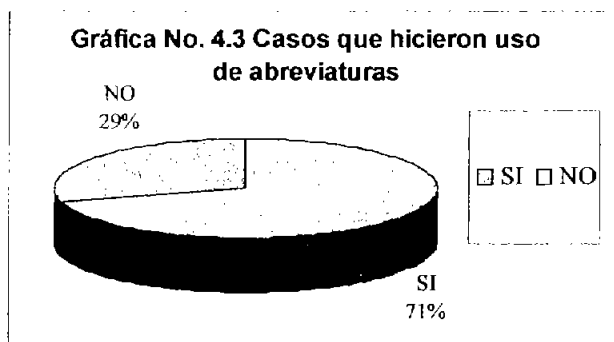
Gráfica No. 4.2 Términos subjetivos utilizados en los registros



Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

Asimismo, en 206 registros (70.547%) se utilizaron abreviaturas mientras que en 86 (29.452%) no. Entre las abreviaturas más utilizadas y que se encuentran dentro de las normas oficiales se encuentran: "SOG" en 166 ocasiones, "CsPs" en 149 ocasiones, "c/" en 88 ocasiones, "Cat". En 46 ocasiones, "MsD" en 43 ocasiones, "FTP" en 30 ocasiones, "cant" en 23 ocasiones y "VO" en 18 ocasiones. Las principales abreviaturas que se registran en las notas y que no se encuentran en las normas oficiales están: "asp." en 61 ocasiones, "R/C" en 44 ocasiones, "p/" en 36 ocasiones, "reg." 30 ocasiones, "DI" en 28 ocasiones y "yug." en 12 ocasiones.

Cuadro No. 4.3 Uso de abreviaturas		
	Frecuencia	%
SI	206	70.547
NO	86	29.452
TOTAL	292	100



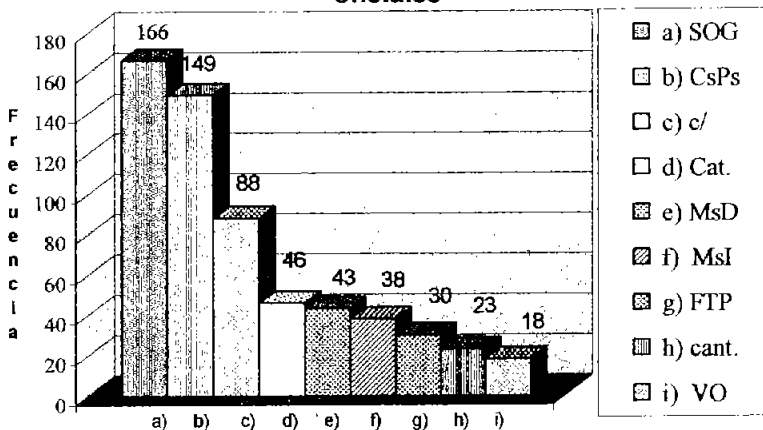
Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

Cuadro No. 4.4 Abreviaturas más utilizadas en los registros

Abreviatura	Frecuencia	Dentro de las normas	
		SI	NO
1. SOG	166	X	
2. CsPs	149	X	
3. c/	88	X	
4. asp.	61		X
5. Cat.	46	X	
6. R/C	44		X
7. MsD	43	X	
8. Msl	38	X	
9. p/	36		X
10. FTP	30	X	
11. reg.	30		X
12. DI	28		X
13. cant.	23	X	
14. VO	18	X	
15. yug.	12		X

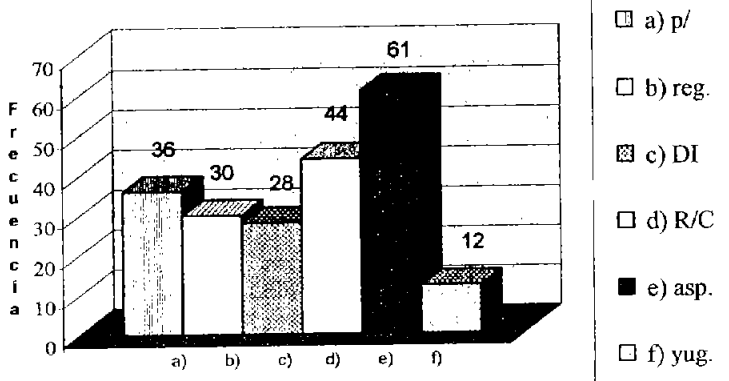
NOTA: En el cuadro solo aparecen las 15 abreviaturas con mayor frecuencia

Gráfica No. 4.4.1 Abreviaturas utilizadas en los registros que están dentro de las normas oficiales



Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

Gráfica No. 4.4.2 Abreviaturas utilizadas en los registros que no están dentro de las normas oficiales

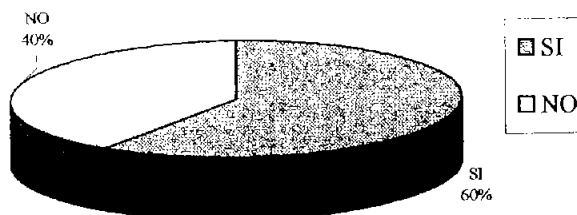


Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

Cuadro No. 4.5 Abreviaturas dentro de las normas

	Frecuencia
SI	9
NO	6
TOTAL	15

Gráfica No. 4.5 Comparación de abreviaturas que están dentro de las normas oficiales



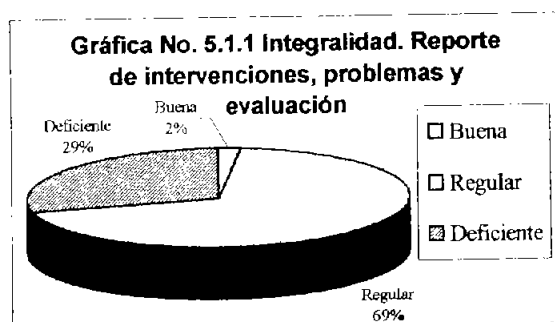
Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

Quinta dimensión: Trascendencia de la información

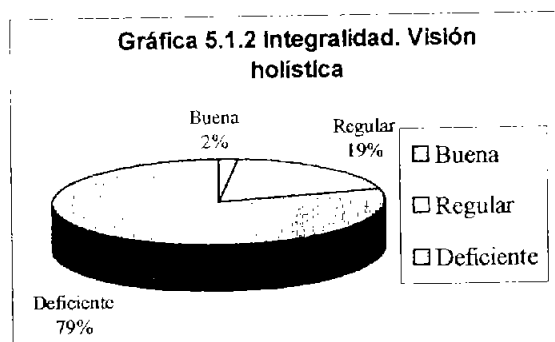
Para conocer la trascendencia de la información se valoraron tres aspectos: la integralidad, la precisión en la información y el reporte de lo que el familiar refiere del paciente.

En lo que respecta a la integralidad, ésta se valoró de tres formas. Una de ellas identificando el reporte de las intervenciones, los problemas y la evaluación de los mismos. Así, se tienen 6 registros (2.054%) con una evaluación buena, 202 (69.178%) como regular y 84 (28.767%) como deficiente. También se consideró si se reportaban los cuidados desde una visión holística, por lo que 6 casos (2.054%) se calificaron como buenos, 55 (18.835%) como regular y 231 (79.109%) como deficiente; por último se consideraron si las notas aportaban datos relevantes a otros profesionales del equipo de salud, por lo que se distinguieron 11 casos (3.767%) como buenos, 275 (94.178%) como regular y 6 (2.054%) como deficiente.

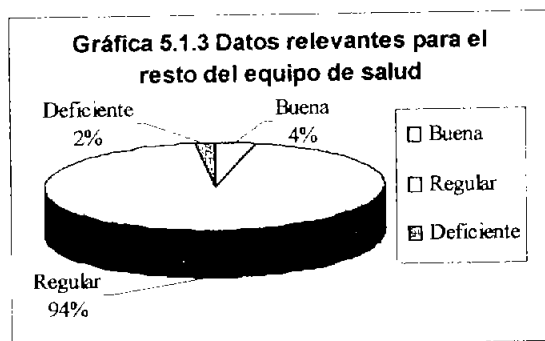
Cuadro No. 5.1 Integralidad						
	Reporte de intervención(es), problema (s) y evaluación (es).		Visión holística		Datos relevantes para otros profesionales.	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Buena	6	2.054	6	2.054	11	3.767
Regular	202	69.178	55	18.835	275	94.178
Deficiente	84	28.767	231	79.109	6	2.054
Total	292	100	292	100	292	100



Fuente: Id. Gráfica No. 1.1



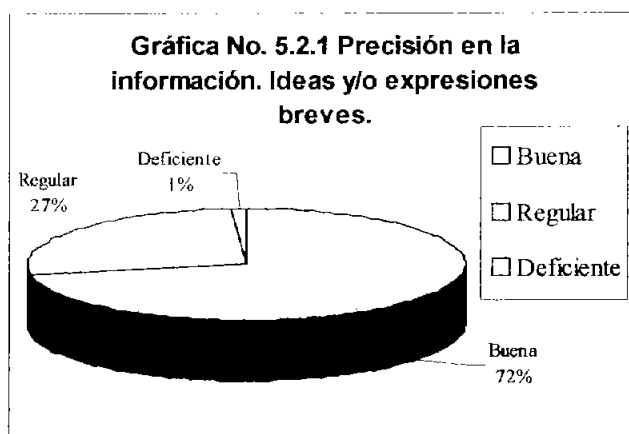
Fuente: Id. Gráfica No. 1.1



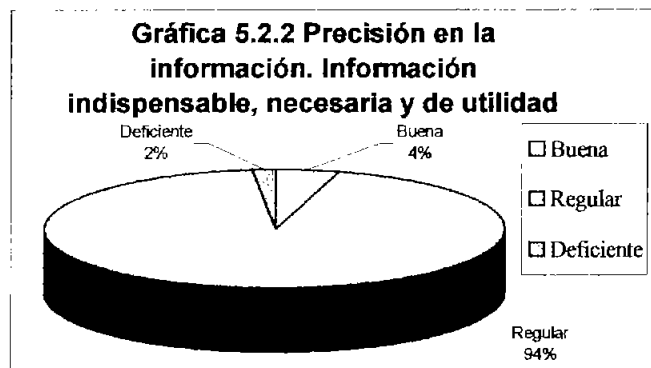
Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

En relación a la precisión de la información se tomaron en consideración dos aspectos: por un lado si las ideas y/o expresiones eran breves y concisas valorándose 210 casos (71.917%) como buenos, 79 (27.054%) como regular y 3 (1.0273%) como deficiente. El segundo aspecto que se consideró fue si se reportaba información indispensable, necesaria y de gran utilidad para el resto del equipo de salud, encontrándose 13 casos (4.452%) como buenos, 274 (93.835%) como regular y 5 (1.7123%) como deficiente.

Cuadro No. 5.2 Precisión en la información				
	Ideas y/o expresiones breves y concisas		Información indispensable, necesaria y de gran utilidad	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Buena	210	71.917	13	4.452
Regular	79	27.054	274	93.835
Deficiente	3	1.0273	5	1.7123
Total	292	100	292	100



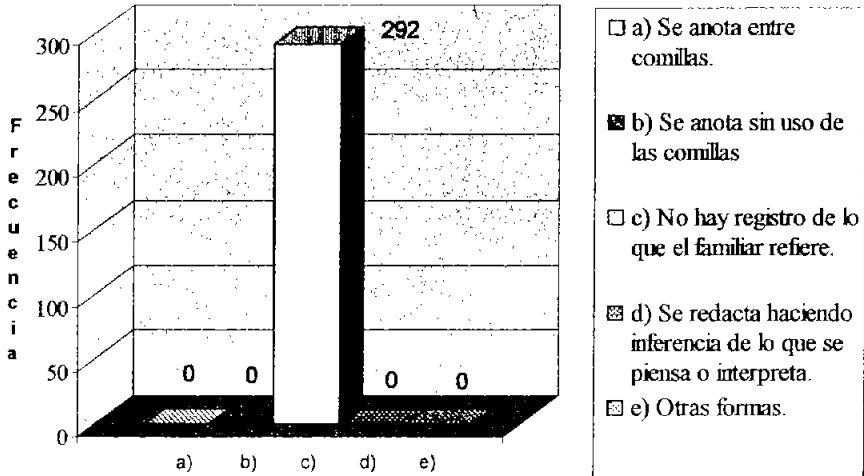
Fuente: Id. Gráfica No. 1.1



Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

Finalmente, se evalúa cómo se reporta lo que el familiar refiere verbalmente acerca del paciente, sin embargo, en los 292 casos (100%) no se anota esta información.

Cuadro No. 5.3 Reporte de lo que el familiar del paciente refiere verbalmente.		
	Frecuencia	%
a) Se anota entre comillas.	0	0
b) Se anota sin uso de las comillas	0	0
c) No hay registro de lo que el familiar refiere.	292	100
d) Se redacta haciendo inferencia de lo que se piensa o interpreta.	0	0
e) Otras formas.	0	0
Total	292	100

Gráfica No. 5.3 Reporte de lo que el familiar refiere

Fuente: Id. Gráfica No. 1.1

DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1a Dimensión. Aspectos Generales

Los resultados más sobresalientes que arrojan los análisis realizados en la valoración de los aspectos generales fue el que los espacios que se asignan para realizar el registro de Enfermería es muy reducido, por lo que ocasiona que se utilicen otros espacios dentro de la hoja que no están destinados para este fin y/o que se omita información relevante para el cuidado del paciente.

En cuanto al indicador correspondiente al tipo de horario que se utiliza para anotar la información se destaca el hecho de que existen discrepancias en la forma de registrarlo y a diferencia de lo que se menciona en el marco referencial donde se puntualiza que existen sólo dos tipos de horarios (militar y civil), en algunos de los casos valorados, aunque en mínimo porcentaje, se encontró un tercer tipo de horario que no entra en la clasificación mencionada. Asimismo, existen casos en los que no se registran ningún horario.

Cabe destacar que, aunque los indicadores de ortografía y legibilidad de la caligrafía en la mayor parte de los casos se valoran como buena, en aquellos que se clasifican como deficientes esta característica se presenta de manera acentuada. Como se mencionó en el capítulo correspondiente a las directrices para un registro de calidad, la ortografía y la legibilidad suelen repercutir en el cuidado del paciente y en el tiempo que se emplea para tratar de entender la nota.

Aunque es muy bajo el número de casos en los que se tuvo la necesidad de corregir algún tipo de error de anotación, el personal de Enfermería utilizó maneras inadecuadas de rectificar el dato erróneo. En oposición, los datos fueron corregidos precisamente de las maneras en las que los lineamientos puntualizan que se deben evitar, es decir, con corrector, goma de borrar, tachando el dato, etc.

Existe un patrón similar al anterior en la manera de cancelar espacios vacíos. Los casos en los que hubo necesidad de cancelar los espacios vacíos fue un poco menos de la mitad, sin embargo, se dejaron de anular las áreas en blanco. Citando nuevamente al marco referencial esto pudiera dar pauta para que otra persona ajena a quien elaboró el registro pueda ingresar información al mismo.

No obstante, no se detectan discrepancias con lo que se establece en los estándares y el uso del color de la tinta de acuerdo al turno, así como en la limpieza de la hoja donde se realiza el registro.

2ª Dimensión. Datos del personal de Enfermería

En su mayoría, se observa el cumplimiento de los lineamientos para la elaboración de los registros al especificar el nombre y la firma de quien lo elaboró. En contraste, se toma poca importancia en indicar el grado de escolaridad del personal de quien realiza las anotaciones.

3ª Dimensión. Aspectos gramaticales

En lo referente a la redacción, se observa que en su mayoría se valora como buena, permitiendo contar con información concisa y detallada con el cual se comuniquen datos relevantes para el cuidado del paciente.

Aunado a la redacción encontramos a la organización de la información plasmada en el registro. El 98.9% de los casos oscila entre la clasificación de buena a regular caracterizando entonces a los registros con un orden cronológico de los datos.

4ª Dimensión. Objetividad del reporte

En relación al uso de términos subjetivo y que no están vinculados con lo que refiere el paciente o su familia, éstos aparecen de manera habitual en los registros. Cabe destacar que la palabra "regular" es la que se encuentra con mayor frecuencia.

De igual manera, en el número de casos en lo que se hace uso de abreviaturas, éstas no se encuentran dentro de la terminología estandarizada. Tanto "los términos subjetivos como las abreviaturas que no son oficialmente aceptadas pueden conducir a malas interpretaciones" (Kozier, 1999, p.192).

5ª Dimensión: Trascendencia de la información

Se observa que en general no hay una integralidad en la información que se encuentra en los registros de Enfermería lo que repercute directamente en la valoración de la calidad del cuidado integral que se proporciona al paciente. De la misma manera, la información que se presenta en el registro no refleja un cuidado holístico, parte fundamental para la Enfermería tal y como lo menciona Kérouac en su libro *El Pensamiento enfermero*.

Lo anterior, dio la pauta para valorar a los registros con poca aportación de datos relevantes e indispensables para el cuidado continuo por parte de sus mismos compañeros de profesión como para el resto del equipo de salud.

Finalmente, con lo que corresponde al reporte de lo que familiar del paciente refiere al personal de Enfermería en forma verbal, se encuentra que en ninguno de los casos existe registro de esta información, esto, en conjunto con lo que se observó en la parte de la integralidad, repercute en la visión holística persigue al proporcionar el cuidado.

Con los datos obtenidos durante la investigación nos permite percatarnos de que aunque los registros de Enfermería si cumplen con varios lineamientos

oficialmente aceptados por diversas instancias tales como JCAHO, la NANDA, y la NOM- 168- SSA1- 1998, carecen de directrices importantes para ser considerados de calidad.

Todo lo anterior nos lleva a reflexionar sobre las posibles alternativas para mejorar la calidad de los registros de Enfermería, entre los cuales mencionamos:

- Diseñar actividades académicas dentro de las instituciones hospitalarias que incluyan análisis de casos en los que se visualicen las implicaciones de no cumplir los lineamientos para la elaboración de los registros.
- Contar con manuales en las que se especifiquen las directrices para la elaboración de los registros.
- Formar y mantener una Comisión hospitalaria que se encargue de evaluar la calidad de los registros clínicos de Enfermería y en caso necesario llevar a cabo las medidas pertinentes para elevar la calidad de los mismos.
- Reforzar en los estudiantes de Enfermería la enseñanza respecto a la elaboración de los registros clínicos.
- Analizar la factibilidad de utilizar la informática como opción para sistematizar los registros clínicos de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Alfambra, M. I., Alonso, D.M., Rodríguez, M.A. & Ramos, E.C. (1999, Julio) Informe de alta enfermería. Un instrumento para la continuidad de los cuidados *Desarrollo científico de enfermería*, 7, 175-178.

Anta, L. M. (2002, Octubre- Diciembre). Documentación del acto clínico. *Revista de Perinatología*, 17(4), 14-16.

Araiza, G. A., Martínez, G. M., Méndez, F. M., Moreno, G. L., Quiroz, P. M., et al. (2000, Octubre). Imagen social de la enfermera. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 8 (9), 259-265.

Carpenito, L. J. (1994). *Planes de cuidados y documentación en enfermería*, Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana.

Castro, M. A., Alvarez, E.M., Arias, V. R., Botello, Z. M., Niehus, V. E. & Vázquez, A. G. (1998, Marzo) Calidad de los registros clínicos de enfermería. Bajo una estrategia de asesoría y supervisión. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 6 (2), 41-44.

Crespo, K. S. (1981) *Correlación entre conocimientos y la calidad de registros de la hoja de notas de Enfermería que realizan los estudiantes durante su práctica clínica de materno infantil*. Tesis de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

D'Ángelo, G., et al. (Ed.). (1996). *Diccionario de medicina* océano mosby. Océano. (4ª ed.). Barcelona, España: Océano.

Kérocuac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, España: Masson, S. A.

Kozier, B., Erb, G., Blais, K. & Wilkinson, J. (1999). *Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica*. (5ª ed., Vol. 1). Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana.

Kozier, B., Erb, G. & Olivieri, R. (1993). *Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica*. (4ª ed., Vol. 1). Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana.

Martín, T. S. (1997). *Normas de cuidados del paciente. Guía de planificación de la práctica asistencia conjunta*. (6ª ed.). España: Harcourt Brace S.A.

Méndez, C. G., Morales, C. M., Preciado, L. M., Ramírez, N. M., Sosa, G. V. & Jiménez, V. M. (2001, Enero- Diciembre). La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico*, 9 (1-4), 11-17.

Norma Oficial Mexicana. NOM- 168- SSA- 1998 del Expediente Clínico Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de Septiembre de 1999.

Peralta, R. S. (2002). *Conocimientos que tienen los estudiantes de 8º semestre de nivel licenciatura de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia acerca de las características de los registros de clínicos de Enfermería*. Tesis de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Perry, G. A. & Potter, P. A. (1999). *Enfermería clínica: técnicas y procedimientos*. (4ª ed.). Madrid, España: Harcourt Brace.

Phaneuf, M. (1999). *La Planificación de los cuidados enfermeros*. México: Mc Graw Hill.

Potter, P. A. & Perry, G. A. (2002). *Fundamentos de enfermería*. (5ª ed.). Madrid, España: Harcourt S.A.

Rosales, S. B. & Reyes, G. E. (1991). *Fundamentos de enfermería*. México: El Manual Moderno, S. A. de C.V.

Sorrentino, S. A. & Gorek, B. (2002). *Fundamentos de enfermería práctica*. (2ª ed.). Madrid, España: Harcourt Mosby.

Wolf, L. V., (1988), *Curso de enfermería moderna*. (7ª ed.). México: Harla S.A. de C.V.

Páginas web:

Alegría C. A., Ruiz L. F., Hernández P. F., Alemán A. M., Barcia P. M., Bernal V. I. (1999). Registros de enfermería en UCI. Recuperado de <http://www.um.es/eglobal/2/02b07.html>

Facts about the Joint Commission on Accreditation of Healthcare
Recuperado de <http://www.jcaho.org/about+us/index.htm>

González, S. J., Cosgana, G. O., Simón, G. M. J. & Blesa, M. A. (2002). *Registros de enfermería: convencional frente informatizado. Unidad de cuidados críticos*. Recuperado de <http://www.seeiuc.com/congres/2003/016-seeiuc.doc>

Moreno, A. B. & Morillo, J. (1998). *Diseño de un registro de transferencia para enfermería*. Recuperado de <http://www.geocities.com//transferencia.htm>

ANEXOS

ANEXO No. 1

Con ayuda del programa informático, se obtuvo la muestra en base a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N = Tamaño de la población o universo (para fines de la investigación 1209)

n = Tamaño de la muestra

$Z^2\alpha$ = Nivel de fiabilidad (1.96^2)

p = Proporción esperada (0.5)

q = Proporción de casos que no poseen las características ($1-p = 0.5$)

d = Precisión (5% = 0.05)

Sustituyendo:

$$n = \frac{1209 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}{(0.05)^2 \cdot (1209-1) + (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}$$

$$n = \frac{1209 \cdot 3.8416 \cdot 0.25}{0.0025 \cdot 1208 + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$n = \frac{1.161.1236}{3.02 + 0.9604}$$

$$n = \frac{1.161.1236}{3.9804}$$

$$n = 291.71028$$

Lo que redondeando nos da una muestra de 292

ANEXO No. 2

No. de caso: _____

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**LISTA DE COTEJO PARA ANÁLISIS DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL RECIÉN NACIDO**

FECHA DE ANÁLISIS: ____/____/____

PERSONA QUE LO VALORA: _____

	SI	NO
1.- Uso adecuado del color de la tinta de acuerdo al turno.	_____	_____
2.- Aparece el nombre y firma del personal de Enfermería que redactó la nota.	_____	_____
3.- Se especifica el grado de escolaridad del personal que elaboró la nota.	_____	_____
4.- Cuenta con espacio suficiente para registrar la información	_____	_____
5.- El tipo de horario que se utiliza para registrar la información es:		
_____ Militar	_____ Civil	

Criterios de evaluación.	Buena	Regular	Deficiente
6.- Redacción	Los datos se redactan de manera sencilla, se usan palabras claras y conocidas y se utilizan correctamente los signos de puntuación.	Los datos se redactan de manera sencilla, se utilizan algunas palabras rebuscadas y tiene algunos errores en el uso de signos de puntuación.	Utiliza oraciones subordinadas, emplea palabras rebuscadas, desconocidas y/o poco claras y utiliza incorrectamente signos de puntuación.

Criterios de evaluación.	Buena	Regular	Deficiente
7.- Ortografía	Sin errores ortográficos	De 1-2 errores ortográficos	Más de 3 errores ortográficos
8.-Organización de la Información	8.1 La información está registrada en orden cronológico	Solo algunos datos concuerdan cronológicamente.	La información no lleva un orden cronológico.
9.- Limpieza	9.1 No presenta manchas de otras sustancias	Aunque presenta algunas manchas de otras sustancias, la nota está presentable	Presenta manchas de otras sustancias y la nota no está presentable
	9.2 Sin tachaduras y enmendaduras	Aunque presenta tachaduras y/o enmendaduras, la nota tiene aspecto presentable y legible	Con tachaduras y enmendaduras, lo que la hace no muy legible.
10.-Integralidad	10.1 Reporta problema (s) , intervención(es) y evaluación de la (s) misma (s)	Se reportan dos de algunos de los siguientes elementos: el problema, la intervención o la evaluación.	Solo se reporta uno de cualquiera de los siguientes elementos: el problema, la intervención o la evaluación.
	10.2. Los datos enunciados denotan una visión holística de la persona, es decir, reporta aspectos biológicos fisiológicos, psicológicos, sociales y emocionales.	Los datos enunciados algunas veces denotan una visión holística, pero omiten aspectos de otras esferas de la persona, es decir, reporta solo algunos de los siguientes aspectos: fisiológicos, psicológicos, sociales y/o emocionales.	Los datos enunciados no denotan una visión holística de la persona abarcando solo el área biológica y/o fisiológica.
	10.3 Aporta datos muy relevantes para las decisiones de otras enfermeras y para otros profesionales	Reporta algunos datos relevantes, pero muchos otros sin relevancia para la toma de decisiones de otras enfermeras o de otros profesionales.	Reporta información irrelevante para la toma de decisiones de otras enfermeras o de otros profesionales.

Criterios de evaluación.	Buena Es muy legible	Regular En algunas partes cuesta trabajo entender la caligrafía	Deficiente No es nada legible
11.- Legibilidad en la caligrafía			
12.- Precisión en la información	La información se reporta con ideas y/o expresiones breves y concisas.	Parte de la información se reporta con ideas breves y concisas pero también el contiene expresiones largas y confusas.	La información se reporta con ideas y/o expresiones demasiado largas y confusas.
	La información que se reporta es indispensable, necesaria y de gran utilidad para que el personal del siguiente turno de continuidad a los cuidados brindados al paciente.	Solo parte de la información que se reporta es indispensable, necesaria y de utilidad para que el personal del siguiente turno de continuidad de algunos de los cuidados.	La información que se reporta es innecesaria y de poca o ninguna utilidad para que el personal del siguiente turno pueda dar una continuidad a los cuidados del paciente.

13.- La manera en que se corrige un error en el registro es:

- Trazando una línea por encima del dato incorrecto, escribiendo la palabra "error", firmando la anotación y posteriormente redactando la información correcta.
- Uso de corrector.
- Uso de goma de borrar.
- Tachando de forma que se oculta el dato erróneo.
- Otras formas Especificar _____

14.- Cuando se reporta información que el familiar del paciente refiere verbalmente:

- La información se anota entre comillas.
- Se realiza la redacción sin hacer uso del entrecorillado.
- No hay registro de lo que el familiar nos refiere.

d) Se redacta haciendo inferencia de lo que se piensa o interpreta la persona que está elaborando el registro.

e) Otras formas Especificar _____

15.- Se cancelan los espacios vacíos:

a) Trazando una sola raya abarcando todos los espacios en blanco.

b) Trazando una raya pero se dejan algunos espacios parcialmente sin cancelar.

c) Se trazan más de una raya cancelando todos los espacios en blanco..

d) Se dejan sin cancelar

e) Otras formas Especificar _____

16.- Anotar las abreviaciones utilizadas en el registro

Abreviatura	Dentro de las normas	
	SI	NO
1.		
2.-		
3.-		
4.-		
5.-		

17.- ¿Cuál de los siguientes términos aparecen en el registro?

_____ Bueno

_____ Parece

_____ Regular

_____ Aparentemente

_____ Habitual

_____ Razonable

_____ Normal

_____ Dentro de los límites normales

_____ Débil

Otros _____, _____, _____

ANEXO No. 3

Términos imprecisos que deben evitarse en la redacción de los registros clínicos de Enfermería.

• Adecuado	• Habitual
• Alto	• Intermedio
• Aparente (aparentemente)	• Malo
• Bajo	• Normal
• Bien	• Parece
• Bueno	• Pequeño
• Débil	• Razonable
• Grande	• Regular

ANEXO No. 4

Abreviaturas que suelen utilizar los profesionales de salud y que están dentro de las normas establecidas.

Abreviatura	Significado
A	antes
a.a.	Antes de los alimentos
Abd	Abdomen
ACV	Accidente cerebrovascular, apoplejía
AD	Actividades diarias
Adm. (adm.)	Admitido o admisión.
AE	Asistente de Enfermería
a.m.	En la mañana
amb.	Ambulatorio
ap.	Apical
aprox.	Aproximadamente
AEG	Ataque al estado general
Bh	Biometría hemática
C	Centígrados
C	Con
C	Cara
c/2 h, c/3h, etc.	Cada dos horas, cada tres horas, etc.
Ca.	Cáncer
cant.	Cantidad
Cat.	Catéter.
c.d.	Como desee
c/d	Cada día
Cdita.	Cucharadita.
C&E	Consumo y excreción.
c/h	Cada hora
CID	Cuadrante inferior derecho
Cir.	Cirugía.
cm ³ o ml	Centímetro cúbico
c.n.a.	Cada noche al acostarse
CR	Cuarto de recuperación

Abreviatura	Significado
CSD	Cuadrante superior derecho
CSI	Cuadrante superior izquierdo
cuch.	Cucharada
d.a	Después de los alimentos
Der.	Derecha
DE	Director de Enfermería
2/día, 3/día, etc.	Dos veces al día, tres veces al día, etc.
disc.	Discontinuo
Dx.	Diagnóstico
ECG	Electrocardiograma
EEG	Electroencefalograma
EF	Exploración física
EJ	Enema jabonosa
est.	Estatura
ET	Enfermera titulada
Evac.	Evacuación
F	Fahrenheit
Fc	Frecuencia cardíaca
FC	Fuera de la cama
FL	Forzar líquidos
Fr	Frecuencia respiratoria
FUR	Fecha de última regla
Ft	Fisioterapia
g/a	Glicemia en ayunas
gal.	Galón
GI	Gastrointestinal
GM	Grado de movimiento o límite de movimiento
h	Hora
Hb	Hemoglobina
Ht	Hematocrito
H.S. (h.s.)	Horas de sueño.

Abreviatura	Significado
IM	Intramuscular
inm.	Al momento, de inmediato.
IyE	Ingestas y excretas
IV	Intravenoso
Izq.	Izquierdo
Jn	Jugo de naranja
Lab.	Laboratorio
Lb.	Libra
Leuc	Cuenta de leucocitos
Liq.	Líquido
LPE	Licencia práctica de Enfermería
lt	Litro
LVE	Licencia vocacional de Enfermería
M	Muestra
MAI	Muerto al ingreso
med.	Medicamento
min.	Minuto
ml	mililitro
Mn	Medianoche
N	Noche
neg.	Negativo
ning.	Ninguno
NPB	Nada por vía bucal
núm.	Número
O ₂	Oxígeno
Obs.	Obstetricia.
Ord.	Ordenanza
oz.	Onza
P	Peso
PA	Presión arterial
Pac.	Paciente
PB	Privilegios de baño
Ped.	Pediatría
Per	Por, a través de
p.m.	Después de medio día
posop.	Posoperatorio
Preop.	Preoperatorio
prep.	Preparación
p.r.n.	Por razón necesaria
Ps	Pie o pies

Abreviatura	Significado
Pulg.	Pulgada
PVC	Presión venosa central
Q	Quirófano
RAC	Reposo absoluto en cama
RCP	Reanimación cardiopulmonar
RSC	Recuento sanguíneo completo
Rx	Tratamiento
s	Sin
s/q	Se queja de
s/r	Silla de ruedas
SR	Sala de recuperación
SU	Sala de urgencias
SV	Signos vitales
Sx.	Síntomas
T	Temperatura
TA	Tensión arterial
TO	Terapia ocupacional
TPR	Temperatura, pulso y respiraciones
TR	Temperatura rectal
U/a	Urinálisis
UCC	Unidad de cuidados coronarios
UCI	Unidad de cuidados intensivos
Urogenital	
vest.	Vestirse
v.o.	Vía oral

Fuentes:

Wolf, L. V., (1988), *Curso de enfermería moderna*. (7ª ed.) México: Harla. S.A. de C.V. p.292

Sorrentino, Sh. A., (1987), *Enfermería práctica*. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V. México D.F. P. 42