



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**CALIDAD DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA:
CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)

P R E S E N T A

LIC. ENF. MARISOL TORRES SANTIAGO

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. ROSA AMARILIS ZÁRATE GRAJALES

MÉXICO, D.F

MARZO, 2011



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO AVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día 15 de febrero del 2011, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración en el Cuidado de Enfermería) de la alumna MARISOL TORRES SANTIAGO con número de cuenta 91620712, con la tesis titulada:

"CALIDAD DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA : CONTINUIDAD
DEL CUIDADO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE"

bajo la dirección del(a) Maestra Rosa A. Zárate Grajales

Presidente	:	<u>Doctora Dulce María Guillén Cadena</u>
Vocal	:	<u>Maestra Rosa A. Zárate Grajales</u>
Secretario	:	<u>Maestra Elsa Correa Muñoz</u>
Suplente	:	<u>Maestra Reyna Matus Miranda</u>
Suplente	:	<u>Maestro Juan Gabriel Rivas Espinosa</u>

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"
MÉXICO D. F. a 14 de marzo del 2011.


MTRA. ROSA MARÍA OSTIGÜÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA
PROGRAMA DE MAESTRÍA
EN ENFERMERÍA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a mi Directora de Tesis, Mtra. Zárate Grajales Rosa Amarilis, su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, sus orientaciones, su experiencia, su paciencia, su confianza y motivación han sido claves para la conclusión de esta Tesis.

A la Mtra. Matus Miranda Reyna por su importante contribución en la metodología de la investigación, por su compromiso y por las innumerables horas de trabajo.

A la Dra. Morán Peña Laura por su valiosa conducción en la parte estadística, por su enseñanza, empeño y por exhortarme siempre a seguir adelante.

A todos mis maestros por darme la luz del conocimiento y experiencias inolvidables para mi formación profesional y personal.

A las autoridades del Hospital General de México en especial a la Mtra. García Flores Martha Subdirectora de Enfermería por brindarme todas las facilidades para realizar mis estudios de Maestría y llevar a cabo esta investigación.

A la Mtra. Padilla Zárate Patricia Adscrita al Departamento de Gestión de Enseñanza e Investigación en Enfermería por su apoyo, orientación y por su disposición en todo momento.

DEDICATORIA

Con todo mi amor para mi esposo Pedro por ser mi amigo, cómplice y apoyo incondicional en los momentos difíciles y de reflexión. Por tu comprensión y paciencia en los incontables días de intenso trabajo y mi perturbadora obsesión. Por ser fuente de mi inspiración y compartir este gran reto en mi vida que ha repercutido en mi desarrollo profesional, personal y familiar.

A mis adorados padres Adelina y Braulio porque ustedes me enseñaron que la vida se encauza con responsabilidad, tenacidad, compromiso y disciplina, atributos que hoy veo cristalizados. Con su apoyo, ánimo y alegría me brindaron la fortaleza necesaria para llegar a la meta.

A mi amiga Rosalba, siempre pienso en la suerte que tuve al coincidir en este proyecto, por tu solidaridad, compañía y amistad.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	1
1. Marco Teórico	5
1.1 La propuesta de Avedís Donabedian	6
1.1.1 Evaluación de la calidad de la atención	8
1.1.2 Evaluación de la calidad del cuidado	9
1.1.2.1 Indicadores de calidad para el cuidado de enfermería	10
1.1.2.2 Estándares de calidad para el cuidado de enfermería	11
1.2 La documentación del profesional de enfermería	13
1.2.1 Consideraciones legales	15
1.2.2 Consideraciones éticas	16
1.3 Seguridad del paciente	18
1.4 Estudios relacionados	22
2. Planteamiento del problema	30
3. Hipótesis	32
4. Objetivos	33
4.1 General	33
4.2 Específicos	33
5. Material y métodos	34
5.1 Tipo de estudio	34

5.2 Población y muestra	34
5.3 Muestreo	35
5.4 Criterios de selección	35
5.4.1 Criterios de inclusión	35
5.4.2 Criterios de exclusión	36
5.5 Variables de estudio	36
5.5.1 Operacionalización de variables	37
5.6 Instrumento de medición	41
5.6.1 Descripción	41
5.6.2 Estándares de calidad de la cédula de auditoría	44
5.6.3 Validez y confiabilidad	45
5.7 Procedimientos y técnicas	47
5.7.1 Prueba piloto	47
5.7.2 Recolección de datos	48
5.7.3 Para la medición	49
5.7.4 Análisis de datos	49
6. Consideraciones éticas	50
7. Resultados	51
7.1 Caracterización de la muestra	51
7.2 Calidad de los registros clínicos de enfermería	52
7.3 Índice de eficiencia global por dimensión	55
7.4 Pruebas univariadas de comparación	58

7.4.1Diferencias entre las dimensiones de la calidad y turno laboral	60
7.4.2 Diferencias entre las dimensiones de la calidad y nivel académico	61
7.4.3 Diferencias entre las dimensiones de la calidad y servicio	63
7.5 Prueba univariada de correlación	64
8. Discusión	66
9. Conclusiones	84
10. Recomendaciones	87
11. Perspectivas	90
12. Limitaciones del estudio	91
13. Implicaciones del estudio	92
Referencias	93
Anexos	99
A) Indicador de los Registros Clínicos de Enfermería	100
B) Cédula de auditoría	116

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Variables de estudio	36
Figura 2. Diagrama de flujo Registros clínicos de enfermería	111
Figura 3. Diagrama PEPSU	112

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Operacionalización de variables	37
Cuadro2. Determinación de los niveles de cumplimiento de calidad	45
Cuadro3. Panel de expertos para la validación del instrumento	46
Cuadro 4. Caracterización de la muestra del personal de enfermería	52
Cuadro 5. Determinación de los niveles de cumplimiento de calidad	54
Cuadro 6. Promedio de la calidad por nivel académico	59
Cuadro 7. Promedio de la calidad entre las dimensiones por turno laboral	61
Cuadro 8. Promedio de la calidad entre las dimensiones por nivel académico	62
Cuadro 9. Promedio de la calidad entre las dimensiones por servicio	64
Cuadro 10. Descripción del Indicador de los Registros Clínicos	113

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Índice de eficiencia por caso del indicador de calidad	54
Gráfica 2. Índice de eficiencia por actividad del indicador de calidad	56

Gráfica 3. Índice de eficiencia global por dimensión	57
Gráfica 4. Comportamiento de las dimensiones de la calidad	57
Gráfica 5. Promedio de la calidad de los registros por turno	58
Gráfica 6. Relación entre la calidad de los registros y la edad	65
Gráfica 7. Relación entre la calidad de los registros y la antigüedad laboral	65

RESUMEN

Antecedentes: La administración de la atención de enfermería siempre ha dependido de la calidad de la información con que se dispone, el desarrollo de los registros clínicos se centra en su uso para la comunicación y coordinación. Los beneficios de un registro eficiente y dirigido a la atención son: la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente. En México es poca la generación de conocimientos en este campo.

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

Material y métodos: Estudio descriptivo, correlacional y retrospectivo. Muestra probabilística de 423 registros clínicos de enfermería de pacientes egresados por mejoría o alta voluntaria, en 4 unidades de una Institución de Salud. Se consideró la variable calidad de los registros clínicos de enfermería con tres dimensiones: estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente; las variables intervinientes fueron la edad, antigüedad laboral, turno, nivel académico, servicio y sexo del personal de enfermería. Se utilizó un instrumento con validez por contenido y confiabilidad Kuder Richardson $r=.89$. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva (medidas de frecuencia, tendencia central y de dispersión) e inferencial (t de student, Análisis de Varianza, prueba de correlación Pearson) se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 18.0

Resultados: La calidad de los registros clínicos de enfermería (423) fue del 72%, es decir, mínima. La calidad de los registros en la dimensión estructura obtuvo un 83.90%, que corresponde a parcial. En cuanto a la dimensión continuidad del

cuidado presentó el 61.35% y la dimensión seguridad del paciente el 60.50% ambas obtuvieron un nivel de no cumplimiento. Por otra parte, se realizó el análisis de varianza (ANOVA) entre la calidad de los registros clínicos de enfermería y los niveles académicos encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($F=15.305$, $gl=4$, $p=0.0001$), la prueba *post hoc* de Bonferroni mostró que el grupo que da la diferencia son las auxiliares de enfermería $p=0.0001$. También entre los turnos laborales ($F=15.987$, $gl=2$, $p=0.0001$) la prueba *post hoc* de Tukey evidenció que el turno nocturno daba la diferencia $p=0.0001$. Con respecto a los servicios no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=1.652$, $gl=3$, $p=.177$) ni con el sexo del personal de enfermería ($t=-.332$, $gl=421$, $p=.740$). También se analizó por dimensiones: continuidad del cuidado y los turnos ($F=11.111$, $gl=2$, $p=0.0001$), nocturno $p<0.05$. Seguridad del paciente y los turnos ($F=4.054$, $gl=2$, $p=0.018$), matutino $p=0.015$. Continuidad del cuidado y los servicios ($F=40.166$, $gl=3$, $p=0.0001$), pediatría $p=0.0001$. Seguridad del paciente y los servicios ($F=24.74$, $gl=3$, $p=0.0001$), Infectología $p=0.0001$. Finalmente, se corrió la prueba de correlación Pearson entre la calidad de los registros clínicos de enfermería y la antigüedad laboral se determinó una asociación lineal estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional ($r=-0.307$, $p=0.0001$) así como con la edad del personal ($r=-0.329$, $p=0.0001$).

Conclusiones: Se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de los registros clínicos de enfermería y el nivel académico así como el turno laboral; ya que los resultados sugieren que el grupo auxiliar de enfermería y el turno nocturno obtuvieron el menor puntaje en la evaluación. Se confirma que existe relación entre la calidad de los registros clínicos de enfermería y la antigüedad laboral, llama la atención que a menor antigüedad laboral mayor calidad. Con base a la problemática identificada se deben desarrollar estrategias para el diseño de programas de mejora continua con énfasis en calidad y seguridad del paciente como responsabilidad social y ética de las instituciones de salud particularmente del grupo de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Las nuevas tendencias del mundo actual y la globalización en el campo de la salud nos plantean nuevos desafíos para la enfermería moderna centrada principalmente en la “Calidad del cuidado”, lo que implica el desarrollo de herramientas que garanticen y optimicen los servicios prestados.

Por ello, un instrumento que pone en evidencia el cuidado de enfermería otorgado al paciente son los registros clínicos, considerados como un medio de comunicación efectiva, oportuna y eficiente que permite la coordinación y la continuidad del cuidado entre el equipo de salud, logrando con ello, reducir los daños innecesarios al paciente así como asegurar su diagnóstico y tratamiento libre de riesgos.

Sin embargo, se debe considerar que en el entorno hospitalario existen diversos factores que pueden ser desviaciones para que no se cumpla con la calidad de la documentación de enfermería como el índice enfermera paciente, la falta de conocimiento sobre la importancia de la elaboración de los registros clínicos, incumplimiento de las normas, entre otros. Estos hechos por si mismos no lo justifican, ni eximen al personal de enfermería ante sanciones legales y éticas relacionadas con la atención que los pacientes reciben.

Estos hechos han sido documentados en reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que expone que la falta de comunicación durante el cambio de turno fue la causa principal de 25,000 – 30,000 eventos adversos evitables que condujeron a algún tipo de discapacidad en los pacientes de los E.U entre 1995 y 2006.¹

México no es la excepción de quejas e inconformidades ante instancias como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), por ejemplo, el caso de un paciente hospitalizado a quien se le administra diez veces más el mismo medicamento provocando toxicidad medicamentosa, identificándose falta de evidencias en el expediente clínico de las intervenciones de enfermería.² Por ello, de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), uno de los objetivos centrales de la política pública en salud es brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente.

Por lo que se establece como instrumento operativo el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), encargado de elevar la calidad de los servicios de salud con un enfoque en la mejora de la calidad técnica y la seguridad del paciente, la calidad percibida y la calidad en la gestión de los servicios de salud. Desde una perspectiva institucional, SICALIDAD debe convertirse en la estrategia nacional que sitúe la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.³

En los proyectos de SI CALIDAD se puede localizar dentro de la dimensión de calidad técnica y seguridad del paciente el expediente clínico integrado de calidad, homogeneización de prácticas exitosas y modelos dirigidos a favorecer la calidad en la documentación de enfermería que se incluyen en el expediente clínico y la revisión de los registros y documentos del expediente clínico para la emisión y difusión de recomendaciones de mejora de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico.

Por esta razón, en la presente investigación se exploró el fenómeno de la calidad de los registros clínicos de enfermería en tres dimensiones la estructura, continuidad del cuidado y la seguridad del paciente en una institución de tercer nivel de atención del D.F.

En el apartado 1 se incluye parte de la revisión de la literatura que se consultó para llevar a cabo la adecuación teórica en la construcción del instrumento de medición, se determinó el gran constructo: la calidad de los registros clínicos de enfermería definiendo tres dimensiones. La perspectiva teórica de Avedís Donabedian con relación a la calidad de la atención, su paradigma estructura, proceso y resultado para la evaluación de la calidad. Aspectos relevantes de la documentación de enfermería entre ellas las consideraciones éticas y legales, la importancia de los indicadores y estándares de calidad para la evaluación de los procesos que realiza el personal de enfermería así como los estudios relacionados.

Después se menciona el planteamiento del problema, las hipótesis y los objetivos que guiaron la presente investigación.

Para dar paso a la metodología donde se menciona el tipo de estudio, el universo, la muestra, las variables, la descripción del instrumento de medición con validez por contenido y una confiabilidad determinada por el coeficiente Kuder Richardson. Así como los procedimientos y las técnicas para la recolección de la información, la prueba piloto la cual fue realizada en una institución de tercer nivel de atención con población similar a la del estudio, el análisis estadístico y las consideraciones éticas.

En el apartado de resultados se presenta la caracterización de la muestra de enfermeras cuyos registros clínicos fueron evaluados, la calidad de los registros clínicos se presenta por medio de cuadros y gráficas a través del índice de eficiencia global, por caso y por actividad, se mencionan los hallazgos que reportaron las pruebas univariadas de comparación y correlación para la comprobación de las hipótesis.

Posteriormente, en la discusión se analizan los hallazgos obtenidos en esta investigación con los reportados por la literatura encontrando diferencias y similitudes.

En este orden de ideas se mencionan las conclusiones, las recomendaciones para los Directivos y para el personal de enfermería de la Institución de Salud, las perspectivas, limitaciones e implicaciones del estudio.

Finalmente, las referencias y anexos donde se incluyó la metodología para la construcción del indicador de los registros clínicos de enfermería y el formato de la cédula de auditoría.

1. MARCO TEÓRICO

Se necesitan herramientas para apoyar una continua y eficiente comprensión de la historia de los cuidados de un paciente que a su vez sean un medio de comunicación entre el equipo multidisciplinario y conduzca a la toma de decisiones sobre el futuro plan de cuidados del paciente.

Un instrumento vital son los sistemas de documentación y los registros clínicos, su objetivo como lo reitera la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, es facilitar el flujo de información que promueva la calidad de la atención, la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.^{4, 5}

De esta forma los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, están integrados en la historia clínica del paciente y conllevan a repercusiones y responsabilidades de índole ética y legal, por lo que se precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos.⁶

Dado lo anterior y según lo planteado por Owen⁷ el mantenimiento de los registros clínicos de enfermería debe seguir siendo un aspecto fundamental en la atención que se brinda, por lo tanto, debe ser un objeto de auditoría como medida de control de calidad.

Por ello, se abordará la perspectiva teórica de Avedís Donabedian que incluye su paradigma de evaluación de la calidad; la importancia de los registros clínicos de enfermería para la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente, las consideraciones éticas y legales que giran en torno a ellos y finalmente se presentan algunos estudios relacionados.

1.1 La propuesta de Avedís Donabedian

El máximo exponente en el ámbito internacional y nacional sobre el estudio de la calidad de la atención sanitaria es el Doctor Avedís Donabedian, quien considera que la calidad es la atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar en todo momento, logrando los mayores beneficios posibles.

Por ello, define que la calidad de la atención comprende dos dimensiones la técnica y la interpersonal. Donde el componente técnico hace referencia a la aplicación de la ciencia y la tecnología de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos; el grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios.

Por otra parte, la dimensión interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Se encuentra reforzada por los dictados éticos de los profesionales, relacionada con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. El nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mide por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones; por lo que una evaluación de beneficios o riesgos, cualquiera que sea su naturaleza, deber ser compartida al menos por el paciente además del profesional responsable de la atención.⁸

Los dos aspectos están interrelacionados y puede ser difícil hacer una distinción entre ambos, por lo tanto cuando se habla de calidad en el cuidado deben existir ambas dimensiones, si llegase a faltar alguna entonces no existe la calidad.

Es interesante señalar que Donabedian refiere que existe un tercer elemento de la atención, denominándola “amenidades” las cuales son parte de los aspectos más íntimos de los lugares en donde se presta la atención como la comodidad, privacidad, cortesía y aceptabilidad.

A su vez existen atributos de la atención que se convierten en determinantes mucho más poderosos de su calidad como son la continuidad y la coordinación. Se puede decir que la coordinación es el proceso mediante el cual los elementos durante cualquier secuencia de la atención, se acoplan entre sí dentro de un propósito general. Mientras que la continuidad del cuidado significa falta de interrupción de la atención necesaria y el mantenimiento de la relación entre las secuencias sucesivas de la atención del paciente, de esta manera la coordinación implica el compartir dicha información entre los proveedores para lograr un esquema coherente en los cuidados y en el tratamiento.⁸

Cabe señalar, que se considera que la continuidad y la coordinación son mejores si la responsabilidad del cuidado está centralizada en las manos de un solo profesional y, en el caso que más de un profesional estén involucrados, si la responsabilidad se transfiere debe ser en forma legítima y ordenada.

Debido a que casi siempre la atención del paciente es multidisciplinaria debe existir un compromiso para adoptar una visión de la garantía de la calidad⁹ en todos los procesos para la seguridad del paciente.

Otro factor importante, es la satisfacción del paciente como un componente de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas que se tienen, que son asuntos sobre los que el paciente es la autoridad última. Mientras que la

satisfacción del profesional es un factor causal de buena atención o un juicio sobre la bondad de la atención.⁸

1.1.1 Evaluación de la calidad de la atención

Donabedian expone en 1966 la metodología con la cual evalúa la calidad de la atención denominando a cada componente de su paradigma: Estructura, Proceso y Resultado.

En ese sentido, la calidad de la atención es un atributo que ésta debe tener en un grado mayor o menor, implica que el objeto primario de estudio es una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales cuando se habla de proceso.

Acorde con ello, el componente de estructura se refiere a las características estables de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan. Incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para proporcionar la atención, lugares físicos y localización geográfica.

En cuanto al componente de proceso, un juicio acerca de su calidad puede hacerse ya sea por medio de la observación directa o a través de la revisión de la información registrada que permite una reconstrucción más o menos precisa de cómo se está llevando a cabo la atención. Es considerado el objeto primario de la evaluación es lo que se conoce acerca de la relación entre las características del proceso de la atención y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y de la sociedad.

Finalmente, el enfoque de resultado se refiere a un cambio significativo en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de la atención.⁸

Los elementos de la trilogía constituyen una forma de medición de la calidad de la atención que permiten detectar oportunidades y/o deficiencias para actuar en el bienestar del paciente y mantener la garantía de calidad. De acuerdo con Donabedian es responder del servicio que se otorga, de manera que se proteja al paciente, íntegramente como ser humano, contra riesgos innecesarios y se le proporcionen los mayores beneficios posibles.¹⁰

1.1.2 Evaluación de la calidad del cuidado

Ortega y cols. señalan que la evaluación es una de las mejores estrategias para garantizar que los servicios de enfermería sean de alta calidad. Consiste en comparar la situación real del sistema de atención con los objetivos propuestos por la gerencia.

Además, implica el monitoreo y seguimiento de dichos servicios con base en estándares e indicadores de estructura, proceso, resultado, los cuales permiten medir periódicamente la ejecución de actividades.

Así, la evaluación implica revisar las actividades previas llevadas a cabo por enfermería, una perspectiva histórica para adaptarse en forma oportuna y anticipada a los cambios y desafíos que genera el entorno. Puede ser de carácter interno o externo. La primera la realiza la misma institución con el propósito de conocer aspectos como nivel de atención y satisfacción de los usuarios externo e internos, establecer estándares comparativos y hacer un cotejo con relación a otras instituciones; por lo regular se basa en el análisis del proceso y su resultado.

La evaluación de carácter externo, la llevan a cabo organismos ajenos a la institución especializados en estas labores, los cuales cuentan con recursos humanos expertos, metodología y sistemas de evaluación acreditados para validar la competencia de los servicios que presta la institución con respecto a los estándares establecidos.¹¹

1.1.2.1 Indicadores de calidad para el cuidado de enfermería

Los indicadores de calidad sirven de base para medir el desempeño de los servicios que brinda el profesional de enfermería así como la institución de salud.

Son instrumentos esenciales para medir la calidad; en general se definen como elementos que se usan para medir fenómenos específicos, y que al ser aplicados muestran la tendencia y/o la desviación de una actividad sujeta a influencias externas e internas con respecto a una unidad de medida convencional.

El Quality Assurance Indicators Development Group los describe como instrumentos de medición de la calidad que se desarrollan para calificar el nivel de desempeño real de un proceso, persona, organización o sistema, para determinar, finalmente, los métodos necesarios que garantizan su funcionamiento óptimo.¹¹

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término indicador como variable con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizada para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla. Provee también una base para desarrollar planes adecuados para su mejoría.¹²

Los indicadores se clasifican según las siguientes categorías:

- Enfoque: estructura, proceso, resultado
- Su origen: normativos, empíricos
- Los resultados: eficacia, productividad, impacto, eficiencia

Todos están interrelacionados y funcionan como señales o avisos que permiten identificar las áreas de oportunidad que han de ser analizadas con mayor profundidad.

Por su parte, Jiménez¹³ destaca las características que deben poseer los indicadores: tener validez, la cual debe reflejar el aspecto de la calidad para lo que se creó o estableció y no otro, la confiabilidad es decir debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias, debe ser comprenderse fácilmente qué aspecto de la calidad pretende reflejar así como sencillez para administrar, aplicar y de explicar.

1.1.2.2 Estándares de calidad para el cuidado de enfermería

Cuando se habla de indicadores es necesario hablar de estándares de calidad. Estos se definen como el grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad, dicho en otros términos, define el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad que se alcanza en un determinado proceso.

Los estándares de calidad determinan el nivel mínimo y máximo aceptable para un indicador. Si el valor del indicador se encuentra dentro del rango significa que se está cumpliendo con el criterio de calidad que se había definido.¹⁴

Dentro de las características que deben reunir los estándares se encuentran las siguientes: ser consistentes o congruentes con los objetivos y las metas, ser prácticos para que sirvan como criterios de operación, su contenido tiene que plantear soluciones perfectibles, deben poder revisarse continuamente para mejorarlos, ser validados para asegurar su eficiencia y considerar en su elaboración la difusión, instrucción y capacitación hacia el personal.

Es importante señalar, que en la calidad asistencial el estándar constituye el componente subjetivo que mide y señala el límite diferenciador entre lo que es o no aceptable; asimismo proporciona un marco para la ejecución de cuidados de alta calidad e incrementa la responsabilidad del profesional ante el paciente mediante la articulación, y finalmente, refleja el grado de excelencia en el ejercicio de la profesión.¹¹

Por otra parte, cabe mencionar que la Dirección de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez y la Comisión Permanente de Enfermería han sido pioneros en la elaboración de indicadores y estándares para evaluar la calidad de los servicios de enfermería.

Ante esta perspectiva, se retoma su propuesta metodológica para la elaboración del indicador denominado Registros clínicos de enfermería, está incluye la definición, consideraciones legales y éticas, la operacionalización así como la descripción (Anexo A). Con la finalidad de identificar desviaciones y oportunidades que permitan establecer estrategias para la mejora continua en la Institución de salud.

“No es posible mejorar lo que no se controla, no es posible controlar lo que no se mide y no es posible medir lo que no se define”¹¹

1.2 La documentación del profesional de enfermería

Los registros de enfermería constituyen un documento de vital importancia, por ser la evidencia escrita de todas las intervenciones realizadas al paciente. La calidad de los mismos pone de manifiesto una comunicación efectiva para propiciar la continuidad y coordinación efectiva entre los miembros del equipo de salud.

Al respecto, Potter¹⁵ menciona que un registro es una fuente valiosa de datos que es utilizada por todos los miembros del equipo de cuidados de salud.

Sus propósitos incluyen la comunicación ya que es un medio por el cual los miembros del equipo de cuidados de salud transmiten las contribuciones a la atención del paciente así como la educación y el uso de derivaciones para planificar el alta. Por ello, es que el plan de cuidados debe estar claro para cualquiera que lea la información por lo que el registro debe comunicar las medidas necesarias para mantener el cuidado continuado y la coherencia del mismo.

Cabe indicar que la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization ha establecido los criterios para evaluar el registro del paciente, por lo que exige la documentación en el contexto del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), la educación dirigida al paciente y/o familiar y la planificación del alta.¹⁵ Carpenito¹⁶ por su parte señala que las características de los registros de enfermería deben reflejar con precisión el estado del paciente y los sucesos que éste ha manifestado conforme al PAE.

Por lo tanto, el registro de un paciente debe contener información diversa, incluyendo diagnósticos, signos y síntomas de la enfermedad, tratamientos con éxito y con fracaso, hallazgos diagnósticos y conductas del

paciente; es interesante señalar que no hay dos pacientes que tengan registros idénticos con trastornos de salud similares.

Para lo cual en la valoración del paciente el registro proporciona datos que el profesional de enfermería utiliza para identificar y apoyar los diagnósticos de enfermería y planificar las intervenciones adecuadas para los cuidados.

Otro importante, propósito de la documentación está relacionado con la investigación ya que los datos estadísticos relativos a la frecuencia de trastornos clínicos, complicaciones, uso de tratamientos y cuidados específicos pueden extraerse de los registros.

Es trascendente señalar, que el expediente clínico y la hoja de enfermería son una de las mejores defensas frente a las reclamaciones legales asociadas con el cuidado de enfermería. El registro sirve como una descripción de lo que le ha ocurrido exactamente al paciente “los cuidados no documentados son cuidados no proporcionados”.

La documentación y el informe de calidad son necesarios para potenciar los cuidados al paciente de forma eficiente e individual, conforme a lo planteado por Kozier¹⁷ se distinguen por cinco características: reales, exactas, completas, actuales y organizadas.

Se considera que es real cuando contiene información descriptiva y objetiva, es el resultado de la observación y la determinación directa; exacto al evitar ambigüedades, de esta forma el uso de abreviaturas, los símbolos y el sistema de medidas aceptadas en una institución garantiza que todos los miembros del personal utilizarán el mismo lenguaje en sus informes y registros.

Por otra parte, la información debe ser completa, concisa, apropiada y total sobre el cuidado del paciente lo que significa que los registros deben ser actuales e inmediatos a los cuidados para evitar la omisión o duplicación de la información. Y a su vez la información se debe transmitir en un orden lógico.¹⁵

kozier¹⁷ menciona pautas en relación a la elaboración de los registros clínicos de enfermería para mantener la calidad de los mismos, las anotaciones deben ser legibles, utilizar tinta permanente, se debe incluir la fecha y la hora de cada una de ellas, la corrección en la ortografía es indispensable para la exactitud de los registros, utilizar abreviaturas y símbolos universales. No solo por cuestiones legales sino también por seguridad en el paciente.

1.2.1 Consideraciones legales

Los registros clínicos de enfermería establecen un documento legal en el que se evidencia el servicio de atención del profesional de enfermería hacia el paciente durante su estancia hospitalaria; por lo que se utiliza para aportar pruebas ante quejas o demandas por mala praxis.

La Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-168-SSA1-1998¹⁸ representa el instrumento para su regulación y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

En su apartado 9 hace mención a lo siguiente:

- 9. De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar
- 9.1 Hoja de enfermería

La normativa es muy explícita y exhorta al profesional de enfermería a que la documentación debe elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo la siguiente información: habitus exterior, gráfica de signos vitales, ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad, vía, procedimientos realizados así como observaciones de enfermería.

Por ello, la Ley General de Salud en el Título Tercero Bis De la Protección Social en Salud, Capítulo II, en el Artículo 77 Bis 9 de la acreditación de la calidad de los servicios prestados, reitera que se deberá considerar en su apartado V la integración de expedientes clínicos y VI Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia.¹⁹

1.2.2 Consideraciones éticas

El registro clínico de enfermería contiene puntos de reflexión ética ya que la información que contienen ponen en marcha la **confidencialidad**, respeto a la dignidad humana y por otro lado como fuente de información permanente, confiable, fidedigna y oportuna hacia los demás profesionales de la salud.

Es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética del personal de enfermería, precisando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional.

Por ello, el Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México²⁰ hace referencia a los siguientes principios éticos: Beneficencia y no maleficencia se entienden como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rigen por los

siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada

Respecto, a la confiabilidad este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

El personal de enfermería debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Son destacables para la presente investigación los siguientes capítulos:

- Capítulo II. De los deberes de las enfermeras para con las personas.

Artículo octavo. Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos que le permitan mantener un nivel de salud física, mental social que no comprometa su capacidad.

- Capítulo III De los deberes de las enfermeras como profesionistas.

Artículo décimo. Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de la profesión.

El Decálogo del Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México, enuncia 10 principios, de los cuales el 2, 4, 6 y 8 son aplicables en torno a la elaboración de los registros clínicos de enfermería:

2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
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.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.²⁰

1.3 Seguridad del paciente

A partir de la publicación del informe del Instituto de Medicina de Estados Unidos en 1999 en el que se mostró que entre 44 mil 98 mil americanos mueren cada año por errores prevenibles en la atención médica, ha surgido una reflexión sobre la calidad de la atención médica otorgada por parte de los sistemas de salud.

Dicha reflexión se ha extendido mundialmente al ver cómo varios países incluyendo Estados Unidos, Inglaterra, Australia, Canadá, Dinamarca han ido incorporando iniciativas en materia de seguridad del paciente dentro de las políticas nacionales.²¹

La agencia para la calidad e investigación en salud de los Estados Unidos define seguridad del paciente como el conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.²² Por otra parte, en el libro *Error is human: Building a Safer Health System* editado por el Institute of Medicine conceptualiza la seguridad del paciente como el conjunto de elementos y metodologías basadas en evidencia

científicamente probada, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.

La seguridad hace parte de la caracterización de calidad de un servicio de salud con la oportunidad, la accesibilidad, la pertinencia y la continuidad.²³ De esta forma surge la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, que fue oficialmente lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 27 de octubre de 2004, con el objetivo de “aportar beneficios significativos a los pacientes de los países ricos y pobres, desarrollados y en desarrollo, de todos los rincones del mundo”.²⁴

Es nombrado centro colaborador la Joint Commission International¹ sobre soluciones para la seguridad del paciente a fin de iniciar y coordinar el trabajo de elaboración y difusión de soluciones para la seguridad de los pacientes; entre las cuales destaca la comunicación de los profesionales de la salud durante el cambio de turno en referencia al estado del paciente, sus medicamentos, sus planes de tratamiento, sus directivas anticipadas y cualquier cambio relevante en su estado.

Recientemente se ha propuesto una taxonomía para los errores de enfermería que los clasifica en falta de la atención a las condiciones clínicas y reacción a los tratamientos instaurados, inapropiado criterio clínico, errores de tratamiento, falta de la intervención sobre la evolución clínica del paciente, falta de prevención en el cuidado, equivocación en la ejecución de la prescripción médica y errores en la documentación.²³

Es de vital trascendencia tomar medidas en la corrección de estos desvíos que repercuten en la calidad del cuidado; ya que el 70% de los eventos adversos son evitables, también considerados como incidentes desfavorables,

percances terapéuticos, lesiones iatrogénicas u otros sucesos infortunados ocurren en asociación directa con la prestación de la atención.²²

Es importante considerar, que el evento adverso no solo tiene impacto en el paciente y su familia por las lesiones físicas o el daño psicológico que produce sino también en los profesionales de la salud, en el sistema de salud por los costos que representa el aumento de los días estancia hospitalaria y la pérdida de la credibilidad en la calidad de los servicios ante la sociedad.

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) en México, uno de los objetivos centrales de la política pública en salud es brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente.

Por lo que se establece como instrumento operativo el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), encargado de elevar la calidad de los servicios de salud con un enfoque en la mejora de la calidad técnica y la seguridad del paciente, la calidad percibida y la calidad en la gestión de los servicios de salud.

Desde una perspectiva institucional, SICALIDAD se convierte en la estrategia nacional que sitúa la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.

En los proyectos de SICALIDAD se puede localizar dentro de la dimensión de calidad técnica y seguridad del paciente, el expediente clínico integrado; entre las acciones principales se destaca establecer un diagnóstico de los aspectos críticos que han afectado el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico (NOM 168-SSA1-1998) la cual representa el instrumento para la regulación de éste y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad.³

Por ello, que a partir del 1 de enero de año 2009 en todos los hospitales certificados por el Consejo de Salubridad General²⁵ según los Estándares Internacionales para la Acreditación de Joint Commission International, deberán cumplir con las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente. Su propósito es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente.

Los objetivos destacan las aéreas problemáticas dentro de la atención:

- Identificar correctamente a los pacientes
- Mejorar la comunicación efectiva
- Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
- Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto
- Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud y la atención
- Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Es relevante, reconocer que un diseño sólido del sistema de salud es fundamental para la prestación de la atención segura y de alta calidad, estos objetivos por lo general se centran en soluciones que abarcan todo el sistema siempre que sea posible.

Todo lo antes señalado, permite tener un panorama de la importancia que tiene la calidad del registro clínico de enfermería al constituirse una vía de comunicación que permite la coordinación y la continuidad del cuidado, por lo que contribuye para la seguridad del paciente en cada uno de los procesos que se efectúan en el medio hospitalario, como lo demuestran las siguientes investigaciones.

1.4 Estudios relacionados

A continuación se presentan algunos hallazgos de estudios publicados entre los años 2001-2009, que fueron relevantes para el presente estudio en relación a la calidad de los registros clínicos de enfermería. La búsqueda se efectuó en bases de datos como Cochrane Library, MEDLINE Pub Med, Elsevier, CUIDEN, CINAHL entre otras, se consideraron artículos en inglés, portugués y español procedentes de diversos países como Australia, Noruega, España, Brasil, Colombia, Costa Rica y México.

- El estudio multicentrico de Inocenti y cols. publicado en el 2009, tuvo como objetivo describir las variables que se encuentran en las recetas médicas e influyen en eventos adversos al paciente en hospitales brasileños, la muestra estuvo conformada por 864 recetas de pacientes hospitalizados. De ese total, 110 fueron del hospital A, 108 del B, 294 del C 248 del D; algunos resultados fueron los siguientes: el 12% de prescripciones en el hospital B, el 35.5% en el C y el 12% en el D se consideraron total o parcialmente ilegibles. Las abreviaturas se utilizaron en más del 80% de las prescripciones en los hospitales B, C y D, frente al 30% en el hospital A. Coincidieron que el registro electrónico eliminaría el problema de elegibilidad reduciendo los errores en pro de la seguridad del paciente.²⁶
- La investigación de Delgado y cols. fue un estudio observacional, analizaron la presencia del registro de alergias en la historia clínica del paciente en un hospital general. Los resultados fueron: 610 historias clínicas (muestra) evaluadas de las cuales 71 pacientes (12%) tuvieron registrada la alergia a algún antibiótico, siendo la penicilina la más frecuente en un 64%. además se evidenció que los médicos de planta registraron alergias en un 45.9% a

diferencia del personal de enfermería con el 87.21%, lo atribuyeron a que enfermería es más disciplinado en la realización de la valoración al paciente.²⁷

- Por otra parte la investigación de Fajardo y cols. tuvo como objetivo describir las percepciones de las enfermeras sobre varios tópicos relacionados con los errores de medicación, que son la causa más frecuente de daño prevenible al paciente. El estudio se efectuó en dos hospitales generales de las ciudades de México y Durango, la muestra estuvo conformada por 173 enfermeras encuestadas de las cuales 133 (77%) manifestaron que un problema relevante fue la ilegibilidad de la letra asociado con los nombres parecidos de los medicamentos.²⁸
- Pokorski y cols. en su estudio de investigación titulado Proceso de enfermería: de la literatura a la práctica. ¿Qué estamos haciendo, de hecho?, cuyo objetivo fue describir cómo se efectúan las etapas del proceso de atención de enfermería en un hospital general de Brasil. Se auditaron 302 fichas de pacientes adultos. Los resultados reportados fueron que la valoración se encontraba registrada en un 90%, 0% el diagnóstico de enfermería, 25% el plan de cuidados acorde a sus necesidades, la evolución de los pacientes fue registrada en el 95%. Los autores concluyen que existen deficiencias en el registro del cuidado conforme al proceso de enfermería.²⁹
- Una de las investigaciones publicada en el 2008 que destaca la importancia del registro del dolor es la de Montes y cols. estudio de diseño transversal realizado a partir de un cuestionario del dolor dirigido a todos los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) de 5 hospitales. La muestra aleatoria estuvo constituida por 264 profesionales a partir de un

muestreo estratificado, los resultados fueron que el 29.6% de trabajadores informaron de dolor a través del registro y en un 71.6% de forma verbal, el 81.3% pregunta al paciente si presenta dolor y en un 45.8% utiliza escalas para la valoración. Estos resultados han permitido tener información sobre la actitud de los médicos y enfermeras frente al dolor y establecer medidas de mejora en la gestión del dolor.³⁰

- Mientras que el estudio de investigación de Vituri y Misue titulado: Los registros de enfermería como indicador de calidad del cuidado: un estudio documental, exploratorio, descriptivo y retrospectivo, el objetivo fue analizar los registros de enfermería de los años 2003, 2004, 2005 y 2006 del área de hospitalización en un hospital de Brasil. La muestra constó de cuatro informes mensuales de cada año se examinaron un total de 16 informes en un total de 480 notas de enfermería. Resultados en el año 2005 solo el 53% de los informes presentaron una nota que describe el estado del paciente en cada 6 horas, 2003 solo el 39% muestran las intervenciones efectuadas, en cuanto al registro de signos y síntomas fue el 37%, en el 39% existieron notas sobre la aparición y evolución de las lesiones de la piel y en un 10% se demuestra la participación de la familia en el cuidado del paciente.³¹
- La investigación de Del Olmo y cols. titulado El registro de enfermería: un sistema de comunicación, publicado en el 2007, fue un estudio retrospectivo, su objetivo fue identificar el número, el tipo y la adecuación de las abreviaturas que se utilizan al escribir los comentarios evolutivos y el informe de enfermería al alta. Resultados: se identificaron 405 abreviaturas y 9 símbolos diferentes, de un total de 1201, que se utilizaron para abreviar un total de 147 términos. El 85.7% de las abreviaturas no son reconocidas por la literatura, el 58.5% de los términos utilizaban varias abreviaturas

diferentes. La utilización de abreviaturas no universales puede interferir en la interpretación de la documentación por profesionales externos; la incorrecta utilización de la terminología puede limitar el uso del registro como sistema de comunicación y deteriorar su calidad.³²

- Otra investigación de Misue, publicada en el 2006, donde participaron 51 enfermeras profesionales y 73 auxiliares de enfermería cuyos registros fueron analizados, constituyendo una muestra de 51 evoluciones y 73 notas siendo un total de 124 registros. Resultados 80.4% del personal de enfermería profesional no registró la fecha y el 72.5% omitió la hora. El personal auxiliar de enfermería el 53.5% no registró la fecha y el 90.4% omitieron la hora. La legibilidad, el 7.8% del personal de enfermería profesional y el 16.4% auxiliar no cumplió con ese criterio. Se identificó que el 72% enfermeras (os) y el 68.5% del personal auxiliar realizaron apenas un registro durante el turno laboral. Los errores ortográficos fueron 45, 13 por el personal de enfermería profesional y 32 por el auxiliar de enfermería. Uso de abreviaturas por ejemplo, AVC (Accidente Vascular Cerebral o Acceso Venoso Central) y SV (Sonda Vesical o Signos Vitales). Por lo tanto los autores concluyen que los registros de enfermería analizados no permiten el proceso del cuidado de forma continua; es posible que esos registros no permitan una comunicación veraz para la calidad del cuidado de enfermería.³³
- El estudio de investigación de Vargas y Ruiz titulado Evaluación de los aspectos legales de las notas de enfermería, se efectuó en 2 hospitales, la muestra estuvo constituida por 60 expedientes clínicos de los cuales se evaluaron 180 notas de enfermería. Resultados en el hospital nacional se registró la evolución del paciente en un 70% mientras que en el hospital regional fue del 10%, La proporción de las notas de enfermería profesional

es menor que las notas que escriben las auxiliares de enfermería. La firma o nombre del personal de enfermería presentó omisiones, las autoras coinciden que la presencia del nombre y los dos apellidos indican responsabilidad personal y profesional.³⁴

- Una de las investigaciones de gran trascendencia es la de Bomba y cols. en su estudio titulado A description of handover processes in an Australian public hospital, publicado en el 2005, el objetivo fue analizar la vía de comunicación durante el cambio de turno con respecto a la evolución del paciente en un hospital general metropolitano de New South Gales e identificar los problemas comunes relacionados con este proceso. Resultados: el 28% de los profesionales encuestados utilizan las notas escritas durante el cambio de turno mientras que el 71% solamente se basa en conversaciones verbales y el 8% accedió a la historia clínica. También identifican aspectos que debilitan el proceso algunos de ellos son la falta de un formato, notas escritas a mano ilegible e incompleto, duplicación de la información, todo ello son un obstáculo para efectuar correctamente los procesos al interior de la organización transfiriendo información incorrecta y con ello potencializar daños innecesarios al paciente.³⁵
- Domingo y cols. en su estudio de investigación titulado Del cuidado registrado al diagnóstico enfermero, cuyo objetivo fue clasificar las expresiones utilizadas por las enfermeras en la hoja de cuidados del paciente en un Hospital General, fue retrospectivo, con una muestra de 401 hojas de enfermería, la unidad de análisis fueron los registros. Resultados: anotaciones registradas: 5589; se detectaron las etiquetas diagnósticas más frecuentes: riesgo de infección 26.07%, dolor agudo 19.97%, deterioro de la integridad cutánea 13.11%. Registro de reacciones a la medicación se

identificó el 0.64%, seguridad del paciente consciente y orientado en un 17%, las medidas de seguridad registradas para evitar lesiones en el paciente solo en dos ocasiones se utiliza una escala para medir el estado de consciencia. Ninguna expresión registrada para hacer referencia al riesgo de úlceras por presión. La planificación de los cuidados aparecen en el 2.25% de los registros de cuidados auditados, el diagnóstico de enfermería 0%.³⁶

- En el estudio de investigación de Galván, su objetivo fue comparar el estado actual de los registros con los de un estudio similar realizado en 1995. Se analizaron 190 registros, los resultados fueron: un porcentaje mayor de registros escritos (el 98.42% frente al 94.95% en el año 1995), la variable antigüedad profesional tiene relación significativa con la forma de organizar la información el grupo de más de 15 años fue el que menos utilizó la modalidad de registro por sistemas y el que más lo realizó de forma desordenada, el lenguaje utilizado fue apropiado en el 92.63% frente al 7.37% en el que se encontró alguna incongruencia.³⁷
- Chaparro y García en su investigación titulada Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado, publicado en el año 2003, el objetivo fue identificar la evidencia de la continuidad del cuidado proporcionado por el profesional de enfermería mediante los registros clínicos, la muestra fue de 124 historias clínicas, la valoración de enfermería se registró en un 6.5%, la formulación de diagnósticos de enfermería y la evaluación como etapas intermedia y final no mostraron ningún peso porcentual y las intervenciones de enfermería un 70%. Se puede resaltar por lo tanto que se pierde la secuencia de las fases del Proceso Atención de Enfermería por lo que la información que

proporcionan estos registros no son suficientes para dar continuidad del cuidado.³⁸

- En la investigación de Korst y cols. el objetivo fue determinar el tiempo que el personal de enfermería dedica para efectuar la documentación del paciente. De 2160 observaciones el total de tiempo invertido fue de 15.8% - 10.6% en papel. También se asoció con el turno laboral matutino 19.2% vs el turno laboral nocturno 12.4% respectivamente.³⁹
- En el estudio de investigación de Ehrenberg y Ehnfors, publicado en el año 2001, tuvo como objetivo analizar la concordancia entre la documentación de enfermería y las necesidades específicas de los pacientes. Se realizaron comparaciones entre las salas donde las enfermeras habían recibido formación en el registro estructurado con base en el proceso de enfermería (grupo de estudio) y las salas donde no se había tomado ninguna intervención lugar (grupo de referencia). Los datos fueron recogidos de las historias clínicas seleccionadas al azar (n = 85). La concordancia fue mejor en el grupo de estudio en comparación con el grupo de referencia en que los datos registrados fueron estructurados sólo en el siguiente orden cronológico. El estudio demuestra de manera inequívoca que hay grandes limitaciones en el uso de registros como fuente de datos para la evaluación, planificación y desarrollo de la atención.⁴⁰
- Méndez et al. en su estudio de investigación titulado La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. La muestra estuvo constituida por el personal de enfermería. Resultados: el 99.8% del personal de enfermería no valora la importancia de la atención

socio-económica, atención espiritual y psico-emocional del paciente al realizar los registros.⁴¹

Estos estudios revelaron importantes hallazgos para el estudio de la calidad de los registros clínicos de enfermería, por lo que muestran un panorama general de la problemática prevaleciente en el entorno hospitalario con relación a la documentación de enfermería, la finalidad fue contrastarlos con los resultados del presente estudio y así desarrollar estrategias para la mejora continua y la garantía de la calidad en el cuidado.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los registros clínicos de enfermería son una herramienta legal y normativa útil para evaluar el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y responsabilidad del profesional de enfermería ya que constituyen la evidencia escrita de los cuidados otorgados, son por excelencia un medio de comunicación y coordinación efectiva con el equipo multidisciplinario de salud.

Sin embargo, es un desafío en el medio hospitalario contar con un registro de enfermería eficiente que permita identificar la continuidad del cuidado y promueva una atención libre de riesgos innecesarios al paciente.

Existen diversos factores que pueden ser desviaciones para que no se cumpla con la calidad de la documentación de enfermería como el índice enfermera paciente, la falta de conocimiento sobre la importancia de la elaboración de los registros clínicos, incumplimiento de las normas, entre otros. Estos hechos por si mismos no lo justifican, ni eximen al personal de enfermería ante sanciones legales y éticas relacionadas con la atención que los pacientes reciben.

En México son escasas las investigaciones que evalúan la calidad de los registros clínicos de enfermería y su contribución para la continuidad del cuidado y seguridad del paciente de ahí la relevancia del presente estudio, para lo cual nos planteamos las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es 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?

¿Cómo es el grado de calidad de los registros clínicos de enfermería de acuerdo al turno laboral, nivel académico y servicio del personal de enfermería?

¿Existe relación entre el grado de calidad de los registros clínicos de enfermería y la antigüedad laboral?

3. HIPÓTESIS

Tomando en cuenta las evidencias científicas, suponemos que la calidad de los registros clínicos de enfermería presentará un grado mínimo en relación con la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Considerando los estudios publicados sobre la calidad de los registros clínicos de enfermería, se espera que no sea igual entre los diferentes niveles académicos, turnos laborales y servicios.

Suponemos que el grado de calidad de los registros clínicos de enfermería está relacionado con la antigüedad laboral del personal.

4. OBJETIVOS

4.1 General

Evaluar el grado de la 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.

4.2 Específicos

- Crear un indicador que permita estimar el grado de calidad de los registros clínicos de enfermería.
- Identificar la calidad de los registros clínicos de enfermería en sus diferentes dimensiones: estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente.
- Comparar los resultados del grado de calidad de los registros clínicos de enfermería en cada una de sus dimensiones entre los diferentes niveles académicos, turnos laborales y servicios.
- Comparar los resultados del grado de calidad de los registros clínicos de enfermería entre los diferentes niveles académicos, turnos laborales y servicios.
- Determinar si existe relación entre el grado de calidad de los registros clínicos de enfermería y la antigüedad laboral.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio

Con un diseño no experimental se realizó un estudio descriptivo correlacional, retrospectivo, documental de enfoque cuantitativo.

5.2 Población y muestra

La unidad de análisis fueron los registros clínicos realizados por el personal de enfermería, de pacientes egresados por mejoría y/o alta voluntaria quienes recibieron cuidados de enfermería en los servicios de hospitalización en las Unidades de Neurología, Pediatría, Neumología e Infectología de una institución de tercer nivel del sector salud del D.F.

Con previa autorización por las autoridades correspondientes se tuvo acceso al archivo clínico para efectuar la auditoría a través de los expedientes clínicos durante el periodo de recolección de datos del 10 de mayo al 30 junio del año 2010.

La muestra fue probabilística.

Para obtener el tamaño de la muestra:

- 1) Se corroboró que las hojas de enfermería se encontraran en los expedientes clínicos de cada paciente que egreso.
- 2) Se solicitó información de manera formal al Área de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos de la institución de salud donde se realizó la investigación. Con la finalidad de conocer el número de egresos de pacientes efectuados en un mes (N= 506).
- 3) Se desarrolló la fórmula para variables cualitativas y población finita:

$$n = \frac{NZc^2 PQ}{d^2 (N - 1) + Zc^2 PQ}$$

- 4) Con un intervalo de confianza del 95%, p=85%, q=15% y 5% de margen de error aceptado.
- 5) El resultado fue una muestra de 141 expedientes clínicos = **423** registros clínicos de enfermería auditables los cuales fueron elaborados por 185 enfermeras.

5.3 Muestreo

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio bietápico porque se realizó sistemático en una primera etapa, se estableció la periodicidad de selección de la unidad de análisis a través de un listado con los números de expedientes; para lo cual se dividió el universo entre la muestra es decir $506/141 = 3.58$

En la segunda etapa se realizó un muestreo a través de una tómbola donde en primer lugar se enumeraron todas las hojas de enfermería contenidas en el expediente clínico, segundo se hicieron papeles uno por cada hoja, tercero se mezclaron en una caja y posteriormente se tomó un papel que correspondió a la hoja de enfermería (de 24 horas) la cual contenía los registros clínicos por turno, o sea, turno matutino, vespertino y nocturno. Por lo tanto 141 expedientes clínicos x 3 notas de enfermería, en total se auditaron 423 registros clínicos.

5.4 Criterios de Selección

5.4.1 Criterios de inclusión

- Los registros clínicos de enfermería de pacientes egresados por mejoría y/o alta voluntaria, que recibieron cuidados en áreas de hospitalización de los servicios de Neurología, Pediatría, Neumología e Infectología.

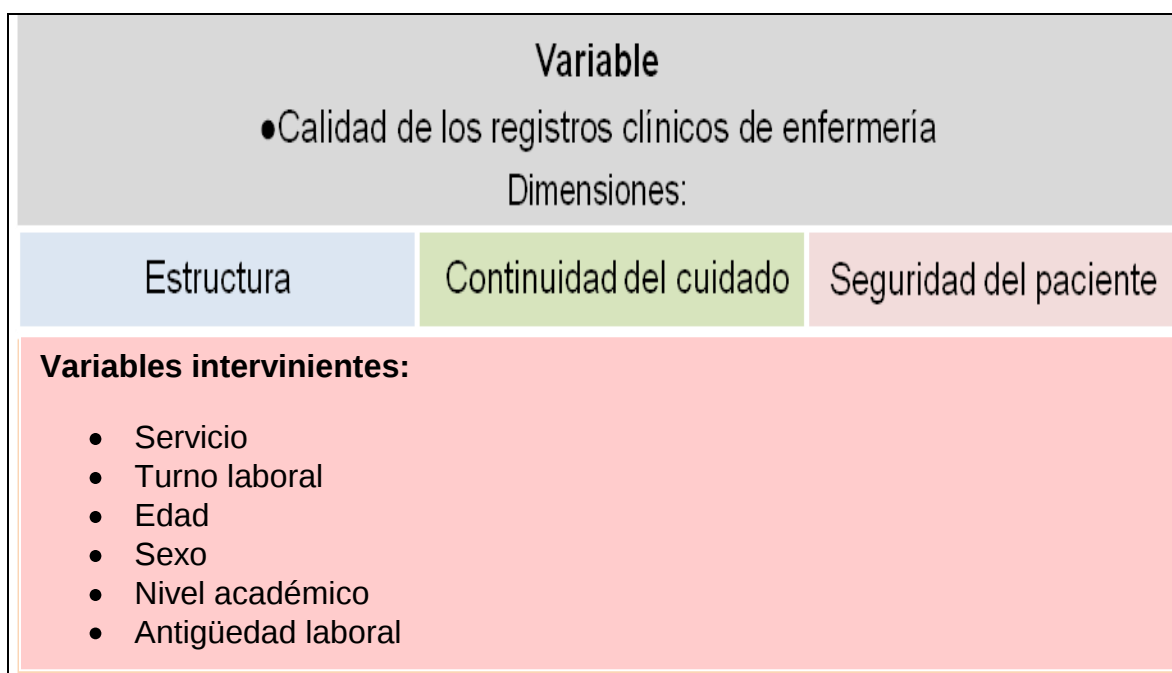
- Los registros clínicos realizados por el personal de enfermería de los turnos matutino, vespertino y nocturno adscrito a los servicios.
- Se evaluaron los registros clínicos de enfermería sin importar el nivel académico: Auxiliar de enfermería, Enfermera General, Pos técnico, Licenciatura, Posgrado.

5.4.2 Criterios de exclusión

- Los registros clínicos de enfermería totalmente ilegibles y aquellos que se encuentren en hojas de enfermería no convencionales de la institución de salud.

5.5 Variables (Figura 1)

Figura 1. Variables de estudio



5.5.1 Operacionalización de variables (Cuadro 1)

Variable: Calidad de los registros clínicos de enfermería

Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Códigos y valores	Nivel de medición
Los registros clínicos de enfermería son la evidencia escrita de los cuidados que se proporcionan al paciente, deben ser efectivos y reflejar con precisión su estado de salud. Son fuente de comunicación y coordinación para mantener la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente entre el equipo multidisciplinario de salud. ⁴²	Es el grado de calidad de los registros clínicos de enfermería evaluados a través del instrumento de auditoría constituido por 35 ítems, el cual se determinará por el índice de eficiencia por caso y global. De acuerdo a la asignación del puntaje puede ir de 0 a 35 puntos.	Estructura Son los aspectos “de forma” del documento, es decir, la utilización de un lenguaje técnico comprensible, sin faltas de ortografía, letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado. ¹⁸ Evaluada por medio del instrumento de auditoría, a través de 12 ítems, para determinar el índice de eficiencia por actividad.	»Anota la fecha de ingreso del paciente al servicio. »Registra la hora de ingreso del paciente al servicio. »Anota la fecha subsecuente del día estancia de hospitalización. »Registra el número progresivo del día estancia hospitalaria. »Utiliza unidad de medición universal e institucionalmente aceptada. »Anota abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas. »Realiza los registros sin faltas de ortografía (máximos dos: acentuación y/o palabras). »Registros con lenguaje técnico: uso de terminología científica. »La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender. »Realiza los registros con letra legible. »Los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras, uso de corrector). »Cuenta con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno.	El que aparece Grado de calidad: Excelente 91- 100% Significativo 85-90% Parcial 75-84% Mínimo 70-74% No calidad por abajo del 70%	Intervalar

Variable: Calidad de los registros clínicos de enfermería

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Códigos y valores	Nivel de medición
Los registros clínicos de enfermería son la evidencia escrita de los cuidados que se proporcionan al paciente, deben ser efectivos y reflejar con precisión su estado de salud. Son fuente de comunicación y coordinación para mantener la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente entre el equipo multidisciplinario de salud.	Es el grado de calidad de los registros clínicos de enfermería evaluados a través del instrumento de auditoría constituido por 35 ítems, el cual se determinará por el índice de eficiencia por caso y global. De acuerdo a la asignación del puntaje puede ir de 0 a 35 puntos.	Continuidad del cuidado Se caracteriza por la falta de interrupción del cuidado necesario y mantenimiento de la relación entre las secuencias sucesivas de la atención proporcionada por el personal de enfermería ⁸ Evaluada por medio del instrumento de auditoría, a través de 11 ítems, para determinar el índice de eficiencia por actividad.	»Gráfica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración) acorde con los códigos institucionales. »Anota datos (objetivos y/o subjetivos) de la valoración focalizada y/o generalizada. »Registra datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, prácticas-preferencias culturales). »Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales. » Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales. »Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados, a otros profesionales de la salud. »Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente. »Anota la hora de las intervenciones de enfermería. » Documenta el plan de alta domiciliaria. »Registra las respuestas del paciente (revaloraciones) a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas. »Anota situaciones pendientes al siguiente turno.	El que aparece Grado de calidad: Excelente 91- 100% Significativo 85-90% Parcial 75-84% Mínimo 70-74% No calidad por abajo del 70%	Intervalar

Variable: Calidad de los registros clínicos de enfermería

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Códigos y valores	Nivel de medición
Los registros clínicos de enfermería son la evidencia escrita de los cuidados que se proporcionan al paciente, deben ser efectivos y reflejar con precisión su estado de salud. Son fuente de comunicación y coordinación para mantener la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente entre el equipo multidisciplinario de salud.	Es el grado de calidad de los registros clínicos de enfermería evaluados a través del instrumento de auditoría constituido por 35 ítems, el cual se determinará por el índice de eficiencia por caso y global. De acuerdo a la asignación del puntaje puede ir de 0 a 35 puntos.	Seguridad del paciente Reducción de riesgos innecesarios derivados de la atención de salud por medio de la información escrita sobre las medidas de seguridad en prevención de caídas, errores en medicación, úlceras por presión, alergias, etc. Evaluada por medio del instrumento de auditoría, a través de 12 ítems, para determinar el índice de eficiencia por actividad.	»Los datos de identificación registrados corresponden al paciente correcto. »Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad). »Valoración de alergias. »Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgos de infección. »Anota la fecha de instalación de medios invasivos. »Anota las características específicas de la herida quirúrgica (para evitar posibles complicaciones) en caso de necesidad. »Registra las características específicas de los drenajes (estado de la piel circundante, cantidad, consistencia, color). » Registra los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía. »Registra las medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caídas del paciente. »Anota las medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión al paciente. »Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y/o familiar para contribuir a la seguridad del paciente. »Anota revaloración del dolor.	El que aparezca Grado de calidad: Excelente 91- 100% Significativo 85-90% Parcial 75-84% Mínimo 70-74% No calidad por abajo del 70%	Intervalar

Variables intervinientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Códigos y valores	Nivel de medición
Servicio	Departamento de atención médica en una institución de salud. ⁴³	Nombre del área de la especialidad médica.	1.Neurología 2.Pediatría 3.Infectología 4.Neumología	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento. ⁴³	Años cumplidos del profesional de enfermería.	La que aparezca	intervalar
Turno	Conjunto de trabajadores que desempeñan su actividad al mismo tiempo según un orden previamente establecido. ⁴³	Horario en que labora el profesional de enfermería.	1.Matutino 2.Vespertino 3.Nocturno	Nominal
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. ⁴³	Conocer el número de profesionales de enfermería masculino y femenino existente.	1.Femenino 2.Masculino	Nominal
Antigüedad laboral	Persona que cuenta con mucho tiempo en un empleo o profesión. ⁴³	Servicio laboral reportado en meses del profesional de enfermería en el servicio.	El que aparezca	Intervalar
Nivel académico	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ^{43, 44}	Formación académica del profesional de enfermería.	1.Auxiliar 2.General 3.Postecnico 4.Licenciatura 5.Especialista a nivel de posgrado 6.Maestría	Ordinal

5.6 Instrumento de medición

5.6.1. Descripción

La conceptualización y la operacionalización de las variables han sido parte sustantiva para la construcción del instrumento (Cédula de auditoría anexo B) el cual está conformado por dos partes, la primera está integrada por datos socio-demográficos del personal de enfermería los cuales se consultaron del rol de cada servicio anotándolos en el apartado del instrumento correspondiente.

- Fecha: Día, mes, año en que se realiza la auditoría de los registros clínicos de enfermería.
- Servicio: Nombre del área de la especialidad médica.
- Edad: Años cumplidos del personal de enfermería.
- Turno: Horario en que labora el profesional de enfermería.
- Sexo: Conocer el número de profesionales de enfermería masculino y femenino existente.
- Antigüedad laboral: Servicio laboral reportado en años del personal de enfermería en el servicio.
- Nivel académico: Formación académica del profesional de enfermería.

También se consideró el número de expediente clínico, el diagnóstico médico, el número de camas en el área de hospitalización y el índice enfermera/paciente por considerarse elementos importantes para el análisis de la información y la discusión.

La segunda parte consta de 35 ítems dicotómicos, donde se evaluó si se encuentra el registro clínico de enfermería o no de acuerdo a las características definidas por el indicador. Se consideró como positivo (sí = 1) si se encuentra el registro de lo contrario como negativo (no = 0). Cabe señalar, que en ocasiones

por las características del paciente, no aplicó algún ítem, entonces se utilizó “NA” no aplica, y se asignó la puntuación de 1.

- 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 Gráfica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración) acorde con los códigos institucionales.
- Ítem 7 Anota 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 clínicos 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, si es el caso.
- 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 al 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.
- 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.

Finalmente el instrumento cuenta con un apartado de observaciones para incluir datos significativos importantes para el análisis de resultados y que no se contemplen en la cédula de auditoría.

5.6.2 Estándares de calidad de la cédula de auditoría

Con los resultados obtenidos a través de la cedula de auditoría se elaboró en una base de datos, donde el eje de las abscisas se registraron las actividades desde el 1 hasta el 35 que corresponden al proceso de los registros clínicos de enfermería, en el eje de las ordenadas los casos evaluado, al final se hizo una sumatoria y se obtuvo el índice de eficiencia global, por caso y por actividad.

El índice de eficiencia global del proceso representa el valor del indicador de los registros clínicos de enfermería y refleja el nivel de calidad con el cual se desarrolló y permite contrastarlo con los estándares establecidos y ubicarlo en el nivel de cumplimiento.

A su vez el índice de eficiencia por caso es un dato útil para identificar al operador del proceso, darle seguimiento e integrarlo a la mejora continua.

Por su parte el índice de eficiencia por actividad permitió detectar cuáles actividades se realizaron con mayor eficiencia y cuáles con menor, lo que hace posible el análisis de las causas y la implementación de las estrategias de mejora.

Cuadro 2. Determinación de los niveles de cumplimiento de calidad

Niveles de Cumplimiento	Descripción
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 los requisitos del proceso.
Nivel de cumplimiento parcial Estándar de calidad 75-84%	El personal de enfermería cumple con algunos requisitos del proceso.
Nivel de cumplimiento mínimo Estándar de calidad 70-74%)	Enfermería cumple con pocos 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. 2009¹¹

Para conocer el grado o el nivel de calidad de los registros clínicos de enfermería se retomaron los niveles establecidos y validados propuestos por la Gerencia Nacional de Calidad de los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia y la Fundación Donabedian, los cuales han sido adaptados al sistema de atención de enfermería de la siguiente forma: ¹¹ (Cuadro 2)

5.6.3 Validez y confiabilidad

La validez del instrumento es el grado en el que un instrumento mide la variable que se busca medir, por lo que el tipo de evidencia de validez está relacionada con el contenido a través del jueceo de expertos para fines de este estudio.

El instrumento de auditoría fue dado a conocer a 7 expertos y se solicitó su apoyo para la validación.

A quienes se les dió a conocer el nombre del proyecto, objetivo y las partes en que estaba constituido el instrumento, es decir, los aspectos socio-demográficos del personal de enfermería y los ítems los cuales evalúan el grado de calidad de los registros clínicos de enfermería y su relación con la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Cuadro 3 Panel de expertos para la validación por contenido del instrumento

Nombre	Cargo	Institución	Sector
Mtra. Raquel Martínez Meza	Directora de Calidad y Directora de Enfermería	Hospital Español	Privado
Mtra. Sara Esther Téllez Ortiz	Secretaría Académica SUA-ENEO. Coordinadora del Comité de Modelos de Atención	Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM Hospital General de México	Público
Mtra. Carolina Ortega Suárez	Jefa del Departamento de Calidad del Cuidado	Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”	Público
Lic. Cristina Balan Gleaves	Coordinadora del Plan Único de Especialización en Enfermería – ENEO Enfermera Especialista	Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM Hospital de especialidades IMSS	Público
Mtra. Teresa Salazar Gómez	Directora editorial de la Revista Universitaria UNAM Enfermera especialista	Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM Hospital Cardiología IMSS	Público
Lic. Eva Guadalupe de Jesús León Allende	Coordinadora de Enfermería	Hospital General “Ignacio Zaragoza” ISSSTE	Público
Mtra. Laura Margarita Castellanos Partida	Coordinadora Académica	Escuela de enfermería IMSS Guadalajara	Público

Los expertos evaluaron cada uno de los ítems del instrumento y se les solicitó que emitieran un comentario final.

Se analizaron las evaluaciones y se determinó realizar algunas modificaciones al instrumento con la finalidad de mejorarlo para la recolección de la información.

Con respecto a la confiabilidad que es el grado en el que la aplicación repetida del instrumento de medición al mismo fenómeno genera resultados similares, se determinó por medio del coeficiente Kuder Richardson.

- 1) Para lo cual, se desarrollo su fórmula:

$$\text{Fórmula: } r = \frac{K \overline{DE^2} - \overline{X} (K - \overline{X})}{\overline{DE^2} (K-1)}$$

- 2) El resultado $r = .89$

5.7 Procedimientos y técnicas

5.7.1 Prueba piloto

Con previa autorización de la Subdirección de Enfermería así como del Departamento de Gestión de Enseñanza e Investigación de Enfermería se realizó en el mes de marzo del 2010 la prueba piloto en una institución de tercer nivel de atención con características similares a la población en estudio.

El tamaño de la muestra fue de 60 notas de enfermería de las cuales 30 correspondieron al servicio de Cirugía Plástica, 15 Endocrinología y 15 Reumatología.

Se utilizó un instrumento con validez por contenido y un coeficiente Kuder Richardson $r=.86$.

El 51.7% del personal de enfermería tuvo una formación académica como enfermera general, el 68.3% presentó una antigüedad laboral de 1 a 13 años.

La calidad global de los registros clínicos de enfermería fue del 54.89% lo que significó un nivel de no cumplimiento de acuerdo al estándar. En relación con la dimensión estructura se evidenció un nivel de cumplimiento parcial con el 76.5%, continuidad del cuidado presentó 52.1% y seguridad del paciente 31.8% ambas con un nivel de no cumplimiento.

Cabe mencionar, que la prueba piloto permitió valorar la constitución del instrumento, la redacción de los enunciados, el tiempo de evaluación por hoja de enfermería y la pertinencia de los ítems para concretar la versión final. Por lo que se determinó eliminar el ítem que evaluaba el registro de eventos adversos del indicador e incluirlo en el apartado de observaciones.

5.7.2 Recolección de datos

Para la recolección de datos el investigador con previa autorización para el acceso al archivo clínico de los servicios de Neurología, Pediatría, Neumología e Infectología obtuvo la información a través de fuentes secundarias, es decir, documental por medio de la auditoría de los registros clínicos de enfermería contenidos en los expedientes clínicos de pacientes egresados.

Respecto a la obtención de los datos sociodemográficos del personal de enfermería se consultó el rol para obtener la información con previa autorización.

5.7.3 Para la medición

La recolección de datos estuvo a cargo del investigador principal previa estandarización del procedimiento de auditoría, se utilizó un instrumento de medición con validez por contenido así como una confiabilidad de .89 determinada a través de la fórmula de Kuder Richardson. Se llevó a cabo en los días y horario de servicio del archivo clínico de cada una de las unidades antes mencionadas.

5.7.4 Análisis de datos

Con los datos obtenidos se organizaron, clasificaron, concentraron y se realizó el plan de análisis estadístico para lo cual se elaboró una base de datos y se apoyó con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 18.0.

Se utilizaron pruebas estadísticas descriptivas para variables cualitativas de frecuencias simples y porcentajes, tendencia central media y mediana, medidas de dispersión rango y la desviación estándar.

En cuanto a los problemas de comparación se utilizaron las pruebas univariadas t de student, Análisis de Varianza (ANOVA) y pruebas *post hoc* Tukey y Bonferroni para determinar cuáles pares de medias marcaban la diferencia, finalmente la prueba de correlación Pearson para muestras independientes.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación no ocasionó daños físicos ni emocionales a ninguna persona, no se manipularon variables, ya que la fuente de información fue secundaria con base a registros y documentos, cabe señalar, que se obtuvo la autorización de las autoridades correspondientes de la Institución de Salud para efectuar el presente estudio.

El Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México²⁰ hace mención a principios éticos que para fines de la presente investigación se tendrá acceso a información de los pacientes a través de los expedientes clínicos, se consideraron relevantes la beneficencia y no maleficencia la cual se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. La confiabilidad se refiere a que el personal de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

El principio de privacidad su fundamento es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Es importante señalar que existió un compromiso por preservar la confidencialidad y privacidad de la información obtenida a través del expediente clínico de los pacientes, así como del anonimato y respeto del personal de enfermería de los cuales se obtuvieron sus datos socio-demográficos para el análisis de la información con respecto a los resultados de la auditoría.

7. RESULTADOS

Dentro de este apartado se presentan los resultados de la información obtenida en la presente investigación, primeramente se caracteriza a la muestra de las 185 enfermeras cuyos registros clínicos (423) fueron sometidos a auditoría para evaluar su calidad. Dichos registros clínicos de enfermería proceden de los servicios de Infectología, Neumología, Pediatría y Neurología de un Establecimiento de la Atención Médica de Tercer Nivel de Atención del D.F.

En este orden de ideas se analizaron las dimensiones que conforman la calidad de los registros clínicos de enfermería, estas son: la estructura la cual se refiere a aspectos “de forma” del documento, es decir la utilización de un lenguaje técnico-científico comprensible, sin faltas de ortografía, letra legible, utilización de abreviaturas y símbolos universales así como no presentar tachaduras ni enmendaduras.

La continuidad del cuidado es su falta de interrupción y su mantenimiento entre las secuencias sucesivas del Proceso Atención de Enfermería por medio del registro; y la seguridad del paciente es la reducción de riesgos innecesarios al paciente derivado de la atención de salud a través de la información escrita sobre las medidas de prevención y seguridad.

Finalmente, se presentan los resultados de las pruebas estadísticas univariadas de comparación y correlación para probar las hipótesis de investigación a través de estadística inferencial.

7.1 Caracterización de la muestra

Dada la importancia de contextualizar la muestra de las enfermeras cuyos registros clínicos son la unidad de análisis del presente estudio, a continuación se presenta su caracterización.

Del total del personal de enfermería el 95% son mujeres y el 5% restante son hombres, con media de edad de 37 años $\pm$ 9, con media de antigüedad laboral de 13 $\pm$ 10. El 63% del personal de enfermería tiene un nivel académico de enfermeras generales, el 17% son licenciadas en enfermería, el 11% son auxiliares de enfermería y el 9% tienen estudios de postécnico. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Caracterización de la muestra del personal de enfermería

Variable	n=423
Sexo	
Femenino	
Masculino	403 (95%) 20 (5 %)
Edad*	37 $\pm$ 9
Antigüedad laboral*	13 $\pm$ 10
Nivel académico	
Auxiliar de enfermería	
Enfermera general	48 (11%)
Postécnico	266 (63%)
Licenciado en enfermería	38 (9 %) 71 (17%)

*Promedio $\pm$ Desviación estándar

7.2 Calidad de los registros clínicos de enfermería a través del Índice de eficiencia global, por caso y por actividad.

Se dan a conocer los resultados de la aplicación de 423 cédulas de auditoría en la evaluación de los registros clínicos de enfermería como indicador de calidad. De los cuales la tercera parte, es decir, el 33.3% se auditó por cada turno laboral: matutino, vespertino y nocturno. Mientras que el 25% correspondió a cada uno de los servicios que participaron en el estudio como Infectología, Neumología,

Pediatría y Neurología de un Establecimiento de Atención Médica de Tercer Nivel de Atención del D.F.

Éstos se presentan, a través del índice de eficiencia global del proceso el cual representa el valor del indicador, refleja el nivel de calidad con el cual se desarrolla y permite contrastarlo con los estándares establecidos y ubicarlo en el nivel de cumplimiento.

A su vez, el índice de eficiencia por caso es un dato útil para identificar al operador del proceso, darle seguimiento e integrarlo a la mejora continua.

Por su parte, el índice de eficiencia por actividad permitió detectar cuáles actividades se realizaron con mayor eficiencia y cuáles con menor, lo que hace posible el análisis de las causas y la implementación de las estrategias de mejora.

Para conocer el grado o el nivel de calidad de los registros clínicos de enfermería se retomaron los niveles establecidos y validados propuestos por la Gerencia Nacional de Calidad de los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia y la Fundación Donabedian, los cuales han sido adaptados al sistema de atención de enfermería de la siguiente forma:¹¹ (Cuadro 5)

En el presente estudio se obtuvo un índice de eficiencia global de la calidad de todos los registros clínicos de enfermería (423) del 72%, de acuerdo a los estándares corresponden a un nivel de cumplimiento mínimo.

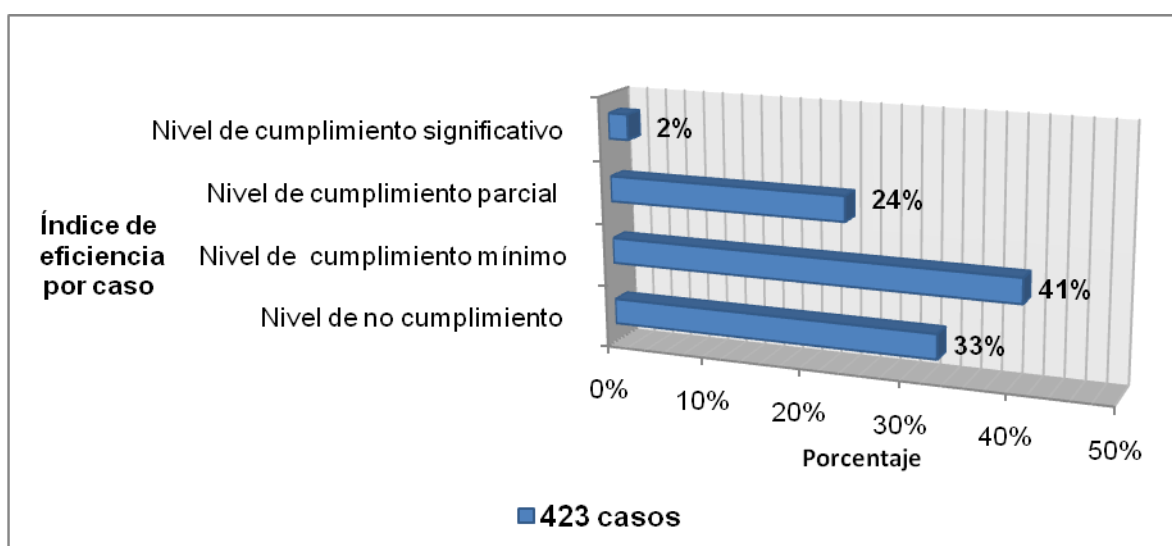
Con respecto al índice de eficiencia por caso, en la auditoría de los registros clínicos de enfermería, el 65% obtuvo un nivel de cumplimiento entre mínimo y parcial, el 33% tuvo un no cumplimiento y sólo el 2% reportó un nivel de cumplimiento significativo como puede observarse en la gráfica 1.

Cuadro 5. Determinación de los niveles de cumplimiento de calidad

Niveles de Cumplimiento	Descripción
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 los requisitos del proceso.
Nivel de cumplimiento parcial Estándar de calidad 75-84%	El personal de enfermería cumple con algunos requisitos del proceso.
Nivel de cumplimiento mínimo Estándar de calidad 70-74%)	Enfermería cumple con pocos 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. 2009¹¹

Gráfica 1. Índice de eficiencia por caso del indicador de calidad de los registros clínicos de enfermería.

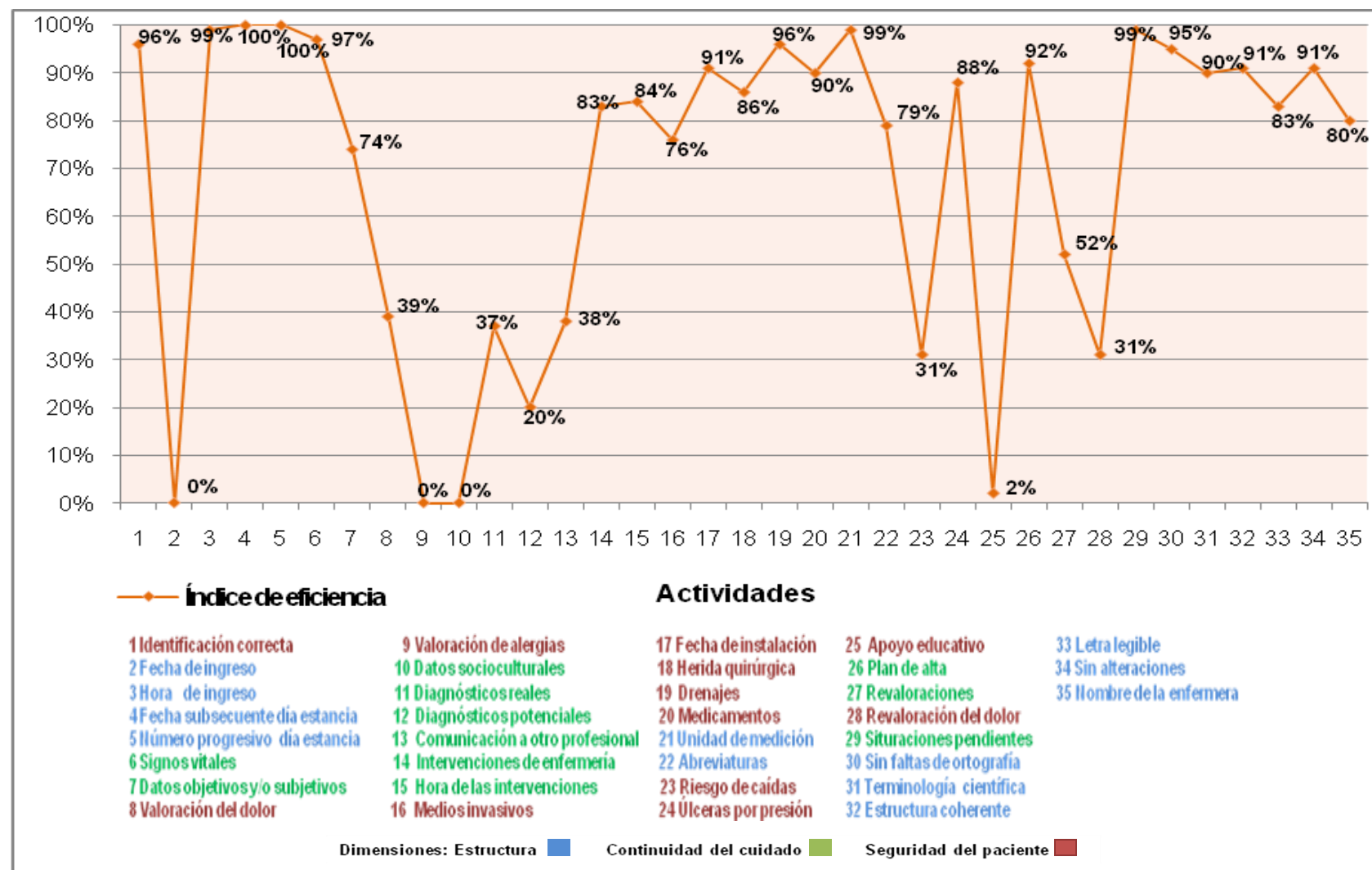


Mientras que el índice de eficiencia por actividad reportó lo siguiente: las actividades que representan un nivel de cumplimiento de excelencia son 1, 3, 4, 5, 6, 17, 19, 21, 26, 29, 30, 32 y 34, seguidas con un nivel de cumplimiento significativo 18, 20, 24 y 31, las que tienen un nivel de cumplimiento parcial son 14, 15, 16, 22, 33 y 35, la que obtuvo un nivel de cumplimiento mínimo es la 7, finalmente con un nivel de no cumplimiento fueron las actividades 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 23, 25, 27 y 28. (Gráfica 2).

7.3 Índice de eficiencia global por dimensión del indicador de calidad de los registros clínicos de enfermería.

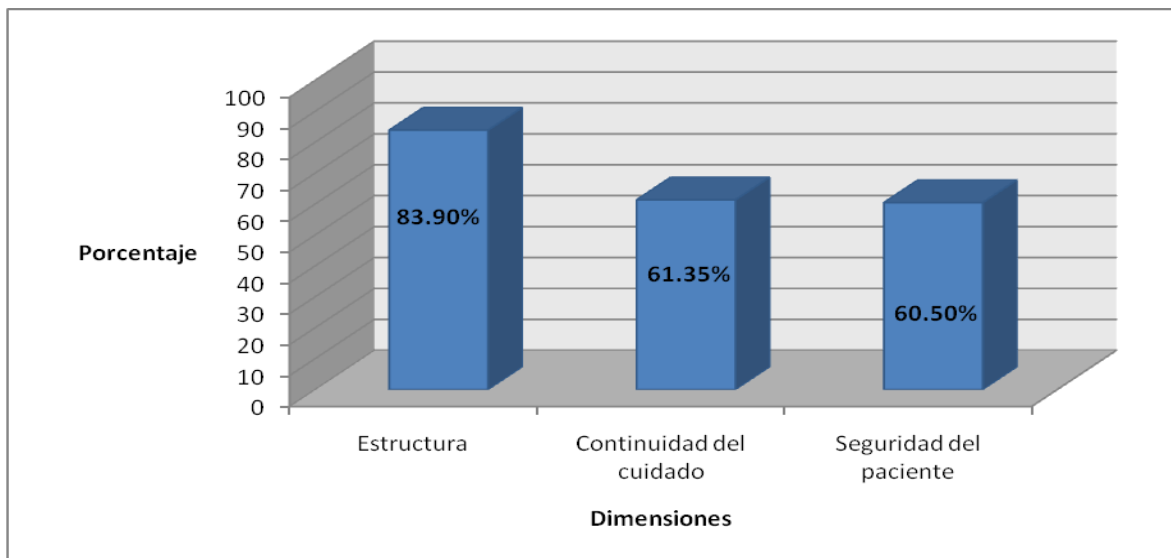
Se obtuvo el índice de eficiencia global por cada una de las dimensiones que integran la calidad de los registros clínicos de enfermería, teniendo por resultado que la dimensión estructura obtuvo un nivel de cumplimiento parcial, de acuerdo con el estándar de calidad fue del 83.90%, mientras que las dimensiones continuidad del cuidado y seguridad del paciente, ambas obtuvieron un nivel de no cumplimiento con el 61.35% y 60.50% respectivamente. (Gráfica 3)

Como se puede observar en la gráfica 4, casi en sus 12 elementos medibles la dimensión estructura tiene un comportamiento de nivel de cumplimiento de excelencia en aspectos de forma del documento. Sin embargo la dimensión continuidad del cuidado con 11 elementos medibles tiene una tendencia hacia un nivel de no cumplimiento mientras que la dimensión seguridad del paciente su tendencia es de un nivel de no cumplimiento a un nivel de cumplimiento parcial y nuevamente a un nivel de no cumplimiento.

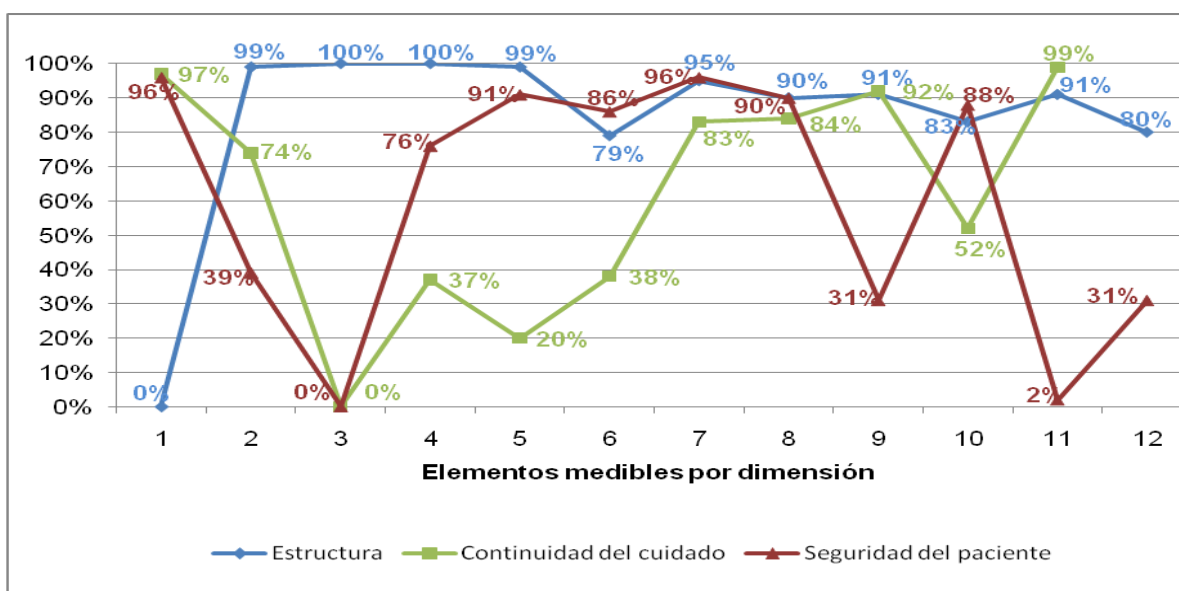


Gráfica 2. Índice de eficiencia por actividad del indicador de calidad de los registros clínicos de enfermería.

Gráfica 3. Índice de eficiencia por dimensión de la calidad de los registros clínicos de enfermería.



Gráfica 4. Comportamiento de las dimensiones de la calidad de los registros clínicos de enfermería.

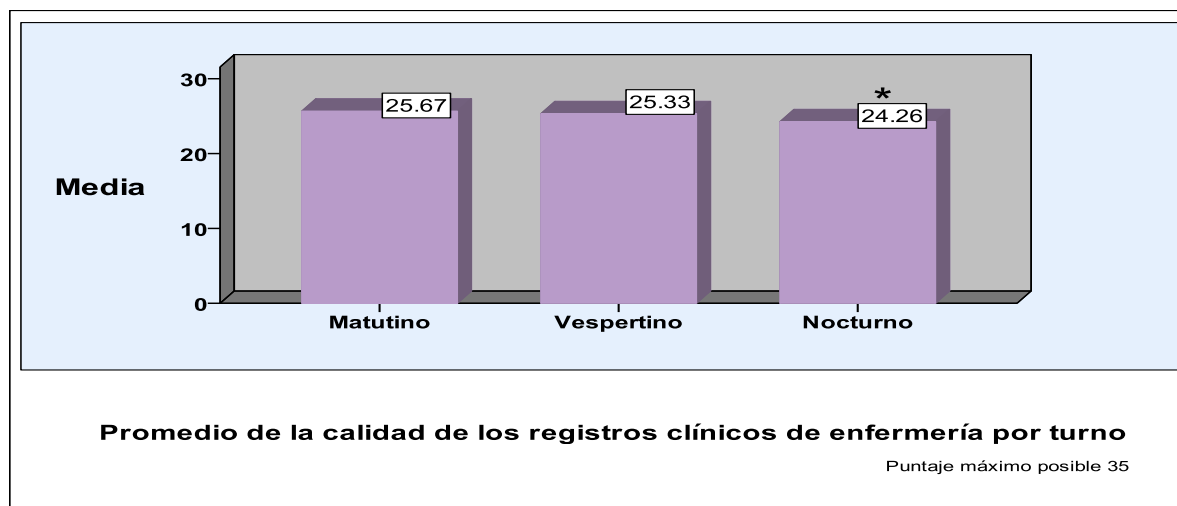


7.4 Pruebas univariadas de comparación para la comprobación de hipótesis

Se realizó el análisis de varianza (ANOVA) para identificar diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de los registros clínicos de enfermería y los turnos laborales matutino, vespertino y nocturno, encontrándose que sí existe diferencia ($F=15.987$, $gl=2$, $p=0.0001$). En la prueba *post hoc* de Tukey se observó que el grupo que da la diferencia es el turno nocturno vs matutino; nocturno vs vespertino $p=0.0001$. Las enfermeras del turno matutino (25.67 ± 2.18) y las del vespertino (25.33 ± 2.19) tienen los promedios más altos de la calidad de los registros clínicos de enfermería que las enfermeras del turno nocturno (24.26 ± 2.20) quienes tuvieron el más bajo. (Gráfica 5)

En lo que se refiere a la calidad de los registros clínicos de enfermería correspondientes a los diferentes servicios que participaron en el estudio, se corrió un ANOVA de una vía, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($F=1.652$, $gl=3$, $p=.177$).

Gráfica 5. Promedio de la calidad de los registros clínicos de enfermería por turno laboral.



ANOVA de una vía con prueba *post hoc* de Tukey se encontró que el grupo nocturno vs matutino; nocturno vs vespertino $*p=0.0001$

Se realizó una ANOVA de una vía para identificar diferencias estadísticamente significativas en la calidad de los registros clínicos y el nivel académico, encontrándose que sí hay diferencias ($F=20.302$, $gl=3$, $p=0.0001$).

La prueba *post hoc* de Bonferroni evidenció que los grupos que dan la diferencia son las auxiliares de enfermería vs los demás niveles académicos $p=0.0001$ y las enfermeras generales vs las enfermeras con postécnico y con licenciatura en enfermería $p<0.05$.

El grupo de auxiliares de enfermería tiene el promedio más bajo (23 ± 2.29) de todos los grupos, seguido por el grupo de las enfermeras generales (25 ± 2.05). Mientras que el grupo de enfermeras con postécnico (26 ± 2.08) y el grupo de Licenciatura en enfermería (26 ± 2.32) tienen el promedio más alto. (Cuadro 6)

Cuadro 6. Promedio de la calidad de los registros clínicos de enfermería por nivel académico.

Variable	Auxiliar de Enfermería (n=48)	Enfermera General (n=266)	Postécnico (n=38)	Licenciatura en Enfermería (n=71)
Calidad de los registros clínicos de enfermería	(23 ± 2.29)*	(25 ± 2.05)†	(26 ± 2.08)	(26 ± 2.32)

Promedio±desviación estándar.

ANOVA con prueba *post hoc* de Bonferroni se encontró que el grupo auxiliar de enfermería vs enfermera general; vs postécnico; vs licenciada en enfermería * $p=0.0001$.

Enfermera general vs postécnico; vs licenciada en enfermería † $p<0.05$.

Al comparar según el sexo del personal de enfermería la calidad de los registros clínicos mediante una t de Student para muestras independientes, no se

encontraron diferencias estadísticamente significativas de la calidad de éstos, entre el grupo de enfermeras de sexo femenino y los de sexo masculino ($t = -.332$, $gl=421$, $p=.740$).

7.4.1 Diferencias entre las dimensiones de la calidad de los registros clínicos de enfermería y el turno laboral.

Se efectuó un análisis de varianza (ANOVA) entre las dimensiones de la calidad de los registros clínicos de enfermería y el turno laboral del personal de enfermería para identificar si existían diferencias estadísticamente significativas.

Como resultado se obtuvo que entre la dimensión estructura y los turnos laborales matutino, vespertino y nocturno no existieron diferencias ($F=1.913$, $gl=2$, $p=.149$).

Con la dimensión continuidad del cuidado y los turnos laborales sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=11.111$, $gl=2$, $p=0.0001$). En la prueba *post hoc* de Tukey se observó que el grupo que establece la diferencia es el turno nocturno vs matutino; vs vespertino $p < 0.05$. El grupo nocturno tiene el promedio más bajo (6.40 ± 1.39), mientras que el turno matutino (7.14 ± 1.21) y el vespertino (6.90 ± 1.44) tienen los promedios más altos.

Con respecto a la dimensión seguridad del paciente y el turno laboral sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=4.054$, $gl=2$, $p=0.018$). El grupo que da la diferencia es el turno matutino vs nocturno $p=0.015$, lo evidenció la prueba *post hoc* de Tukey. El turno matutino tiene el promedio más alto (8.42 ± 1.58), el turno vespertino (8.26 ± 1.43) y el turno nocturno el más bajo (7.93 ± 1.39). (Cuadro 7)

Cuadro 7. Promedio de la calidad de los registros clínicos de enfermería entre las dimensiones por turno laboral.

Variable		Matutino (n=141)	Vespertino (n=141)	Nocturno (n=141)
Estructura		10±.986	10±1.08	10±1.10
Continuidad cuidado	del	7.14±1.21	6.90±1.44	6.40±1.39*
Seguridad paciente	del	8.42±1.58†	8.26±1.43	7.93±1.39

Promedio±desviación estándar. ANOVA de una vía con prueba *post hoc* de Tuckey se encontró que el grupo Nocturno vs Matutino; vs Vespertino *p=< 0.05. Matutino vs Nocturno †p=0.015

7.4.2 Diferencias entre las dimensiones de la calidad de los registros clínicos de enfermería y el nivel académico.

En lo que se refiere a las dimensiones de la calidad de los registros clínicos de enfermería y los diferentes niveles académicos, se corrió un ANOVA de una vía encontrándose lo siguiente:

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la dimensión estructura y los diferentes niveles académicos del personal de enfermería (F=13.345, gl 3, p=0.0001). La prueba *post hoc* de Bonferroni mostró que el grupo que establece la diferencia son las auxiliares de enfermería vs enfermera general; vs postécnico; vs licenciatura en enfermería p=0.0001. El grupo postécnico (10.50±.76), tiene el promedio más alto seguido del grupo de licenciatura en enfermería (10.38±.86), enfermera general (10.06±1.00), por el contrario el grupo auxiliar de enfermería tiene el promedio más bajo (9.31±1.41).

En lo relativo a la dimensión continuidad del cuidado y los diferentes niveles académicos sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas (F=15.00, gl 3, p=0.0001).

La prueba *post hoc* de Bonferroni mostró que los grupos que dan la diferencia son auxiliar de enfermería vs enfermera general; vs postécnico; vs licenciatura en enfermería $p=0.0001$ y enfermeras generales vs postécnico; vs licenciatura en enfermería $p=0.001$. El grupo postécnico tiene el promedio más alto (7.55 ± 1.28), seguido del grupo de licenciatura en enfermería (7.38 ± 1.21), enfermera general (6.70 ± 1.31), el grupo de auxiliar de enfermería tiene el promedio más bajo (6.00 ± 1.53).

Con respecto a la dimensión seguridad del paciente y los diferentes niveles académicos de enfermería no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. ($F=.715$, gl 3, $p=.544$). (Cuadro 8)

Cuadro 8. Promedio de la calidad de los registros clínicos de enfermería entre las dimensiones por nivel académico.

Variable	Auxiliar de Enfermería (n=48)	Enfermera General (n=266)	Postécnico (n=38)	Licenciatura en Enfermería (n=71)
Estructura	9.31 $\pm$ 1.41*	10.06 $\pm$ 1.00	10.50 $\pm$.76	10.38 $\pm$.86
Continuidad del cuidado	6.00 $\pm$ 1.53†	6.70 $\pm$ 1.31‡	7.55 $\pm$ 1.28	7.38 $\pm$ 1.21
Seguridad del paciente	7.92 $\pm$ 1.41	8.25 $\pm$ 1.47	8.26 $\pm$ 1.55	8.18 $\pm$ 1.53

Promedio $\pm$ desviación estándar.

ANOVA de una vía con prueba *post hoc* de Bonferroni se encontró que el grupo auxiliar de enfermería vs enfermera general; vs postécnico; vs licenciatura en enfermería $*p=0.0001$.

Auxiliar de enfermería vs enfermera general; vs postécnico; vs licenciatura en enfermería $\dagger p<0.05$.

Enfermera General vs postécnico; vs licenciatura en enfermería $\ddagger p=0.001$

7.4.3 Diferencias entre las dimensiones de la calidad de los registros clínicos de enfermería y el servicio.

Como se observa en el cuadro 9 entre la dimensión estructura de la calidad de los registros clínicos de enfermería y los servicios que participaron en el estudio, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=5.847$, gl 3, $p=0.0001$).

La prueba *post hoc* de Bonferroni evidenció que el grupo que da la diferencia es el servicio de neurología vs infectología; vs neumología $p<0.05$. Donde neurología ($10.40\pm.74$) tiene el promedio más alto, pediatría (10.08 ± 1.04), neumología (9.97 ± 1.07) e Infectología obtuvo el promedio más bajo (9.82 ± 1.24).

En la prueba ANOVA se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión continuidad del cuidado de la calidad de los registros clínicos y los diferentes servicios ($F=40.166$, gl 3, $p=0.0001$). La prueba *post hoc* de Bonferroni mostró que el grupo que da la diferencia es el servicio de pediatría vs infectología; vs neumología; vs neurología $p=0.0001$. Pediatría con el promedio más alto (7.66 ± 1.26), neumología (7.19 ± 1.28), neurología (6.38 ± 1.10) mientras que Infectología reportó el promedio más bajo (6.00 ± 1.23).

Con respecto a la dimensión seguridad del paciente de la calidad de los registros clínicos de enfermería y los servicios, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=24.74$, gl 3, $p=0.0001$). La prueba *post hoc* de Bonferroni reportó que el grupo que da la diferencia es Infectología vs neumología, pediatría, neurología $p=0.0001$. El grupo de Infectología tuvo el promedio más alto (9.15 ± 1.15), neurología (8.19 ± 1.24), pediatría (7.76 ± 1.65) mientras que neumología con el más bajo (7.72 ± 1.39). (Cuadro 9)

Cuadro 9. Promedio de calidad de los registros clínicos de enfermería entre las dimensiones por servicio.

Variable	Infectología (n=105)	Neumología (n=105)	Pediatría (n=108)	Neurología (n=105)
Estructura	9.82±1.24	9.97±1.07	10.08±1.04	10.07±1.06*
Continuidad del cuidado	6.00±1.23	7.19±1.28	7.66±1.26†	6.38±1.10
Seguridad del paciente	9.15±1.15‡	7.72±1.39	7.76±1.65	8.19±1.24

Promedio±desviación estándar.

ANOVA de una vía con prueba *post hoc* de Bonferroni se encontró que el grupo neurología vs infectología; vs neumología *p<0.05

Pediatría vs infectología; vs neumología; vs neurología †p=0.0001

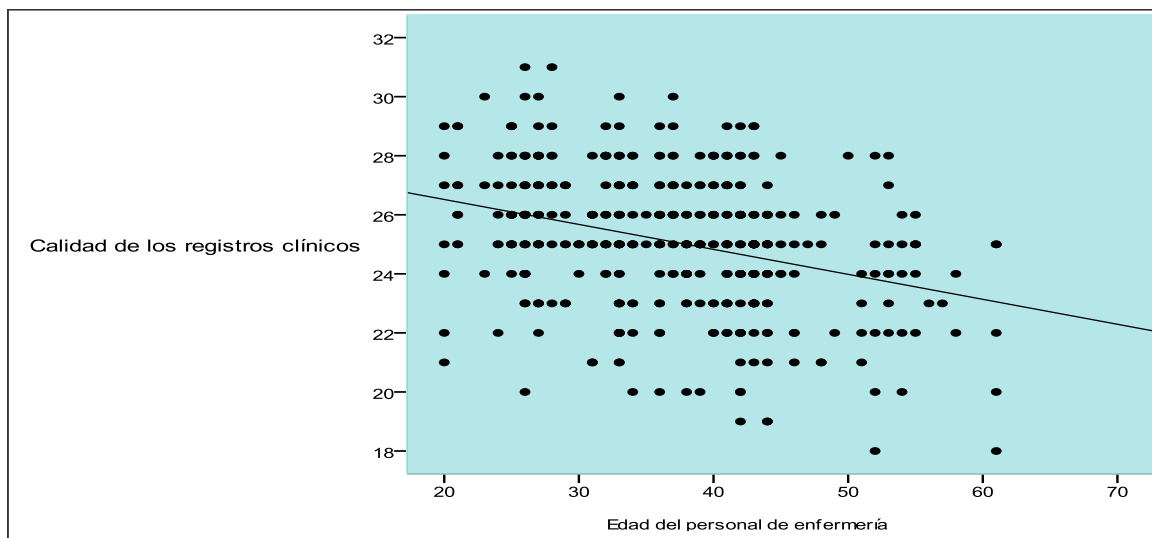
Infectología vs neumología, pediatría, neurología ‡p=0.0001

7.5 Prueba univariada de correlación para la comprobación de hipótesis.

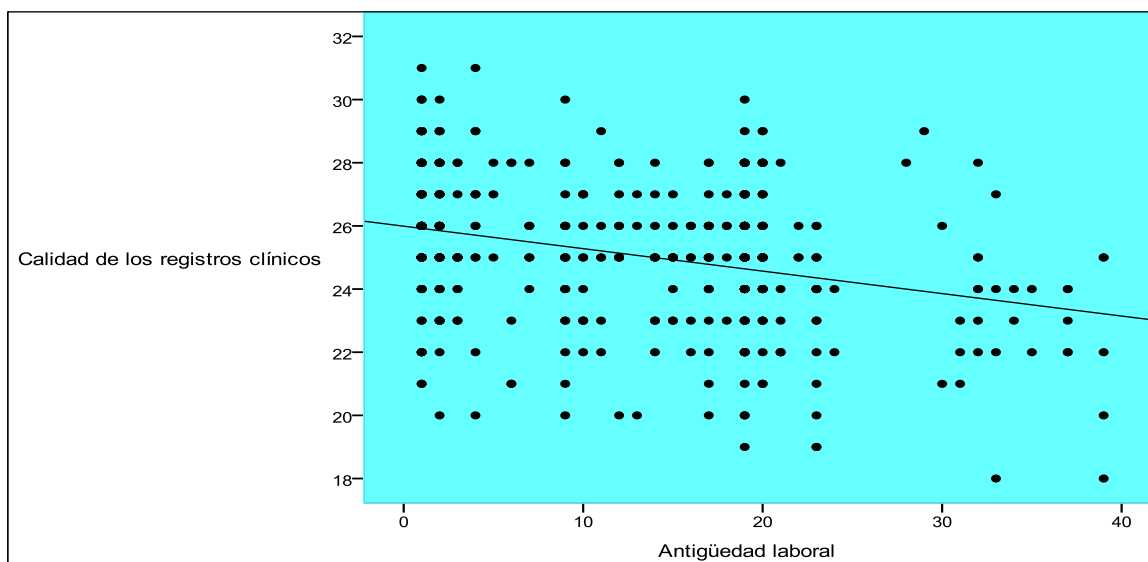
Por otra parte, se corrió la prueba de correlación Pearson para identificar si existía relación entre la calidad de los registros clínicos de enfermería y la edad del personal, encontrándose una asociación lineal estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional ($r = -0.329$, $p = 0.0001$), es decir, que a menor edad del personal de enfermería mayor calidad en los registros clínicos como puede observarse en la gráfica 6.

También se encontró relación entre la calidad de los registros clínicos de enfermería y la antigüedad laboral del personal, se evidenció una asociación lineal estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional ($r = -0.307$, $p = 0.0001$), es decir, que a menor antigüedad laboral mayor calidad en los registros clínicos de enfermería. (Gráfica 7)

Gráfica 6. Relación entre la calidad de los registros clínicos y la edad del personal de enfermería.



Gráfica 7. Relación entre la calidad de los registros clínicos y la antigüedad laboral del personal de enfermería.



8. DISCUSIÓN

La administración de la atención de enfermería siempre ha dependido de la calidad de la información de que dispone la enfermera, y siempre se ha reconocido a ésta como el profesional clave para la obtención, generación y el uso de la información de los pacientes. El desarrollo de registros clínicos de enfermería se centra en su uso como vehículos para el almacenamiento e intercambio de información; los beneficios esperados de un registro consistente y dirigido a la comunicación acerca de la atención del paciente son claros e incluyen, por ejemplo, la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente.⁴²

Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva a repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisan llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos.⁶

Por ello, la presente investigación tuvo como propósito evaluar la calidad de los registros clínicos de enfermería a través de tres dimensiones: la estructura, la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Se consideró como una aportación explorar los tres elementos en una visión contemporánea para la calidad del cuidado y de la documentación del profesional de enfermería; como lo reitera la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations el objetivo principal de los sistemas de documentación y de registro es facilitar el flujo de información que apoya a la calidad, la continuidad, y la seguridad de la atención.^{4, 5}

Para tal fin se construyó un indicador para medir el proceso y detectar su tendencia y/o desviación de la calidad. Desde un punto de vista de la gestión del cuidado, la calidad no puede separarse de la eficiencia puesto que ésta es el grado en que un sistema alcanza los objetivos propuestos con los recursos disponibles.

Por lo tanto se utilizó como instrumento una cédula de auditoría diseñada, construida y validada ex profeso a fin de conocer desde una perspectiva real cómo se efectuaban los registros clínicos de enfermería y determinar cuáles eran las actividades que se llevaban a cabo con mayor eficiencia y cuáles se omitieron o dan cabida a errores.

A continuación se analizan los resultados presentados en el capítulo 7 más sobresalientes a la luz de la teoría y los antecedentes que han sustentado y orientado este estudio, con relación a los objetivos planteados y las aportaciones de éste en las tres dimensiones evaluadas.

DIMENSIÓN ESTRUCTURA

Se refirió a aspectos “de forma” del documento, es decir, la medida en que los registros clínicos de enfermería se expresaron con un lenguaje técnico comprensible para todos los miembros del equipo de salud, sin faltas de ortografía, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.^{18, 17} Cabe mencionar que la Norma Oficial Mexicana Del Expediente (NOM-168-SSA1-1998) señala que las notas deben expresarse sin abreviaturas, sin embargo, en el presente estudio se evaluó su presencia acorde a la normativa institucional.

La dimensión estructura obtuvo un índice de eficiencia global de 83.90%, lo cual de acuerdo al estándar de calidad correspondió a un nivel de cumplimiento parcial, es decir, el personal de enfermería cumplió con algunos requisitos del proceso.

Lo anterior está relacionado, por una parte, con el formato utilizado para los registros de enfermería, el cual no solicitaba en la ficha de identificación la fecha de ingreso del paciente por lo que el personal de enfermería omitió el registro y obtuvo un índice de eficiencia por actividad del 0%, lo que es contradictorio con lo encontrado en un estudio realizado por Fernández y cols.⁴⁵ en el que reportaron que la hoja de valoración del paciente al ingreso, recabó esta información en un 62%, posteriormente se efectuó una reestructuración en la hoja y se logró obtener el 87%. Una vez más se confirma la importancia de la estructura del formato de registros clínicos de enfermería, el cual debe estar basado en la Norma Oficial Mexicana 168 y en los elementos medibles del expediente clínico que el Consejo de Salubridad General⁴⁶ evalúa en un proceso de certificación de hospitales.

Asimismo, se detectó el uso indiscriminado de abreviaturas por el personal de enfermería del turno matutino, vespertino y nocturno, ocasionando confundir al lector en su significado, por ejemplo, AVC (Accidente Vascular Cerebral o Acceso Venoso Central) y SV (Sonda Vesical o Signos Vitales), estos hallazgos concuerdan con un estudio realizado en Brasil³³ y por Del Olmo *et al*³² quienes enfatizan que la utilización de abreviaturas no universales puede interferir en la interpretación de la documentación por profesionales externos; la incorrecta utilización de la terminología puede limitar el uso del registro como sistema de comunicación y deteriorar su calidad, como fue el caso de los resultados presentados en el estudio.

Respecto a la legibilidad de la letra se obtuvo un índice de eficiencia por actividad del 83%, es decir, un nivel de cumplimiento parcial. Se observó registros ilegibles afectando la comunicación y la seguridad del paciente por falta de comprensión en la nota de enfermería. Ante tal premisa Arora *et al*⁴⁷ y Bomba *et al*³⁵ coinciden que la ilegibilidad en la letra es un obstáculo para efectuar correctamente los procesos al interior de la organización transfiriendo información incorrecta y con ello potencializar daños innecesarios al paciente.

También Fajardo *et al*²⁸ coinciden que un factor que influye para una incorrecta administración de medicamentos es el nombre parecido de los mismos, asociado con la ilegibilidad de la letra, por lo que el personal de enfermería reiteró en un 77% que la ilegibilidad es un factor condicionante para provocar eventos adversos en el paciente.

En el caso de la firma o nombre del personal de enfermería se obtuvo un índice de eficiencia por actividad del 80% de acuerdo al estándar de calidad corresponde a un nivel de cumplimiento parcial, se observó ilegibilidad lo que dificultó la identificación del proveedor del cuidado; cabe señalar que en otras auditorías fue inexistente, estos datos son similares con los reportados por Vargas y Ruiz³⁴, quienes identificaron omisiones en el nombre y cargo del personal de enfermería, coinciden que la presencia del nombre y los dos apellidos indican responsabilidad personal y profesional.

Por otra parte, los registros clínicos de enfermería obtuvieron índices de eficiencia por actividad del 91% al 100%, es decir, un nivel de cumplimiento de excelencia, en ítems como hora de ingreso del paciente, sin faltas de ortografía, uso de terminología científica; así como ausencia de alteraciones, tachaduras o enmendaduras en las hojas de enfermería; estos hallazgos son contradictorios con el estudio de Misue *et al*³³ quienes reportaron que el 73% del personal de

enfermería omitió el registro de la hora, identificaron términos comunes y tachaduras, la forma de corrección que prevaleció fue la redacción sobrepuesta.

En general, la dimensión estructura mostró un comportamiento hacia un nivel de cumplimiento de excelencia, sin embargo, existieron elementos medibles por debajo de este estándar los cuales contribuyen a ocasionar daños innecesarios al paciente así como demeritan la comunicación con el equipo multidisciplinario, antes señalados. En conjunto la estructura conforma una parte importante y sustancial de la calidad de los registros clínicos de enfermería, de acuerdo con Potter¹⁵ y Kozier¹⁷ deben ser reales, exactos, completos, actuales y organizados, ya que la documentación es una de las mejores defensas frente demandas legales asociadas con el cuidado de enfermería.

Dimensión estructura y las variables intervinientes

Como se señalo anteriormente, existió diferencia estadísticamente significativa entre esta dimensión y los diferentes niveles académicos del personal de enfermería, se evidenció que el grupo de auxiliares de enfermería fueron los que obtuvieron la media más baja (9 ± 1.41) de un puntaje máximo de 12, es decir, son quienes presentaron menor calidad de los registros clínicos en esta dimensión. Lo anterior está relacionado con la formación no profesional que tiene el auxiliar de enfermería y la falta de actualización.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la estructura y el servicio de neurología con la media más alta (10 ± 1.06), este resultado coincide con la participación del personal de enfermería auxiliar el cual fue de menor proporción en este servicio que en los demás.

DIMENSIÓN CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Es el grado en que los cuidados de enfermería proporcionados al paciente están coordinados eficazmente entre diferentes profesionales de la salud con relación al tiempo, por lo que la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization señala que su objetivo es definir, dar forma y ordenar las actividades y procesos para potenciar al máximo la coordinación dentro de la continuidad asistencial y el bienestar del paciente.⁴⁸

Por ello, las variables que intervienen son la comunicación de la información a través de los registros clínicos y la responsabilidad del profesional de enfermería en el cuidado.

Cabe indicar que también ha establecido los criterios para evaluar el registro del paciente, por lo que exige la documentación en el contexto del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), la educación dirigida al paciente y/o familiar y la planificación del alta.¹⁵ Carpenito¹⁶ por su parte señala que las características de los registros de enfermería deben reflejar con precisión el estado del paciente y los sucesos que éste ha manifestado conforme al PAE.

Ante tales premisas, la continuidad del cuidado en el presente estudio tuvo un índice de eficiencia global del 61.35%, es decir, un nivel de no cumplimiento de acuerdo con el estándar de calidad, el personal de enfermería no cumple con la mayoría de los requisitos del proceso.

Un elemento medible que constituyó esta dimensión fue la valoración de datos socio-culturales del paciente la cual obtuvo un índice de eficiencia de 0%, es decir, un nivel de no cumplimiento lo que coincide con lo encontrado por Méndez *et al*,⁴¹ quienes reportaron que el 99.8% del personal de enfermería no valora la

importancia del dialecto, la atención espiritual y psico-emocional del paciente al realizar sus registros. Tal situación expone a posibles limitaciones en la atención, se debe prestar atención a la normalización de este proceso para una atención centrada en el paciente.

Respecto a la documentación del PAE, el índice de eficiencia por actividad con mayor peso porcentual fue el registro de las intervenciones de enfermería, mientras que los diagnósticos de enfermería y la revaloración del cuidado obtuvieron un nivel de no cumplimiento, por otra parte la valoración (anotación de datos objetivos y/o subjetivos) tuvo un nivel de cumplimiento mínimo.

Estos hallazgos concuerdan con los reportados por Chaparro y García³⁸ donde evidenciaron que la valoración de enfermería se registró en un 6.5%, la formulación de diagnósticos de enfermería y la evaluación como etapas intermedia y final no mostraron ningún peso porcentual y las intervenciones de enfermería un 70%. Se puede resaltar por lo tanto que se pierde la secuencia de las fases del PAE por lo que la información que proporcionan estos registros no son suficientes para dar continuidad del cuidado.

Llama la atención en el presente estudio, que el personal de enfermería registró solamente un diagnóstico de enfermería real o potencial, fue poco frecuente que se encontraran documentados los dos, cabe señalar, que los diagnósticos de enfermería fueron estructurados con el formato PES (Patología, Etiología, Signos y Síntomas) o con la taxonomía NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association), también se observó que éstos no reflejaban el estado de salud actual del paciente. Estos resultados son similares con lo planteado por Pokorski y cols.²⁹ quienes muestran que el diagnóstico de enfermería se registró en un 0% y con un estudio realizado en Noruega⁴⁸

donde se evidenció que el 45% de los diagnósticos carecían de información sobre el progreso del paciente.

En este sentido Ehrenberg y Ehnfors⁴⁰ concluyen que existen serias limitaciones en el uso de los registros clínicos de enfermería como fuente de datos para la entrega en el cambio de turno y para la revisión de éstos por otros profesionales paramédicos y médicos.

Como reitera Alfaro⁴⁹ el Proceso Atención de Enfermería debe convertirse en la fuerza impulsora de unos cuidados de calidad evidenciados a través del registro y que cumplan su objetivo como medio de comunicación con otros profesionales de la salud.

Por otra parte, el registro del plan de alta tuvo un índice de eficiencia por actividad del 90% que de acuerdo al estándar de calidad corresponde a un nivel de cumplimiento significativo, cabe señalar, que éste se encuentra documentado en otro formato independiente al de la hoja de enfermería. En algunas auditorías no se localizó al interior del expediente clínico por lo que el ítem tuvo una calificación de 0 al no encontrar evidencia de su existencia.

Dimensión continuidad del cuidado y variables intervinientes

Es interesante señalar que se evidenció diferencias estadísticamente significativas entre la dimensión continuidad del cuidado y el turno nocturno donde se presentó menor calidad en los registros clínicos de enfermería.

Lo cual, tiene relación con el déficit de personal de enfermería que normalmente se encuentra en el turno nocturno lo que origina sobrecarga de trabajo, ya que el índice enfermera paciente es de 12 pacientes por una

enfermera, a diferencia del turno matutino 6:1, vespertino 8:1, y con excepción de la Unidad de Pediatría que en promedio es de 5:1. Por lo que existe apatía para efectuar el registro dedicando menos tiempo a su realización, lo que coincide con lo referido por Korst *et al*³⁹ quienes reportan que el porcentaje de tiempo dedicado a la documentación se asoció con turnos de día y la noche 19.2% vs 12.4%, respectivamente en registros sistematizados.

También existieron diferencias estadísticamente significativas con el nivel académico donde el personal de enfermería auxiliar obtuvo la media más baja (6 ± 1.53), presentando menor calidad en los registros clínicos en esta dimensión.

Lo anterior, podría estar relacionado con la carencia de habilidades cognitivas sobre el análisis, la aplicación de las normas, la discriminación, la búsqueda de información, razonamiento lógico, la predicción y la transformación del conocimiento⁵⁰ en la práctica profesional del personal de enfermería limitada por una formación no profesional y escasa capacitación.

La evidencia mostró resultados estadísticamente significativos entre la dimensión continuidad del cuidado y el servicio de pediatría donde existió una mayor calidad de los registros clínicos de enfermería.

Lo antes mencionado es relevante por el tipo de población que recibe los cuidados de enfermería; los niños son vulnerables a los factores de riesgo y daños innecesarios durante la estancia hospitalaria, ante tal premisa el índice enfermera paciente es de 4-5 pacientes por enfermera en dicho servicio.

DIMENSIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) ⁵¹ la conceptualiza como un conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica. Un proceso que reduce los riesgos innecesarios para el paciente es el mantenimiento de los registros clínicos de enfermería en pro de una comunicación y coordinación entre profesionales sobre las medidas de seguridad para el paciente.

Cabe señalar que la presente dimensión de la calidad de los registros clínicos de enfermería incorpora las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, conforme al Consejo de Salubridad General según los Estándares Internacionales para la Acreditación de Joint Commission International.²⁵

La evidencia mostró que la dimensión seguridad del paciente tuvo un índice de eficiencia global del 60.50%, es decir, un nivel de no cumplimiento de acuerdo con el estándar de calidad, el personal de enfermería no cumple con la mayoría de los requisitos del proceso.

Explorando el fenómeno se encontró una seria problemática que expone al paciente a cuasi errores o eventos adversos durante su estancia hospitalaria. A continuación se analiza ésta:

El registro de enfermería con respecto a alergias mostró un índice de eficiencia de 0%, es decir, un nivel de no cumplimiento, sin embargo, en la historia clínica elaborada por el médico, se identificó la valoración de alergia y a qué era alérgico el paciente, predominando la alergia a antibióticos como la penicilina, estos hallazgos son contradictorios con lo reportado por Delgado *et al*²⁷ en su estudio donde analizaron un total de 610 historias clínicas se evidenció que los

médicos de Base registraron alergias en un 45.9% a diferencia del personal de enfermería con el 87.21%, coincidiendo solamente en que el antibiótico más frecuente al que refiere alergia a los paciente fue la penicilina en un 64.69%.

Lo anterior, está relacionado con la falta de una cultura organizacional que ponga en el centro de interés al paciente, en donde la implementación de las medidas de seguridad como la valoración de alergias proporcione un cuidado seguro.

Otro aspecto trascendente y de vital importancia fue el hallazgo del uso frecuente de abreviaturas en el registro de los medicamentos por el personal de enfermería, por ejemplo, DFH (Difenilhidantoína), KCL (Cloruro de Potasio), TMP/SMX (Trimetoprim con Sulfametoxazol), también el uso de la “U” para indicar “unidades”, así como el uso de la “d”, estos resultados pueden potencializar errores de medicación y traer como consecuencias graves daños al paciente incluso la muerte.

Lo anterior, concuerda con lo planteado por Otero⁵² quien señala que el registro de la fórmula química del medicamento puede dar lugar a confusiones, por ejemplo, ClNa (cloruro sódico) y ClK (cloruro potásico), también que la utilización de la abreviatura “U” no se debe utilizar para indicar “unidades” ya que la confusión es con los números “0” ó “4”, este fue el caso de un paciente que falleció tras recibir 200 unidades de insulina por un error, como consecuencia de una incorrecta interpretación de la prescripción “20 U”, mientras que el uso de la letra “d” se ha ocasionado a errores de medicación, ya que se puede interpretar como “dosis” o como “día”.

Sin embargo, el uso de abreviaturas en la medicación es frecuente en el medio hospitalario como lo reportan Inocenti *et al*²⁶ en su estudio multicéntrico

donde se evidenció la utilización de abreviaturas en más del 80% de los registros en tres hospitales vs el 30% en un hospital. Posiblemente esta situación sea porque el personal de enfermería pretenda simplificar y agilizar el proceso del registro sin detenerse a reflexionar de las serias consecuencias de ello.

Por otra parte, el índice de eficiencia por actividad del registro de las medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caídas al paciente mostró un 31%, es decir, un nivel de no cumplimiento, el personal de enfermería no cumple con los requisitos del proceso, se observó que se utiliza la escala de J.H Downton para valorar el riesgo de caídas al ingreso del paciente, sin embargo, no existen revaloraciones durante su estancia hospitalaria.

Asimismo, se identificaron las pocas medidas de seguridad aplicadas al paciente en riesgo de caídas, las más comunes fueron “sujeción gentil”, “uso de barandales”, “vigilancia por el familiar”, estos datos coinciden con lo reportado por Domingo *et al*³⁶ quienes las ubicaron como cuidados referidos a la seguridad.

Es de suma importancia el documentar todas las precauciones adoptadas frente al riesgo de caídas, así como el apoyo educativo ofrecido al paciente en este sentido; por ejemplo, enseñarle a que solicite ayuda antes de intentar levantarse de la cama, entre otros para brindar cuidados seguros y disminuir el suceso.

Lo antes mencionando es relevante por la seguridad del paciente y por las implicaciones legales que tiene para la práctica de enfermería, como lo señala Austin⁵³, las caídas de los pacientes son el origen de muchas demandas ante el jurídico contra los profesionales sanitarios. Por lo que es necesario que el profesional de enfermería conozca cuáles son los pacientes que presentan un riesgo especialmente elevado de caídas, la normativa y los procedimientos del

hospital en el que ejerce, respecto a la forma de proceder en estos casos y en otros problemas relacionados con la seguridad de los pacientes.

Respecto al registro de la valoración y revaloración del dolor se tuvieron índices de eficiencia por actividad del 39% y 31% respectivamente, de acuerdo al estándar de calidad corresponden a un nivel de no cumplimiento, se observó, que no existen herramientas como las escalas, por ejemplo, Escala Visual Analógica (EVA) que faciliten la evaluación del dolor.

Estos resultados son similares a los obtenidos en el estudio de Montes *et al*³⁰ quienes reportan en su estudio que en una muestra estratificada de 264 profesionales de la salud solamente el 29.6% realizaron registros del dolor y en un 71.6% fue verbal, es importante, destacar que el 81.3% pregunta al paciente si presenta dolor, pero solamente un 45.8% utiliza la Escala Visual Analógica.

Lo anterior podría estar relacionado, por una parte, con la falta de capacitación del personal de enfermería para la valoración y revalorar el dolor con la utilización de escalas y por no darle la importancia que tiene. Si no se alivia el paciente disminuye su movilidad dando lugar a complicaciones como la trombosis venosa profunda, embolia pulmonar y neumonía; también se encuentra implícita la satisfacción del paciente y el prestigio de la institución de salud. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations sostiene que el adecuado manejo del dolor se basa en: educación para los pacientes y el personal sanitario; evaluación sistemática del dolor; aplicación de protocolos; seguimiento del proceso y sus resultados.⁵⁴

Por otra parte, llama la atención el índice de eficiencia sobre la documentación del apoyo educativo proporcionado al paciente y/o familiar sobre las medidas de seguridad durante su estancia hospitalaria. Está fue

del 2%, es decir, un nivel de no cumplimiento, el personal de enfermería no cumple con los requisitos del proceso.

Posiblemente el personal de enfermería no considera importante documentar las intervenciones educativas que proporciona, existe una alta probabilidad de que día a día proporcione enseñanza incidental al paciente y/o familiar durante los diferentes procedimientos. La intervención educativa es un proceso continuo que se desarrolla desde el primer momento en que el paciente llega a la sala de hospitalización y que se mantiene vivo siempre que se brinda cuidados al paciente hasta el momento de su egreso.

Sin embargo, al no documentarse, se pierde la continuidad y seguimiento para la seguridad del paciente, así como la evidencia ante una auditoría interna y/o externa como el Consejo de Salubridad General para la Certificación.

En general, la dimensión seguridad del paciente tuvo un comportamiento de no cumplimiento de acuerdo al estándar de calidad. Existieron excepciones, por ejemplo, en el registro correcto de la identificación del paciente con un nivel de excelencia y en medidas de prevención y seguimiento de úlceras por presión con un 88%, es decir, un nivel de cumplimiento significativo, esto podría deberse a que el personal de enfermería utiliza la escala de Braden para la valoración de úlceras, al ingreso del paciente y que en la mayoría de los registros auditados no aplicaba una revaloración.

Dimensión seguridad del paciente y variables intervinientes

La evidencia demostró datos significativos entre la dimensión seguridad del paciente y el turno matutino, el cual fue el que tuvo registros clínicos de mejor

calidad que los demás en esta dimensión; probablemente haya sido porque el turno matutino tuvo un índice enfermera/paciente de 6:1.

Resultó muy interesante analizar a cada una de las dimensiones que constituyen la calidad de los registros clínicos de enfermería ya que sin duda estos resultados representan la necesidad de establecer estrategias para resolver la problemática expuesta.

Por su parte, se reportó que el índice de eficiencia global del indicador de calidad de los registros clínicos de enfermería fue del 72%, es decir, un nivel de cumplimiento mínimo, donde el personal de enfermería cumple con pocos de los requisitos del proceso, y con ello, se responde a la primera pregunta de investigación.

Calidad de los registros clínicos de enfermería y el turno laboral

A través de un análisis de varianza (ANOVA) para muestras independientes se afirma que la calidad de los registros clínicos de enfermería no es igual entre los diferentes grupos del turno laboral, donde el puntaje más bajo fue el del turno nocturno (24.26 ± 2.20) de 35 como máximo, la prueba post hoc de Tukey mostró la diferencia.

Una explicación tentativa podría estar relacionada por las condiciones de trabajo del personal de enfermería del turno nocturno, como lo reporta un estudio realizado en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza (HRGIZ) con 50 enfermeras, indicó que las enfermeras de la jornada nocturna tienen mayor carga laboral, responsabilidades y tareas. El trabajo nocturno con lleva a importantes consecuencias sobre el ámbito laboral, y el bienestar físico que se traduce en menor rendimiento, mayor ausentismo, fatiga y trastornos del sueño⁵⁵; otro

estudio realizado en Polonia⁵⁶ reportó que las enfermeras que laboran turnos de 12 horas

(n=96) habían demostrado desempeños menos favorables y más fatiga crónica así como agotamiento emocional, que aquellas que laboran turnos de 8 horas (n=30).

Calidad de los registros clínicos de enfermería y el nivel académico

El nivel académico del personal de enfermería, cuyos registros clínicos fueron evaluados, correspondió a 63% enfermeras generales de nivel técnico, el 17% licenciatura en enfermería, el 11% son auxiliares de enfermería y el 9% postécnico; confirmándose que la calidad de los registros clínicos de enfermería sí es diferente entre los diferentes grupos de nivel académico, el menor promedio fue para el personal auxiliar de enfermería (23.2 ± 2.29), se mostró que fue el grupo que dio la diferencia (prueba post hoc de Bonferroni) en el Análisis de Varianza para muestras independientes.

Lo anterior, puede estar relacionado y en concordancia con lo señalado por Aiken⁵⁷ quien plantea que la formación de enfermería es importante para la calidad del cuidado y la mejora en el resultado para el paciente, por ejemplo, cada aumento del 10% de enfermeras contratadas con licenciatura se asocia a una disminución de mortalidad del paciente en un 5%, por ello es el interés por la preparación adecuada de las enfermeras para que éstas puedan proveer cuidados de calidad dentro de los diversos procesos, entre ellos los registros clínicos y ambientes de la práctica.⁵⁴

Calidad de los registros clínicos de enfermería y la antigüedad laboral

Se observó que los participantes en el estudio son un grupo de enfermeras con una antigüedad laboral en promedio de 13 años, y se evidenció que a menor antigüedad laboral hay mayor calidad en el registro clínico de enfermería.

Llama la atención el resultado, si se espera que el personal de enfermería con mayor antigüedad elabore con mayor calidad los registros clínicos, con este resultado se confirma que sí tiene relación la antigüedad laboral con la calidad de los registros clínicos de enfermería.

Probablemente esta asociación esté relacionada con que el personal de enfermería hace una rutina de sus actividades en el trabajo, tal vez, por que el ambiente laboral no es el más satisfactorio, ejemplo de ello, es el reporte del IOM, Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses⁵⁸ en donde el tema principal fue la importancia del ambiente de trabajo dentro de las organizaciones del cuidado.

Esta investigación reportó que las enfermeras estaban insatisfechas con sus trabajos y que querían mejores condiciones laborales, con mayor autonomía, para enfrentar las necesidades del paciente. Por lo que la American Association of Critical-Care Nurses (AACN) propuso los siguientes estándares 1 comunicación hábil y efectiva, 2 colaboración, 3 valoración de las contribuciones de las enfermeras, 4 asignación de personal apropiada y 5 liderazgo auténtico.⁵⁹

Por otra parte, y ante la evidencia de los hallazgos analizados, es relevante enfocar al proceso de los registros clínicos de enfermería en la perspectiva teórica de Donabedian, es eminente que la documentación de enfermería está presente en la dimensión técnica ya que hace referencia a los

cuidado recibidos durante su estancia hospitalaria del paciente e influye de manera explícita para una comunicación y coordinación en la atención de salud, para reducir daños innecesarios al paciente.

Donabedian ha establecido cómo será el método y el enfoque para evaluar la calidad de la dimensión, en este caso en particular de los registros clínicos, se aborda de la siguiente manera: en cuanto a la estructura son las características del formato y la normativa nacional e internacional reflejada en la documentación, en relación al proceso y resultado no existe separación de ambos, ya que es una cadena de cuidados interrumpidos, estableciendo la continuidad de la atención y la seguridad del paciente, con ello, lograr la satisfacción del usuario de acuerdo a sus expectativas, asimismo la satisfacción del personal de enfermería.⁶⁰

9. CONCLUSIONES

El presente estudio pertenece al campo de la gestión del cuidado entendido éste como el proceso dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno, con intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona, por ello, la línea de investigación es la calidad del cuidado.

Se constata que la calidad es un atributo que tiene importantes implicaciones para la práctica de enfermería, por ello, es fundamental su evaluación por medio de indicadores y estándares que permitan identificar áreas de oportunidad para la mejora continua.

Ante tales premisas, esta investigación cumplió con los objetivos que la guiaron desde un principio, ya que se realizó la construcción y validación de un indicador de calidad de los registros clínicos de enfermería que permitió la auditoría, con ello, dar respuestas a las preguntas de investigación.

Respecto a las hipótesis planteadas:

Tomando en cuenta las evidencias científicas, suponemos que la calidad de los registros clínicos de enfermería presentará un grado mínimo en relación con la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Considerando los estudios publicados sobre la calidad de los registros clínicos de enfermería, se espera que no sea igual entre los diferentes niveles académicos, turnos laborales y servicios.

Suponemos que el grado de calidad de los registros clínicos de enfermería está relacionado con la antigüedad laboral del personal.

Los hallazgos encontrados evidencian que la calidad de los registros clínicos de enfermería y su relación con las dimensiones continuidad del cuidado y seguridad del paciente presentan un grado de no cumplimiento de acuerdo con el estándar, se obtuvo el 61.33% y 60.50% respectivamente.

Concretamente se identificó que la dimensión continuidad del cuidado se ve afectada por una omisión en el registro del Proceso Atención Enfermería, los resultados demostraron un nivel de cumplimiento mínimo en cada una de las etapas: valoración, diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería y en la evaluación.

En relación a los elementos de la valoración integral del paciente como indicador clave para las intervenciones de enfermería, se mostró que no existe registro de los datos socioculturales del paciente lo que condiciona a la falta de continuidad del cuidado, al no considerar aspectos trascendentales como el dialecto, la religión, el nivel educativo que son básicos para establecer una comunicación clara con el paciente.

Con respecto a la dimensión seguridad del paciente se reconoció una seria problemática por el uso indiscriminado de abreviaturas e ilegibilidad en la letra. Esta situación potencializa errores en la medicación sobre todo en servicios con población vulnerable como Pediatría. Otro factor causal para cuasi errores o eventos adversos es la falta de valoración y el registro de alergias porque potencializa riesgos innecesarios al paciente.

Se comprueba en este estudio que la calidad de los registros clínicos es diferente entre los niveles académicos, los resultados estadísticamente significativos demuestran que el grupo con formación auxiliar realiza con menor calidad la documentación. Por ello, es imperante mayor formación

profesional y capacitación en el personal de enfermería.

Por otra parte, se comprueba que la calidad de los registros clínicos de enfermería no es igual entre los diferentes turnos de trabajo, el personal que labora en el turno nocturno obtuvo la puntuación más baja durante la evaluación; se puede considerar que el índice enfermera paciente (12:1), el agotamiento son situaciones que influyen en este resultado.

No obstante, la calidad del registro en los servicios es igual ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Se determina que hay relación entre la calidad del registro y la antigüedad laboral del personal de enfermería, llama la atención que a menor antigüedad laboral mayor calidad. Lo anterior es punto de reflexión y acción para los gestores del cuidado a fin de identificar los elementos de la organización, que ocasionan con el paso del tiempo insatisfacción o desinterés del personal por la calidad en el proceso del registro de enfermería.

Los resultados expuestos son generadores de conocimiento así como de propuestas innovadoras para la gestión del cuidado, es decir, con base a la problemática identificada se deben desarrollar estrategias para el diseño de programas de mejora continua con énfasis en calidad y seguridad del paciente como responsabilidad social y ética de las instituciones de salud particularmente del grupo de enfermería.

10. RECOMENDACIONES

Para los Directivos de la Institución de Salud

- Avanzar hacia el expediente clínico electrónico que integre la documentación de enfermería conforme a la Norma Oficial Mexicana y a los procesos de Certificación de Establecimientos de atención médica en nuestro país.
- Es importante considerar la reestructuración del formato de registros clínicos de enfermería que incorpore los lineamientos del Consejo de Salubridad para la Certificación de Establecimientos Médicos homologados con los Estándares Internacionales para la Acreditación de Joint Commission International y la Norma Oficial Mexicana 168.
- Con ello, sistematizar la auditoría de los registros clínicos de enfermería a través de un indicador y evaluarlos en relación con los estándares para identificar las desviaciones en el proceso y establecer las acciones preventivas y correctivas.
- Por otra parte, es importante incluir en los programas de inducción para personal de nuevo ingreso las metas internacionales de seguridad del paciente así como la calidad en los procesos de enfermería: explícitamente en los registros clínicos de enfermería.
- Impulsar al personal hacia la formación profesional y mayor capacitación en lo disciplinar para fortalecer el Proceso Atención de Enfermería, en cada una de sus etapas: valoración, diagnósticos de enfermería, ejecución, planificación y evaluación.

- Se recomienda desarrollar cursos de capacitación para el personal de enfermería para la gestión de riesgos clínicos a fin de proporcionar cuidados que garanticen la atención libre de riesgos y daños innecesarios para el paciente. Ejemplo: errores de administración de medicamentos, administración de soluciones de riesgo i.v atribuidos a ilegibilidad en la letra y uso de abreviaturas.
- Debido a que los resultados mostraron que el turno nocturno presentó el menor puntaje en la evaluación de los registros, se recomienda implementar un programa de asesorías incidentales y programadas.

Para el personal de enfermería

- Se requiere coordinación y mayor participación activa y proactiva de las enfermeras en los Comités de Calidad de los Servicios de Enfermería así como en el de Modelos de Atención de Enfermería de la Institución de Salud con la finalidad de ser partícipes en los procesos de mejora.
- Conformar mesas de trabajo por turno para identificar dificultades en la elaboración de los registros clínicos, utilizar ejemplos cercanos a la realidad para ejercitar el uso del Proceso Atención de Enfermería en cada una de sus etapas: valoración, diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución y evaluación de forma teórica-práctica e identificar las consideraciones éticas y legales para el ejercicio profesional.
- Es elemental para la práctica profesional identificar, conocer y aplicar la Norma Oficial Mexicana 168 que establece los criterios científicos tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

- Reconocer que los registros clínicos de enfermería contienen puntos de reflexión ética, la información que contienen pone en marcha el principio de confidencialidad, por ello favorece y fomenta los valores éticos y sociales de la profesión.
- Hacer conciencia de la trascendencia que tiene la documentación de enfermería como vehículo de información para una comunicación y coordinación efectiva y que permite la continuidad del cuidado así como la seguridad del paciente.
- Como recomendaciones para mejorar la estructura del registro es fundamental realizarlo en forma clara, legible, veraz, oportuna y confiable así como utilizar terminología técnico-médica de aceptación universal y no utilizar abreviaturas.
- Finalmente tener presente que los registros clínicos de enfermería son la evidencia del cuidado y son la base para la evaluación, investigación y mejora de los cuidados otorgados al paciente.

11. PERSPECTIVAS

- Sería interesante analizar el fenómeno expuesto en un estudio multicentrico para conocer su comportamiento en diferentes Instituciones de Salud e identificar las variables en común que condicionan la calidad de los registros clínicos de enfermería.
- Es recomendable considerar para una futura investigación un estudio longitudinal, con la finalidad de observar y profundizar cómo se comporta este fenómeno; lo que contribuirá a desarrollar estrategias de intervención efectivas.
- Proponer un programa de intervención educativa para posteriormente evaluar su impacto.
- Estudiar el uso de las abreviaturas e ilegibilidad de la letra en Pediatría como un factor para eventos adversos en la medicación.
- Sería muy conveniente realizar un estudio de corte cualitativo para un análisis más profundo de la importancia que el personal de enfermería otorga a la elaboración de los registros clínicos de enfermería.

12. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Aunque se tuvieron todas las facilidades para el acceso a los diferentes archivos clínicos y así poder efectuar la evaluación. La documentación de enfermería no se encontró completa en el expediente clínico, por lo que en algunos casos no existió la evidencia del cuidado proporcionado conforme al indicador de calidad.
- El resguardo que se le da a la documentación de enfermería es diferente en cada archivo clínico, en algunos se encuentra una parte en el archivo general de la institución y la restante en el archivo del servicio, situación que dificultaba la recolección de la información.
- Se utilizaron diversos formatos de enfermería que se tienen implementados en la Institución de Salud para evaluar en conjunto los registros clínicos. Entre ellos la hoja de evaluación de caídas, evaluación y seguimiento en riesgo de úlceras por presión, acceso vascular central, medios invasivos y el plan de alta.

13. IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados encontrados en el presente estudio tienen implicaciones para la calidad del cuidado ya que permiten identificar las desviaciones en el proceso de los registros clínicos de enfermería, y con ello, la prevención y la corrección oportuna de errores durante los cuidados administrados.

No solamente se analiza la dimensión estructura de la documentación de enfermería, sino también se presenta una visión contemporánea de la gestión del cuidado con la evaluación de los atributos: continuidad y seguridad del paciente.

Por lo que es urgente posesionar en la cultura organizacional la importancia de la calidad de los registros clínicos de enfermería, por ser la evidencia escrita de los cuidados a través del Proceso Atención de Enfermería y de la gestión de riesgos clínicos con la premisa de llevarlos a cabo a través del conocimiento y del pensamiento crítico (qué hacer y por qué hacerlo) dejando atrás la rutina en la ejercicio profesional.

No cabe duda que existen retos importantes para la práctica de enfermería como llevar a cabo registros clínicos para una comunicación escrita y la coordinación entre el equipo multidisciplinario de salud en pro de la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente elementos indispensables para la calidad del cuidado.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. World Alliance for patient safety. Ginebra Suiza [En línea] 2007 [Fecha de acceso 16 de junio del 2009] Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/>
2. CONAMED. Recomendaciones para mejorar la atención de enfermería. México.[En línea] 2003 [Fecha de acceso 20 de junio del 2009] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7587.pdf>
3. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Programa de Acción específica 2007-2012 Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD. México. p. 11-32.
4. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. 2003 standards for home health, personal care, and supportive services. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2003.
5. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. 2005 hospital accreditation standards. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2005.
6. García R. S, Marco N. A, Morganizo V. L. Normas Básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Investigación. España, 2007 May-Jun ;(28).
7. Owen K. Documentation in nursing practice. Art and science community nursing. 2005; 19(32):48-49.
8. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984. p. 3-7, 95-105.
9. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Rev Calidad de Atención a la Salud. México, 1995; 2(3):8-17.
10. Ruelas E. Confusiones y definiciones. Rev Calidad de Atención a la Salud, México, 1995; 2(3):5-7.

11. Ortega VC, Suárez VG. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. 2ª ed. México: Editorial Panamericana; 2009, p 8-33, 213-240.
12. World Health Organization. Glossary. [En línea] [Fecha de acceso 23 de octubre del 2009] Disponible en: <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm#indicator>
13. Jiménez PR. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Rev Cubana Salud Pública. 2004; 30(1):17-36.
14. García PM, et al. Sistema de Indicadores de Calidad I. Redalyc, Lima Perú, 2003; 6(2):66-73.
15. Potter P. Fundamentos de Enfermería. Vol. I, 5ª ed., España: Editorial Mosby; 2003. p. 513-516.
16. Carpenito ML. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ª ed. Colombia: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2005. p. 9-26.
17. Kozier B. Fundamentos de Enfermería. México: Editorial Mc Graw Hill; 1994. p. 294-296
18. Norma Oficial Mexicana Del expediente clínico NOM-168-SSA1-1998.[En línea] [Fecha de acceso 23 de abril del 2009] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
19. Ley General de Salud. 29ª ed. México: Editorial Sista; 2008. p. 27.
20. Comisión Institucional de Enfermería. Código de ética para enfermeras y enfermeros en México. [En línea] 2001 [Fecha de acceso 6 de mayo del 2009] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf
21. Ruelas E et al. Eventos adversos identificables en las quejas médicas. Redalyc. México, 2008; 76(2):156-160.

22. Sarabia GO. Conceptos en seguridad del paciente, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Boletín Seguridad del paciente. México, No.1 Sept. 2005, p. 1-7.
23. Gómez CI, Espinoza FA. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Rev Aquichan, Bogotá Colombia, 2006; 6(1):54-67.
24. Campos CM. La importancia de reportar y analizar los errores médicos, Aten Fam, México, 2008; 15(3):76-77.
25. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Estándares para la Certificación de Hospitales. DF, México. 2009, p 226-233.
26. Inocenti et al. Erros de prescricao em hospitais brasileiros: um estudo exploratório multicentrico. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, Brasil, 2009; 25(2):313-320.
27. Delgado CM et al. Valoración del interrogatorio de la alergia a antibioticos en la historia clínica. Rev Esp Quimioter, Barcelona, España, 2009; 22(4):210-213.
28. Fajardo DG, Rodríguez SJ, Gallegos AM, Córdova AMA, Flores BMC. Percepción de la frecuencia y causas de los eventos adversos por medicación en enfermería. Revista CONAMED. México, Vol.14, enero-marzo. 2009, p 22-27.
29. Pokorski S, et al. Proceso de enfermería: De la literatura a la práctica ¿Qué estamos haciendo, de hecho?, Rev Latino-am Enfermagem, Brasil, 2009; 17(3):302-307.
30. Montes A, Arbonés E, Planas J, Muñoz E, Casamitjana M. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. Rev Soc Esp Dolor, España, 2008; 15(2):75-82.
31. Vituri DW, Misue LM. Los registros de enfermería como indicador de calidad del cuidado: un estudio documental, exploratorio, descriptivo y retrospectivo, Online Brazilian Journal of Nursing, 2008; 7(1).

32. Del Olmo SM, Casa DL, Mejías DA. El registro de enfermería: un sistema de comunicación, *Rev Enferm Clín*, España, 2007; 17(3):142-145.
33. Misue L, et al. Registros de enfermería: Instrumento de comunicación para la calidad del cuidado, *Rev Elec Enferm*, Brasil, 2006; 8(3):415-421.
34. Vargas CC, Ruiz SA. Evaluación de los aspectos legales de las notas de enfermería, *Rev Enfermería en Costa Rica*, 2006; 25(1):11-18.
35. Bomba DT, Prakash R. A description of handover processes in an Australian public hospital. *Aust Health Rev*. 2005; 29: 68–79.
36. Domingo PM et al. Del cuidado registrado al diagnóstico enfermero, *Rev Enfermería Clínica*, Alicante España, 2005; 15(5):267-74.
37. Galván PJ. Análisis de los registros de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación, Alicante España, *Enferm Clin*. 2005; 15(2):95-102.
38. Chaparro L, García DC. Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado, *Actual Enferm*, Bogotá Colombia, 2003;6(4):16-21.
39. Korst LM, Eusebio-Angeja AC, Chamorro T. et al. Nursing documentation time during implementation of an electronic medical record. *J Nurs Adm*. 2003; 33(1): 24–30.
40. Ehrenberg A, Ehnfors M. The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scand J Caring Sci*. 2001; 15: 303–10.
41. Méndez CG, et al. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico, *Rev Mex Enf Card*, México, 2001;9(4):11-17
42. Currell R, Urquhart C, Sistema de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida), En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2, Oxford: Update Software Ltd

43. Diccionario de la Lengua Española. 22ª ed. España: Editorial Espasa; 2001. p. 166, 862, 959, 2055, 2058, 2246.
44. Secretaría de Salud. Subsecretaría de innovación y calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería, Guía Técnica para la dotación de Recursos Humanos en enfermería. México [En línea] 2003 [Fecha de acceso 26 de marzo del 2010] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/guia_tecnica.pdf
45. Fernández M MA, Gómez RJ, Gabaldón BE, Domingo PM, Torres FM, Terrés RC. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. Rev Enfermería Clínica, España, 2003; 13(3):137-44.
46. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Estándares para la Certificación de Hospitales. Manual del Proceso de Certificación. México: Secretaría de Salud; 2009. p. 135.
47. Arora V, Johnson J, Lovinger D. et al. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: A critical incident analysis. Qual Saf Health Care. 2005; 14: 401–407.
48. Joint Commssion on Accreditation of Healthcare Organizations: Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial. 1991; 6:65-74.
49. Alfaro LR. Aplicación el proceso enfermero. 5a ed. España: Editorial Elsevier-Masson; 2003. p. 22-32.
50. Scheffer BK, Rubenfeld MG. A consensus statement on critical thinking in nursing. J Nurs Educ. 2000; 39(8):352–60.
51. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington. National Academic Press 2000.
52. Otero LJ, Martín MR, Domínguez GH. Seguridad de medicamentos. Abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación. FARM HOSP, 2004; 28(2):141-144.

53. Austin S. Aspectos legales de la documentación de enfermería. *Nursing*. 2007; 25(1):20-26.
54. Hughes RG (ed.). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2008.
55. Malvárez, S. y Castrillón, AC. Panorama de la fuerza del trabajo en enfermería en América Latina. OPS/OMS, Washignton, DC. 2005:16-24.
56. Iska-Golec I, Folkard S, Marek T, et al. Health, well-being and burnout of ICU nurses on 12 and 8 h shifts. *Work Stress*, 1996; 10(3):251-6.
57. Aiken HL, Clarke PS, Cheung BR, Sloane MD, Silver HJ. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 2003; 290(12):167:23.
58. Institute of Medicine. Keeping patients safe: transofrming the work environment of nurses. Washington, DC: National Academy Press; 2004.
59. American Association of Critical-Care Nurses. AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *Am J Crit Care* 2005; 14:187-197.
60. Lorenzo S. Estructura, proceso y resultado de la atención médica. *Rev Calidad Asistencial*, 2001:10S10 retomado de Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966:44:166-203.

ANEXOS

A. Indicador de los registros clínicos de enfermería

1.1 Definición del indicador

Los registros clínicos de enfermería son el procedimiento por excelencia para documentar de manera explícita la valoración, las intervenciones de enfermería, la evaluación de los cuidados y la evolución del paciente hospitalizado.

También son el medio de comunicación entre los profesionales de enfermería y los miembros del equipo multidisciplinario a fin de mantener la continuidad del cuidado y potencializar la seguridad del paciente durante la estancia hospitalaria.

El indicador de registros clínicos de enfermería es un instrumento para auditar la eficiencia de este proceso, ya que permite conocer la evidencia escrita del cuidado,¹ evitando la duplicación u omisión de la información para que sea efectiva, veraz y oportuna.

1.5.1 Introducción

Las nuevas tendencias del mundo actual y la globalización en el campo de salud suponen nuevos desafíos para el profesional de enfermería en el logro de la “calidad del cuidado” el cual implica el desarrollo de herramientas que garanticen y optimicen los servicios prestados.

Una de estas herramientas que nos permite evaluar la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente son los registros clínicos de enfermería orientados a documentar de forma permanente los cuidados en un marco ético-legal y que además se consideran un indicador para la calidad del cuidado.

La calidad de acuerdo con Donabedian es un atributo de la atención que se define como el logro de los mayores beneficios posibles.²

La Comisión Permanente de Enfermería define la calidad de los servicios de enfermería como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continúa y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios³, lo cual requiere de la planeación y comunicación del cuidado.

Es necesario concientizar a los profesionales de enfermería de la importancia y trascendencia que tienen los registros clínicos y su repercusión en la calidad y seguridad del cuidado.

1.5.2 Marco de Referencia

La documentación es un aspecto vital de la praxis profesional de enfermería la cual debe realizarse de manera completa para mantener la continuidad en el cuidado. Potter⁴ la define como lo escrito o impreso que sirve de registro; es un reflejo para la calidad del cuidado y proporciona evidencia de la responsabilidad de cada uno de los profesionales de enfermería.

Algunos de sus propósitos son la comunicación, educación, auditoría, investigación así como contar con un documento legal tanto para el paciente, el profesional de enfermería e institución de salud.

De acuerdo con la revisión de la literatura y la experiencia profesional durante la elaboración de los registros clínicos de enfermería se debe:

- Anotar de forma oportuna e inmediata a los hechos presentados durante el turno de trabajo correspondiente.
- Anotar la fecha y hora de los cuidados de enfermería con su respectiva evaluación.
- Realizar los registros clínicos de acuerdo a la valoración, el cuidado planificado así como la evolución del paciente a su alta por mejoría o defunción.
- Utilizar unidades de medición universales por ejemplo metro (mts), centímetro (cm), gramo (gr), kilogramo (Kg), etc.
- Utilizar abreviaturas y símbolos institucionalmente aceptados.
- Reportar la valoración de los resultados de estudios de laboratorio y gabinete.
- Registrar qué estudios o interconsultas son solicitadas o pendientes por realizar.
- Anotar medidas de prevención y seguridad aplicadas al paciente y su impacto.
- Registrar para prevenir infecciones nosocomiales como factores de riesgo, fuentes de infección, signos y síntomas sugerentes así como acciones encaminadas a limitar o disminuir las infecciones nosocomiales.
- Anotar el Grupo y Rh del paciente.
- Registrar si el paciente es alérgico y a qué.
- Detallar al egreso del paciente las condiciones del mismo, tratamiento indicado y el seguimiento posterior al paciente.
- Realizar el registro clínico de enfermería legible, sin faltas de ortografía usando tinta indeleble.
- Anotar el nombre completo y firma de la enfermera responsable de la realización de los registros clínicos.^{5, 1, 6, 7}

1.5.3 Consideraciones legales

- La Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-168-SSA1-1998⁸,
- Ley General de Salud.⁹

1.5.4 Consideraciones éticas

- Confidencialidad
- Decálogo del Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México.¹⁰

1.5.2 Operacionalización del indicador

1.5.2.1 Concepto

Es el procedimiento mediante el cual el profesional de enfermería realiza los registros clínicos en la hoja de enfermería, la cual conforma un documento legal; donde se plasma la valoración, intervenciones de enfermería y evaluación de la eficiencia del cuidado al paciente hospitalizado.

1.5.2.2 Objetivos

- Contar con registros clínicos de enfermería que permitan evaluar los cuidados de forma continuada y permanente.
- Realizar registros clínicos de enfermería de forma oportuna y veraz facilitando los canales de comunicación con los miembros del equipo multidisciplinario.

1.5.2.3 Principios

- Los registros clínicos de enfermería en el expediente clínico⁸ constituyen un mecanismo de comunicación entre los profesionales de enfermería,

documento de respaldo legal para el paciente, profesional e institución de salud.¹¹

- La comunicación clara y confiable brinda seguridad al paciente.¹²

1.5.2.4 Indicaciones

- Pacientes hospitalizados en los servicios de Neurología, Infectología, Pediatría, Neumología de una institución de tercer nivel del D.F a los cuales se les brindó cuidados de enfermería.

1.5.2.5 Material y equipo

- Hoja de enfermería para los registros clínicos.
- Tinta color azul, verde y roja.
- Expediente clínico.

1.5.2.6 Descripción del procedimiento

- Disponer con el equipo necesario para la realización del procedimiento, verificar que la hoja de registros clínicos de enfermería se encuentre limpia e integra.
- Obtener los datos necesarios del paciente a través de:
 - a) la observación directa, la entrevista identificando aspectos emocionales, socio-culturales, espirituales, etc.
 - b) Iniciar la valoración del paciente en orden cefalocaudal,
 - c) realizar los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales o potenciales e intervenciones de enfermería efectuadas.
- Corroborar la situación actual de la hoja de registros clínicos de enfermería.

En caso de iniciarla registrar los datos de identificación del paciente cotejando la información con el expediente clínico y con el paciente.

- a) Nombre: Anotar el nombre completo del paciente iniciando por el apellido paterno, materno y nombre (s).
 - b) Expediente Registrar con números arábigos el número de expediente asignado por el archivo general.
 - c) Edad: Registrar años cumplidos del paciente.
 - d) Sexo: Anote si es una F si es femenino o M si es masculino.
 - e) Servicio: Registrar el nombre del servicio donde se encuentra el paciente.
 - f) Cama: Anotar el número de cama asignada, en caso de haber cambio de cama anotar entre paréntesis el número anterior.
 - g) Diagnóstico médico:
Registrar el diagnóstico médico con el que ingresa el paciente, el cual se mantendrá actualizado, el anterior se anotara entre paréntesis.¹³
 - h) Anotar alergias y Grupo Rh.
- Registrar en el área correspondiente la fecha especificando día, mes y año y los días de hospitalización ambos con números arábigos con tinta de color azul en el primer caso y con tinta color roja en el segundo caso.
 - Registrar en la gráfica de signos vitales las cifras valoradas de temperatura con tinta de color rojo, la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria así como la presión arterial con tinta color azul.
 - Registrar los medicamentos en la columna correspondiente de acuerdo al siguiente orden: fecha, nombre genérico del medicamento, dosis, vía, intervalo de tiempo de cada administración y horario⁸ Utilizar tinta de color azul y bolear el horario con el color de la tinta de acuerdo al turno correspondiente.

- Iniciar la nota con la hora para especificar los datos de la valoración, diagnósticos de enfermería e intervenciones de enfermería ejecutadas así como la evaluación de los cuidados.
- En la columna de observaciones registrar medidas de prevención y seguridad aplicadas al paciente en riesgo de infección, riesgo de caídas, riesgo de úlceras por presión y su impacto.
- Registrar características de los sitios de inserción, drenajes y fechas de instalación.
- Es importante puntualizar que los registros clínicos de enfermería deben ser elaborados con las siguientes características:
 - a) Con letra de molde legible y sin faltas de ortografía.
 - b) Sin borrones, no utilizar corrector mantener el formato en óptimas condiciones.
 - c) No dejar espacios en blanco y utilizar siempre tintas indelebles.
 - d) Utilizar las unidades de medición y abreviaturas universalmente e institucionalmente aceptadas.
- A su vez es trascendental anotar estudios o situaciones pendientes para el siguiente turno, el apoyo educativo proporcionado al paciente y/o familiar, en caso de alta describir de manera detallada el plan de cuidados o defunción.
- En la columna correspondiente anotar de forma legible la inicial de su nombre, el primer y segundo apellido completo como persona responsable de la elaboración de los registros clínicos de enfermería.¹³

1.5.2.7 Herramientas administrativas

Diagrama de Flujo

Gráfico donde se representan las actividades de forma secuencial que se realizan durante el procedimiento de los registros clínicos de enfermería permite identificar las áreas críticas a evaluar. (Figura 1)

Diagrama PEPSU

Es un elemento gráfico que sintetiza el proceso y establece los elementos indispensables para su desarrollo como las entradas, proveedor, los procesos intermedios, las salidas y el usuario, permite identificar los límites de responsabilidad y observar un panorama general del procedimiento. (Figura 2)

1.5.3 Descripción del indicador. (Cuadro 1).

Nombre del indicador:

- Registros clínicos de Enfermería.

Objetivo del indicador

- Determinar el grado de eficiencia y establecer un estándar de calidad con el que se realizan los registros clínicos de enfermería.

Fórmula del indicador

- Valor obtenido del total de los casos observados, dividido entre el valor esperado del total de casos observados por cien, lo que da como resultado el índice de eficiencia global.

$$\frac{\text{Valor obtenido del total de los casos observados}}{\text{Valor esperado del total de los casos observados}} \times 100 = \text{IEG}$$

Estándar de desempeño

- Es el resultado representado por el porcentaje, del índice de eficiencia global de la realización de los registros clínicos de enfermería.

- Niveles de cumplimiento:

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%

Origen del indicador:

- Universal.
- Consejo de Salubridad General, Metas internacionales para la seguridad del paciente ¹⁴
- Consejo de Salubridad General. Comisión para la certificación de Establecimientos de Atención Médica ¹⁵
- Norma Oficial Mexicana Del expediente clínico NOM-168-SSA1-1998. ⁸
- Instructivo de manejo y llenado del formato registros de enfermería, Hospital General de México OD Subdirección de Enfermería, México, 1997¹³

Fuente de datos

- Expediente clínico.
- Formato de registros clínicos de enfermería.
- Cédula de auditoría.

Descripción de términos

- Registros clínicos de enfermería: Instrumento por medio del cual el profesional de enfermería documenta la valoración, intervenciones de enfermería, evaluación de los cuidados así como la evolución del paciente.

- Valoración: Se recopilan datos a través de la observación, entrevista y valoración física sobre su estado de salud del paciente que permiten registrar las respuestas físicas y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de la persona y/o factores de riesgo.
- Intervenciones: Acciones de enfermería encaminadas al cuidado del paciente para a prevención y/o resolución de problemas de salud.
- Evaluación: Determina la calidad de los cuidados otorgados al paciente así como el logro de los resultados esperados.
- Evolución del paciente: En relación a su tratamiento médico y/o quirúrgico cambios en el estado de salud del paciente

Presentación de resultados

- Gráficas y cuadros.

Metodología

La evaluación del indicador registros clínicos de enfermería se realizará a través de una investigación descriptiva, retrospectiva; donde la unidad de análisis son los registros clínicos de enfermería de los pacientes que han egresado de las áreas de hospitalización de los servicios de Neurología, Pediatría, Infectología y Neumología realizados por el personal de enfermería del turno matutino, vespertino y nocturno. Con previa autorización por el comité de investigación de la institución de salud se tendrá acceso al archivo clínico para efectuar la auditoría a través de los expedientes clínicos durante el periodo de recolección de datos.

La evaluación se lleva a cabo con la aplicación de un instrumento de auditoría constituido por 35 ítems, donde se dará la calificación de 1 si cumple con lo señalado y 0 si no cumple con lo establecido; donde la suma total dará el índice

de eficiencia global, por caso y actividad; cabe señalar, que si fuese el caso tiene de no aplica se asignará el valor de 1.

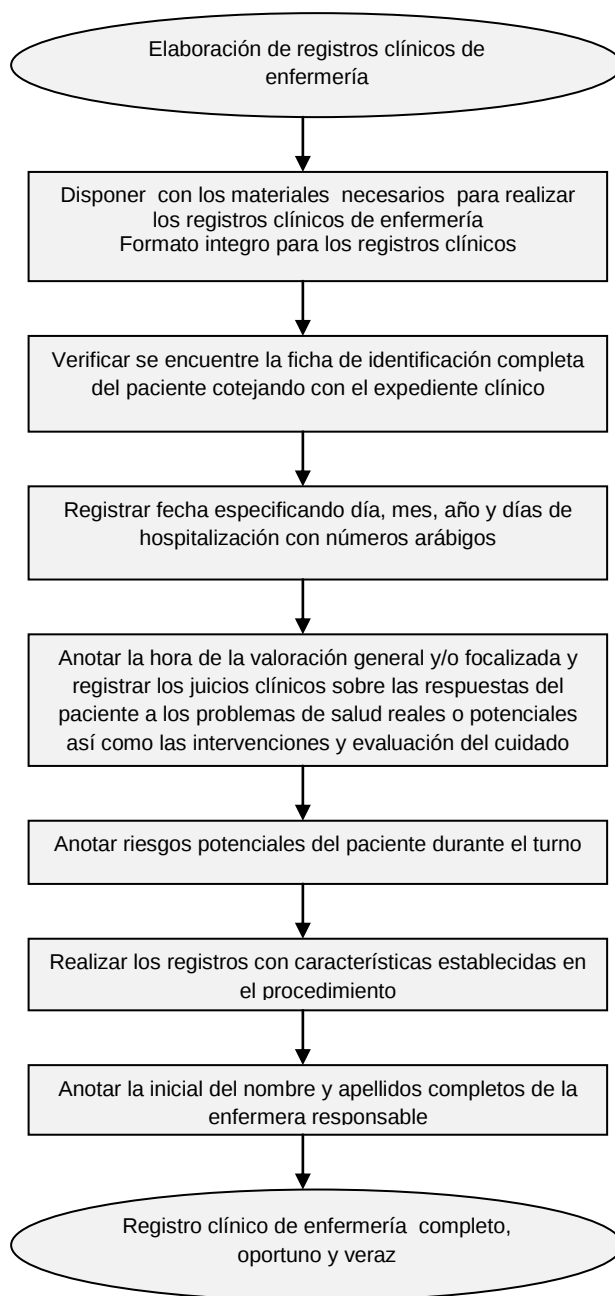
En la parte final se localiza un rubro de observaciones donde se describe un dato, hecho significativo para el análisis de resultados y que no se contemple dentro del instrumento.

Con los resultados obtenidos se procederá a la realización de un análisis estadístico e interpretación de datos para conocer de manera objetiva el índice de eficiencia global, por caso y por actividad.

De esta forma se podrá proponer un programa para el desarrollo de mejora continua con respecto a la realización de los registros clínicos de enfermería y su relación en la continuidad del cuidado y seguridad del paciente.

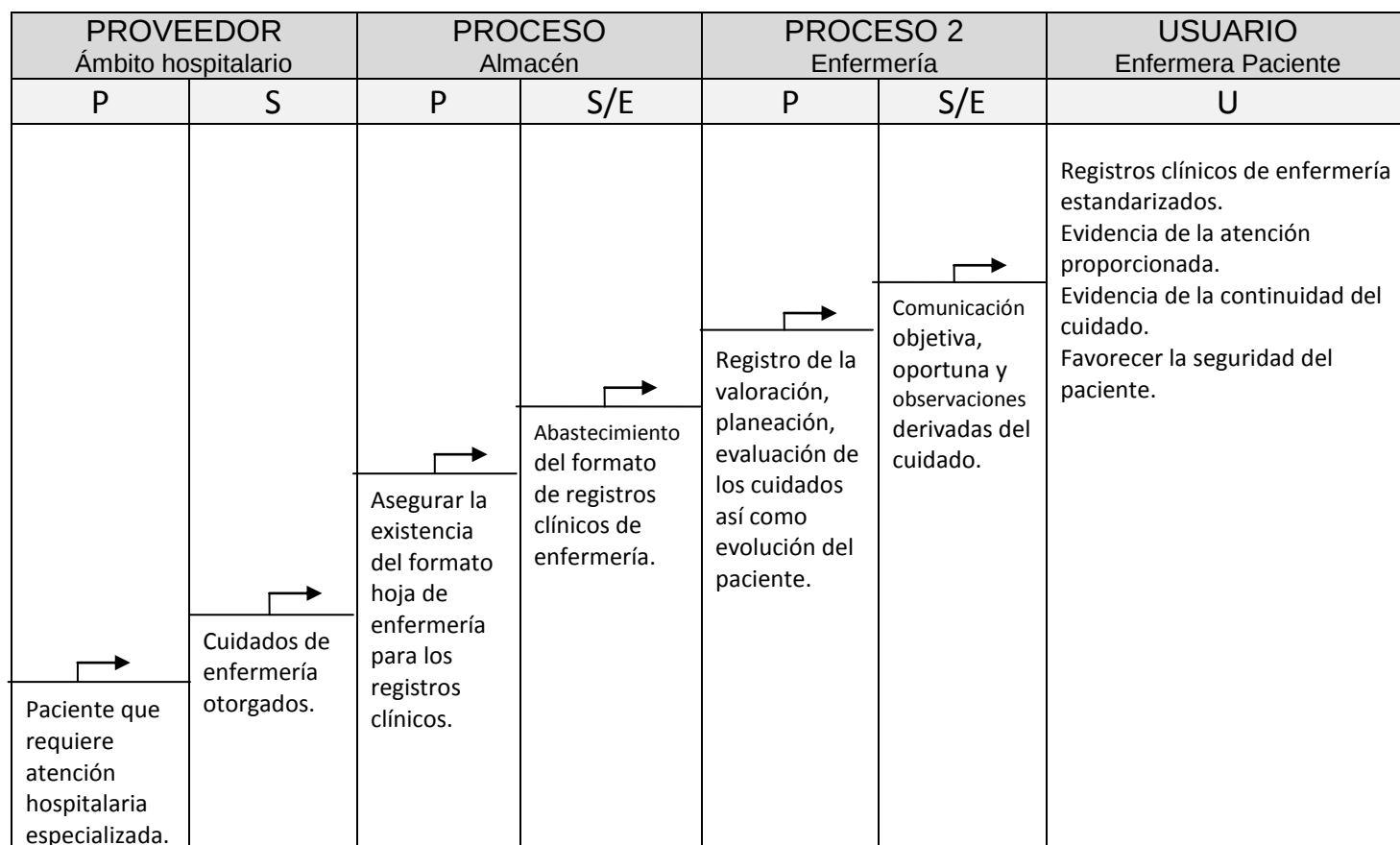
Figura 2

**Diagrama de Flujo
Registros clínicos de Enfermería**



Fuente: Adaptado de Ortega VC, Suárez VG. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería, 2009.¹

Figura 3
Diagrama PEPSU



Fuente: Adaptado de Ortega VC, Suárez VG. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. 2009.¹

REFERENCIAS

1. Ortega VC, Suárez VG. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. 2ª ed. México: Editorial Panamericana; 2009. p. 213-240.
2. Donabedian A. La calidad de la atención medica. México: La Prensa Medica Mexicana; 1994. p. 4.
3. Comisión Institucional de Enfermería, Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería [En línea] 2003 [Fecha de acceso 16 de abril del 2009] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/evaluacion.pdf
4. Potter P. Fundamentos de Enfermería Vol. I. 5ª ed. España: Editorial Mosby; 2003. p. 515.
5. Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-002-SSA2-2003 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de infecciones nosocomiales. [En línea] [Fecha de acceso 25 de junio del 2009] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/vigem002ssa203.html>
6. Bridgit D. Exploring the principles of good record keeping in nursing. British Journal of Nursing, 2005; 14(8):460-462.
7. Owen K. Documentation in nursing practice. Nursing Standard. 2005;19(32):48-49.
8. Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-168-SSA1-1998 [En línea] [Fecha de acceso 23 de abril del 2009] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
9. Ley General de Salud. 29ª ed. México: Editorial Sista; 2008. p.27.
10. Comisión Institucional de Enfermería. Código de ética para enfermeras y enfermeros en México. [En línea] 2001 [Fecha de acceso 6 de mayo del 2009] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf

11. Oliveira CSM, Dargam B, Nascimento TG. Comunicación escrita: importancia para los profesionales de enfermería en las salas de parto. Rev. Enferm. UERJ, Río de Janeiro, 2008; 16(2):218-223.
12. Nailon R. The assessment and documentation of language and communication needs in healthcare systems: current practices and future directions for coordinating safe, patient-centered care. Nursing Outlook, 2007; 55(6):311-317
13. Hospital General de México OD. Subdirección de Enfermería. Instructivo de manejo y llenado del formato registros de enfermería. D.F, México; 1997.
14. Consejo de Salubridad General. Comisión para la certificación de Establecimientos de Atención Médica. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Estándares para la certificación médica. México: Secretaría de Salud; 2009. p. 224-233.
15. Consejo de Salubridad General. Comisión para la certificación de Establecimientos de Atención Médica. Manual del Proceso de Certificación de Hospitales. México: Secretaría de Salud; 2009. p. 135.

B. Cédula de Auditoría



Universidad Nacional Autónoma de México
Coordinación General de Estudios de Posgrado
Programa de Maestría en Enfermería

Folio _____

Instrumento de auditoría
Registros clínicos de enfermería

Fecha	Servicio		No. Expediente Clínico		Diagnóstico Médico									
No. Camas en el área de hospitalización			Índice enfermera-paciente		Antigüedad en el servicio									
Turno	M	V	N	Sexo	F	M	Edad	Nivel académico	Aux.	Tec.	Postec.	Lic.	Espec.	Maestría

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 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			

TORRES SANTIAGO M.

No.	Procedimiento	Valor	SI	NO	N/A
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 clínicos 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 al paciente	1			
25	Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y/o familiar para contribuir a la seguridad del paciente.	1			

TORRES SANTIAGO M.

No.	Procedimiento	Valor	SI	NO	N/A
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: