



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA**

**“LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA COMO EVIDENCIA  
DEL CUIDADO OTORGADO: UN EJERCICIO DE AUDITORIA”**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRO EN ENFERMERÍA  
(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)**

**PRESENTA:**

**LEO. OSCAR MORALES TORRES**

**TUTOR PRINCIPAL:**

**MTRA. MA. DOLORES ZARZA ARIZMENDI  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

México, D.F. 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



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 26 de junio del 2012, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) del alumno OSCAR MORALES TORRES con número de cuenta 40153960-0, con la tesis titulada:

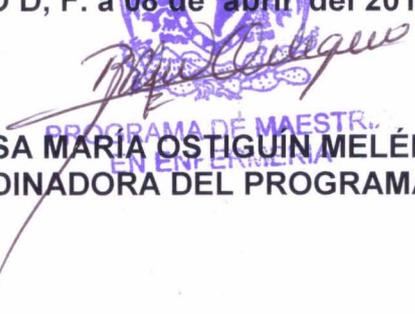
**“LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA COMO EVIDENCIA DEL CUIDADO OTORGADO: UN EJERCICIO DE AUDITORIA”.**

bajo la dirección del(a) Maestra María Dolores Zarza Arizmendi

Presidente : Maestra Diana Cecilia Tapia Pancardo  
Vocal : Maestra María Dolores Zarza Arizmendi  
Secretario : Doctora Susana González Velázquez  
Suplente : Maestra Gandhi Ponce Gómez  
Suplente : Maestra Rosa María Ostiguín Meléndez

Sin otro particular, quedo de usted.

**A T E N T A M E N T E**  
**“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”**  
**MÉXICO D. F. a 08 de abril del 2014.**

  
**MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ**  
**COORDINADORA DEL PROGRAMA**

## **Reconocimiento**

A la Universidad Nacional Autónoma de México, Máxima Casa de Estudios, por toda la enseñanza y apoyo en mi formación como profesional de la salud. Gracias UNAM, gracias México.

A todos mis Maestros, desde mi formación básica hasta la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por mostrarme el camino del conocimiento, ayudándome en mi desarrollo profesional y personal.

Reconozco y agradezco de manera sincera a mi directora de tesis, Mtra. Ma. Dolores Zarza Arizmendi, por su esfuerzo y dedicación en la corrección de esta investigación. Igualmente, agradezco sus conocimientos, su orientación, su experiencia, su paciencia y su motivación, misma que me alentó a la culminación de esta tesis.

A las autoridades del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez del Gobierno del Distrito Federal, por facilitarme los medios para realizar mis estudios de Maestría.

A las autoridades del Hospital General Balbuena del GDF, por otorgarme todas las facilidades para poder llevar a cabo esta investigación.

A los pacientes que he cuidado y a las colegas con quienes comparto la experiencia de la enfermería. Son mi motivación y mi compromiso como enfermero.

Especialmente, agradezco a Dios por permitirme esta vida y disfrutarla cada día. Gracias Dios porque me has dado talento, inteligencia, fuerza y voluntad de acción que pondré siempre al servicio del otro.

## **Dedicatorias**

A mis padres adorados Margarita y J. Asunción, por todo su apoyo incondicional; así también les agradezco por guiarme hacia una vida de responsabilidad y compromiso, logrando así dar lo mejor como persona y profesional. Gracias a ello es posible concluir esta meta.

A mi hermana Emelina, sobrinos Sebastián y Santiago, y familia por todo el apoyo y alegría que en ustedes encuentro, por soportar mí humor y porque forman parte importante en mi vida.

A la persona que día a día me llena de inspiraciones, motivaciones, alegría, locuras, sonrisas y más, logrando con esto dar un giro y un verdadero cambio a mi vida. Thank you "IR", *My sincere, tender and mad love.*

A mis amigos y colegas. Roció y Karla, por haber tenido la fortuna de haberlas conocido y andar en los caminos de la vida profesional y personal incondicionalmente. Marco Antonio y Miguel, por haberlos conocido, ustedes hacen de la vida una sana diversión y al mismo tiempo una enseñanza en el día a día. Por la amistad de Alberto, Cristina, Silvia, Tania, todos ustedes han sido parte importante en mi vida.

*Gracias*

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Bases conceptuales de enfermería	9
1.1.2. El cuidado de enfermería	10
1.1.3. Proceso de atención de enfermería	11
1.1.4. Teoría de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson	13
1.2. Evaluación del cuidado de enfermería	17
1.3. Los Registros clínicos de enfermería	19
1.3.1. Marco legal de los registros y notas de enfermería	25
1.3.2. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico	28
1.3.3. Auditoría como método de evaluación de los registros de enfermería	30
1.4. Estudios relacionados.	31

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Importancia del estudio	37
2.2. Propósito	37

3. HIPÓTESIS

38

4. OBJETIVOS

4.1. Generales	38
4.2. Específicos	39

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. Tipo de diseño	39
5.2. Población y muestra	39
5.3. Muestreo	39
5.4. Criterios de selección	40
5.4.1. Criterios de inclusión	40
5.4.2. Criterios de exclusión	40
5.5. Variables de estudio	41
5.5.1. Operacionalización de variables	42
5.6. Instrumento de medición o auditoría	46

5.6.1 Descripción	46
5.6.2. Criterios de calificación del instrumento	46
5.6.3. Validez y confiabilidad	46
5.7. Procedimientos y técnicas	48
5.7.1. Recolección de datos	48
5.7.2. Análisis de datos	48
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
7. RESULTADOS	50
7.1. Características sociodemográficas de la población	50
7.2. Cumplimiento de los registros clínicos de enfermería según NOM-004-SSA3-2012	53
7.3. Cumplimiento de las 14 necesidades humanas básicas, de Virginia Henderson	60
7.4. Ordenamiento global en valores porcentuales decrecientes	82
7.4.1. Valores porcentuales decrecientes obtenidos caso por caso	85
7.5. Opinión de las enfermeras entrevistadas.	91
8. DISCUSIÓN	96
9. CONCLUSIONES	103
10. RECOMENDACIONES	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	115

## RESUMEN

**Antecedentes:** Actualmente, la profesión de enfermería se encuentra en un momento de desarrollo importante, ante una sociedad que exige día a día profesionales más competentes que garanticen cuidados de calidad. De ello, es necesario adquirir y aplicar los conocimientos para mejorar y gestionar un adecuado cuidado de enfermería, particularmente desde la perspectiva de los registros clínicos de enfermería.

El fenómeno de estudio de esta investigación se circunscribe al análisis de los registros clínicos de enfermería que ameritan ser abordados en términos de su eficiencia ya que estos son evidencia del cuidado institucionalizado y reflejan el nivel de responsabilidad profesional, constituyéndose en una de las estrategias de mejoramiento de la calidad del cuidado enfermero.

La importancia de la auditoría de los registros clínicos de enfermería radica en que a partir de ellos se evidencia el cuidado de enfermería otorgado y en caso específico de esta investigación la aplicación de la teoría propuesta por Virginia Henderson a partir de otorgar el cuidado de enfermero basado en las catorce necesidades básicas.

**Objetivos:** Auditar el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería a través de la determinación del índice de eficiencia que alcanzan los registros clínicos de enfermería en un Hospital de 2º Nivel de Atención en el DF, en concordancia con el apartado de registros de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

Identificar la manera en que se evidencia en los registros clínicos de enfermería la aplicación de la teoría de las necesidades básicas de Virginia Henderson en la etapa de valoración del método enfermero.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal, documental, descriptivo y observacional con enfoque cuantitativo. La unidad de análisis fueron 55 registros clínicos realizados por el personal de enfermería de pacientes hospitalizados. La muestra fue a conveniencia (no probabilística) tomando como base el número de pacientes en un periodo determinado. Complementariamente se realizó una encuesta de opinión para identificar la importancia que asignan las enfermeras a los registros clínicos de enfermería en el ámbito hospitalario.

**Resultados relevantes:** Los indicadores auditados muestran en valores porcentuales decrecientes que de las 42 actividades auditadas: 13 se encuentran en un nivel de excelencia que corresponde del 90.0% - 99.0%, 3; en nivel de muy bien (80.0% - 89%); 5 actividades en aceptable (70.0% -79.0%); 1 en el nivel deficiente (60.0%-69.0%) y 20 actividades se encuentran en nivel de inaceptable (0.00% -59.0%).

Las actividades que se encuentran en nivel de excelentes son: nombre de la institución y el nombre del paciente, gráfica de signos vitales, registro de medicamentos, número de cama y expediente, edad y sexo del paciente, diagnóstico principal, frecuencia respiratoria, nombre de la enfermera, soluciones parenterales y finalmente alimentos ingeridos.

En el nivel de muy bien se encuentran: la valoración inicial, tipo de dieta y dieta indicada. Para el nivel de aceptable se encuentran los registros de las actividades de: oxigenación, alimentación por vía oral, número y características de evacuaciones, presencia de drenajes y sondas y número y características de las micciones. En el nivel de deficiente se encuentra el registro de la temperatura.

En el nivel de inaceptable se encuentran los registros de hipertermia o hipotermia, medio de control de los anteriores, deficiencias en los registros de deambulaci3n, reposo y sue1o, cambios de posici3n, medidas prevenci3n de 6lceras por presi3n, alteraciones del sue1o, medidas de higiene, aseo parcial, necesidades de apoyo para vestirse, actividades educativas realizadas, valoraci3n de uso de barandales, valoraci3n de riesgo de ca3da, actividades l6dicas realizadas, valoraci3n del c3digo de seguridad, as3 como la valoraci3n de las necesidades de trabajo, de aprendizaje, comunicaci3n, religi3n y creencias.

**Conclusiones:** a partir de este estudio concluimos que algunos aspectos de los registros cl3nicos de enfermer3a se encuentran un nivel de calidad "inaceptable" en el 3ndice de eficiencia de calidad que se determino a partir de la Norma Oficial Mexicana 004SSA2012 y de aplicaci3n de la teor3a de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

**Recomendaciones:** A continuaci3n se presentan algunas recomendaciones para mantener o mejora la calidad y el cumplimiento de los registros cl3nicos de enfermer3a, que finalmente puede repercutir en la calidad y seguridad del cuidado otorgado. Lo anterior se resuelve desde la perspectiva de la 3tica del cuidado cuyos principios indican la necesidad de documentar de manera correcta, clara y legible cualquier intervenci3n de enfermer3a directa e indirecta realizada durante el turno

Una estrategia ser3 socializar los resultados de esta investigaci3n con el prop3sito de sensibilizar a la enfermera sobre la importancia de su actuar como profesional y que a partir de una retroalimentaci3n positiva mejore d3a con d3a sus pr3cticas de cuidado en beneficio de los pacientes.

Se sugiere dar prioridad en la atenci3n de las actividades auditadas que calificaron como "inaceptables" y "deficientes" para mejorar progresivamente y alcanzar un nivel de excelencia en el cuidado de enfermer3a.

## INTRODUCCIÓN

El presente documento muestra los resultados de la investigación realizada en un hospital público de segundo nivel de atención sobre la auditoría de los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado otorgando por enfermería. En un primer apartado se identifican las bases conceptuales del cuidado de enfermería. En segundo apartado se exponen los aspectos relevantes sobre la evaluación del cuidado de enfermería. En otro rubro se exponen los conceptos y aspectos referentes a los registros clínicos de enfermería, un apartado especial lo integra los conceptos y el marco en el que se sustentan los registros clínicos.

En particular, se integra un capítulo de auditoría y evaluación de los registros. Este capítulo de auditoría aporta las bases para identificar la calidad medida a través del índice de eficiencia que alcanzan los registros clínicos de enfermería, atendiendo a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Para complementar el marco teórico se presenta un apartado especial sobre los estudios relacionados que han tenido relevancia sobre el tópico a investigar no solo a nivel nacional sino que también internacional.

Más adelante, un segundo apartado del documento se muestra el planteamiento del problema, la importancia que tuvo el realizar dicha investigación, el propósito, se exponen las hipótesis y de los objetivos; así mismo, se indica el material y métodos que permitieron alcanzar el logro de los objetivos. En este apartado se describe del instrumento de auditoría utilizado.

Posteriormente, se incluye el bloque de consideraciones éticas y financieras requeridas en esta investigación. Tratándose de un estudio de auditoría, las implicaciones éticas atienden exclusivamente a mantener la confidencialidad de la fuente especialmente del paciente y de la enfermera que realizó el registro.

En un apartado especial mostramos los resultados obtenidos en dicha investigación presentando los datos sociodemográficos de las enfermeras que realizaron dichos registros clínicos auditados, los resultados referentes a la normatividad planteada, la utilización de la teoría de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson y finalmente rubro donde se expone la opinión que asignan las enfermeras a los registros clínicos con respecto a la importancia en el ejercicio laboral, en la continuidad de los cuidados, a la contribución a la seguridad del paciente y finalmente si son una evidencia del cuidado otorgado.

Siguiendo este orden presentamos la discusión de los resultados, seguida de la conclusión y recomendaciones finales. Finalmente se integran las referencias bibliográficas utilizadas y los anexos que se utilizaron para dicha investigación.

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1. Bases conceptuales de enfermería

La enfermería, como disciplina de las ciencias de la salud, es un servicio esencial de la atención a la salud que se ofrece a través de un proceso interpersonal donde interviene el individuo, la familia y el personal de enfermería. Por medio de éste se resuelven problemas de carácter biopsicosocial, tomando como punto de partida sus conocimientos especializados orientados a preservar la salud, promocionarla, recuperarla y rehabilitarla. La enfermería es el arte y ciencia del cuidado, promoción, mantenimiento y restauración de la salud y el bienestar, con una concepción holística del hombre, basada en fundamentos teóricos y metodológicos propios.<sup>1</sup> Así, el cuidado integral de enfermería es el servicio que la enfermera brinda a la persona en todas las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte, incluyendo los procesos salud-enfermedad, implementando el método científico a través del proceso de atención de enfermería (PAE) que garantiza la calidad del cuidado profesional.

En enfermería, se han planteado los elementos metaparadigmáticos o conceptos esenciales: Enfermería, cuidado, salud, persona y entorno, como los ejes que permiten establecer lineamientos para comprender el ser, el saber y el quehacer y se acepta que la profesión solo puede avanzar si se asume como una disciplina que analiza, profundiza y crea conocimientos aplicables a un quehacer en forma permanente, reflexiva y crítica.<sup>2</sup> En el contexto de enfermería, el desarrollo conceptual ha llevado a la construcción filosófica del saber (desarrollo conceptual), el ser (cuidado), y el quehacer (forma como se proporciona el cuidado) de Enfermería como base para facilitar la comprensión de la Disciplina Profesional.<sup>3,4</sup>

Cuando se piensa en el ser particular, en aquello que constituye la esencia de Enfermería, en lo que distingue ésta disciplina de otras, en especial de aquellas que tienen como objeto de estudio la salud del ser humano, es inevitable referirse al cuidado de enfermería. Dentro de este marco, deben considerarse las diferentes connotaciones que el concepto abarca, pues cuidado es tal vez la palabra más usada desde diferentes contextos; en este orden de ideas se pueden identificar como percepciones relacionadas: el cuidar, el proveedor de cuidado, el ser cuidado, el cuidado como preservación de la especie, entre otros.

Por ello, cuando se indaga sobre lo esencial de Enfermería, el solo referirse al término “cuidado” no es suficiente, pues se requiere desde el saber profesional otorgarle el sentido y las características definitorias que permitan orientar el quehacer profesional; esta perspectiva comprende el ser de enfermería en su naturaleza de disciplina profesional. Por lo anterior se afirma que la acción fundamental de Enfermería es cuidar la salud del individuo, familia o comunidad, tomando una responsabilidad ante la sociedad de proporcionar cuidados de calidad y cuidados a los pacientes y sus familias. Por esa razón, el cuidado debe ser constantemente evaluado y mejorado basándose en nuevos conocimientos. El conocimiento puede ser desarrollado con el fin de mejorar los cuidados enfermeros, los resultados de los pacientes y el sistema de administración de los cuidados de salud, pues la calidad de la práctica depende de la calidad del conocimiento adquirido.

### 1.1.2. El cuidado de enfermería

Los procesos de globalización y modernización han generado transformaciones en el contexto mundial, nacional y regional, que han llevado a un cambio en la forma de relación del hombre, la naturaleza y la cultura. En cada región del mundo, las relaciones entre el individuo y la sociedad se desarrollan en diferentes contextos, con procesos históricos, económicos, políticos y socioculturales que interfieren en el desarrollo de las políticas sociales y en las respuestas en salud que la sociedad establece para la satisfacción de necesidades en el logro del bienestar. Es así como la prestación de los servicios de salud se da en contextos complejos, donde predomina la incertidumbre y la perturbación a consecuencia de factores como la crisis del sistema económico nacional, el acelerado cambio tecnológico, el cambio del papel del Estado, la persistencia de la dicotomía entre lo público y lo privado y la competencia entre estos sectores por la captación, la gestión de los recursos económicos y la demanda creciente del cuidado a la población en situación de dependencia. Esto implica la reestructuración de valores como el derecho a la salud, la equidad y la protección a la familia.<sup>5</sup>

El contexto del cuidado se ve amenazado por una lógica de eficiencia y de productividad que aleja a los profesionales de enfermería del paciente y de sus familias, centrando sus esfuerzos en el diligenciamiento de los registros clínicos, en los costos de sus acciones con escasa sistematización del impacto del cuidado, con la finalidad de conseguir la calidad del servicio en enfermería. En palabras de Colliere,<sup>6</sup> el cuidado es “un acto de vida que debe recrearse en los valores del respeto a la persona y a su dignidad, así como en las fuerzas de la vida y en la movilización de sus recursos vitales para potenciarlos”, debe darse en una interacción simétrica, entre la persona cuidada y el profesional de enfermería cuidador. Esta interacción se construye a partir de la confianza y progresa con el respeto y el afecto.

Lehninger<sup>7</sup> afirma que el cuidado, como fenómeno transcultural y central de la acción de enfermería, es la expresión de una cualidad humana que se manifiesta en una disposición moral orientada hacia la ayuda; es un servicio público que posibilita y mantiene la vida desde la perspectiva humana, ética, interpersonal y terapéutica. Igualmente, se basa en las cualidades de la valoración interpersonal, en la transmisión de la confianza y en la preocupación por los otros para mantener y promocionar la salud y la integridad humana en momentos de vulnerabilidad como son la enfermedad y la muerte, así como la salud y la vida. De ello, la meta del profesional de enfermería es brindar cuidados acertados y oportunos a los individuos y a la familia, mediante la identificación de sus necesidades y apoyados en el proceso de enfermería para restablecer la independencia y autonomía. Se busca promover la integridad biológica, psicosocial, social y espiritual, manteniendo así la capacidad para poder llevar a cabo una vida cotidiana.

El cuidado de Enfermería como concepto aún tiene varias concepciones teóricas, pero se le reconocen algunos elementos comunes como: A) las acciones con sus fines de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación o rehabilitación. B) la aplicación de un proceso sistemático que implica valoración, diagnóstico planeación, ejecución y evaluación. C) la permanencia, la continuidad y la interacción con otras disciplinas para lograr el fin del equilibrio del hombre, dentro del proceso salud-enfermedad.<sup>8</sup>

### 1.1.3. Proceso de atención de enfermería

El proceso de enfermería es la base del quehacer del profesional de enfermería, lo que le permite investigar y en general administrar los cuidados y educar. Es decir, se busca construir y participar con el cliente en su cuidado. Todo personal de enfermería debe poseer un marco de referencia susceptible de cambios que sustenten su actuación en la práctica diaria. El proceso enfermero es dinámico y requiere creatividad en su aplicación. Aunque aparentemente son los mismos pasos que se aplican a cada situación del paciente, la ejecución y los resultados son diferentes para cada uno. Una de las habilidades más importantes que se requieren en la utilización del proceso enfermero es el pensamiento crítico, el cual consiste en poseer la capacidad de razonamiento como individuo y como profesional. Esto es, tener la capacidad de tomar decisiones personales informadas para dar una atención de enfermería segura, competente y calificada.<sup>9</sup>

El proceso de enfermería exige que se posea una amplia base de conocimientos de varias disciplinas. Esta base de conocimientos incluye conceptos básicos de anatomía, fisiología, química, nutrición, microbiología, psicología y sociología. Estos componentes le permiten valorar el estado fisiológico y psicológico del paciente. Las habilidades para ejecutar el proceso enfermero pueden ser de naturaleza técnica o interpersonal. En sentido profesional, el proceso enfermero define el alcance de la práctica de enfermería e identifica las directrices de la asistencia de enfermería.

El uso del proceso de atención de enfermería en la práctica tiene consecuencias para la profesión de enfermería, para el cliente y para cada profesional de enfermería en particular. El paciente se beneficia del uso del proceso de enfermería, ya que le asegura la calidad de la asistencia, al tiempo que estimula al paciente a participar en la misma. Por su parte, las ventajas para el profesional de enfermería serán una mayor satisfacción por el trabajo y un aumento en el desarrollo profesional a partir de la entrega efectiva de cuidados apropiados, dirigidos por el conocimiento holístico y un cuidado humano.

Acerca de la metodología de la atención y cuidados de enfermería, la aplicación del método científico en la práctica de enfermería, es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistémica. El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso en el año de 1955.

El PAE es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que puesto en la práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen al paciente. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

- Diagnóstico de enfermería: es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- Planificación: se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como proporcionar la salud.
- Ejecución: es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación: compara las respuestas del paciente, se determina si ha conseguido los objetivos establecidos.

Acerca de la etapa de valoración del proceso de atención de enfermería, se tiene que:

La finalidad de la etapa de valoración es la recogida y el registro de los datos relevantes sobre los cuidados de salud de una persona, grupo o comunidad. Esta etapa del proceso de cuidados es fundamental para poder ofrecer cuidados enfermeros de calidad y adecuados a las necesidades reales de la persona o grupo. Una valoración adecuada sobre el estado de la persona es imprescindible para concluir en el diagnóstico correcto que facilite el diseño del plan de cuidados y la resolución del mismo. Como base para desarrollar la valoración son imprescindibles los registros de valoración inicial.

Valorar con un modelo de cuidados como referente teórico, en este caso con el modelo de Virginia Henderson, orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos en los registros pertinentes, determinando en cada caso cuáles de ellos son relevantes y cuáles carecen de valor para identificar la situación de dependencia de la persona en relación a sus 14 necesidades básicas. La valoración como primera fase del Proceso de Atención de Enfermería se relaciona con las fases restantes: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En el modelo de Henderson se encuentran los referentes teóricos para fundamentar las explicaciones en todo el proceso.

Sobre las dificultades en la valoración de enfermería, se considera: Para realizar un diagnóstico de enfermería correcto, una enfermera debe ser una observadora, astuta, una interlocutora activa y tener una buena comprensión para saber qué información debe obtener, dónde y cuándo puede conseguirla. Todo esto se inicia durante el primer paso del proceso enfermero, que es la valoración. Ya en 1859, Nightingale, en su definición de enfermería destacó la importancia que tenía la observación en la valoración enfermera, lo que constituyó en aquella época un gran avance en la concepción del trabajo que realizan las enfermeras. Junto con la observación, la entrevista constituye una de las herramientas clave en el proceso de valoración. En ella, y para obtener la máxima eficacia, la enfermera y el paciente deben establecer una relación de mutua confianza y respeto. En estas circunstancias, y tras haber realizado una valoración exhaustiva, la enfermera puede formular un diagnóstico que incluya los problemas que precisan atención enfermera. Con casi 50 años de uso del proceso de atención de enfermería (PAE) como instrumento de resolución de problemas, y pese a los avances en la aplicación del método científico, se encuentran aún dificultades para la implantación y la sistemática de las cinco fases del proceso: valoración, análisis, diagnóstico, ejecución y evaluación.

La etapa de valoración es fundamental para elaborar un plan de cuidados adecuado a las necesidades de la persona ya que, a partir de la información recogida, se toman las decisiones que llevarán a plantear el tipo de cuidados necesarios.

A pesar de haber llevado a cabo un proceso de aprendizaje con áreas específicas de formación dirigidas a las carencias formativas determinadas, se siguen encontrando incomodidades al abordar ciertos aspectos de la persona, comunes a todos los seres humanos, como son nuestras creencias y valores, así mismo faltan estrategias de trabajo para poder profundizar en algunos aspectos de la valoración enfermera y llegar así a un diagnóstico enfermero certero. Por ello, se cree conveniente aumentar los conocimientos en las áreas deficitarias del modelo de Henderson que ayuden a interiorizar la filosofía en el quehacer profesional.

La aplicación del PAE con base a las 14 necesidades básicas humanas de Henderson para otorgar cuidados implica considerar el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permita prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad. Como se ha indicado, este proceso dispone de cinco etapas interrelacionadas abordadas desde la teoría de forma individual, pero superpuestas en la práctica diaria, y que son: VALORACIÓN, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN. Cada una de las etapas del PAE, debe disponer de su correspondiente registro de enfermería constituyendo así un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo de salud.

Para poder organizar y registrar cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería se deben clasificar las necesidades y demandas de los pacientes, según un modelo de cuidados. Los más utilizados son las Necesidades Básicas de Virginia Henderson y los Patrones Funcionales de Gordon. En base al modelo de cuidados escogido, se desarrollará el plan de cuidados de enfermería pudiendo ser estandarizado o no estandarizado, con soporte informático o en papel y cuyo contenido permita el conocimiento del estado del paciente en cada momento del proceso de hospitalización<sup>10</sup>.

#### 1.1.4. Teoría de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson

La concepción de Henderson de los conceptos paradigmáticos de la enfermería están presentes en todo el proceso de cuidados y por lo tanto, en la fase de valoración. Estas conceptualizaciones emanan de la definición que realiza la autora. Sobre ello, la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

Persona	Salud	Cuidados enfermeros	Entorno
Necesidades básicas	Independencia. Dependencia.	Cuidados básicos. Relación con el equipo.	Factores ambientales. Factores Socioculturales

Para Henderson cada persona se configura como ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales y tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento. Para conocer el estado de la persona como ser único y complejo, Henderson propone hacerlo a través de la valoración de la satisfacción o no de 14 necesidades. Éstas son comunes a todas las personas y varían en sus manifestaciones y formas en función de la edad, el sexo, la etapa del desarrollo, la situación de salud o la situación personal y los factores ambientales y socioculturales (que se reflejaban anteriormente como elementos considerados por Henderson en su concepción de entorno). Elementos, todos ellos, que influyen en los cuidados enfermeros y que son necesarios para considerar y registrar en la valoración inicial de la persona.

Según Henderson, la persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades. Derivado del concepto de salud de esta autora, se considera ello como independencia-dependencia, siendo por tanto necesario determinar la valoración de la persona en relación a todas y cada una de las necesidades. Para lo cual, la autora ofrece los constructos siguientes:

**Independencia:** satisfacción de las 14 necesidades mediante las acciones adecuadas que la persona realiza por ella misma o que otros hacen en su lugar de acuerdo a su edad, etapa del desarrollo o situación de salud. Manifestaciones de independencia: conductas o indicadores de conductas que la persona u otra que hace en su lugar, que resultan adecuadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, etapa del desarrollo o situación de salud.

**Dependencia:** insatisfacción de una o de varias necesidades básicas como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes que realiza la propia persona o que otra hace en su lugar según la edad, etapa del desarrollo o situación de salud. Manifestaciones de dependencia: conductas o indicadores de conductas que la persona u otra que hace en su lugar, que resultan erróneas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer sus necesidades básicas en la actualidad o en el futuro, de acuerdo con su edad, etapa del desarrollo o situación de salud. Las manifestaciones de dependencia se concretan en lo que se desarrolla como fuentes de dificultad, falta de conocimientos, falta de fuerza y falta de voluntad.

- Fuentes de dificultad: son los obstáculos o las limitaciones personales que hacen que la persona no pueda satisfacer de manera independiente las 14 necesidades básicas, se agrupan en:
- Falta de conocimientos: se refiere a qué hacer y cómo hacerlo, con relación a cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de vida, sobre la propia persona y sobre los recursos propios y del entorno disponible.
- Falta de fuerza: se refiere a poder hacer, entendida como la capacidad física y psicológica de la persona para llevar a cabo las acciones necesarias en cada situación.
- Falta de voluntad: se refiere a querer hacer, entendida como la falta de deseo, anhelo o motivación de la persona para comprometerse, ejecutar y mantener las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades durante el tiempo necesario.

Los elementos más importantes de la teoría de Virginia Henderson son:

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz. Así se introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud. Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros, esferas en las que se desarrollan los cuidados. Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de A. Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología; de la 8ª a la 9ª están relacionadas con la seguridad; la 10ª está relacionada con la propia estima; la 11ª está relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª está relacionadas con la auto-actualización.

Las necesidades humanas básicas, y su definición según Riopelle<sup>11</sup> son:

1º.- Respirar con normalidad. Respirar: es una necesidad del ser vivo que consiste en captar oxígeno, indispensable para la vida celular, y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alveolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

2º.- Comer y beber adecuadamente. Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos, y la energía indispensable para su buen funcionamiento. El aporte de líquidos es indispensable para la supervivencia del organismo.

3º.- Eliminar los desechos del organismo. Es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de los desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer.

4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada. Es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas, lo que permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas. La actividad motriz es además un medio de expresar sus emociones (gestos, expresiones faciales)

5º.- Descansar y dormir. Necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.<sup>29</sup>. El sueño libera al individuo de sus tensiones, tanto físicas como psicológicas, y le permite encontrar la energía necesaria para sus actividades cotidianas.

6º.- Seleccionar vestimenta adecuada. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora de día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frio, calor, humedad) y permitir la liberación de movimientos. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, una idea ideológica o a un estatus social. La ropa también puede convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.

7º.- Mantener la temperatura corporal. Es una necesidad para el organismo. Este debe de conservar una temperatura más o menos constante (la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36º a 38º c.

8º.- Mantener la higiene corporal. Es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de microbios.

9º.- Evitar los peligros del entorno. Es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para así mantener su integridad física y psicológica. El ser humano se ve también amenazado en su propia integridad por estímulos que proviene de su entorno físico, social, y también de sus propias reacciones, con el fin de mantener su integridad utiliza sus mecanismos de defensa.

10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones. Es una necesidad que tiene el ser humano de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones experiencias e información.

11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión. Necesidad para todo individuo: hacer gestos, actos conforme a su noción personal del bien y del mal y de la justicia y la persecución de una ideología.

12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado. Este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo, la gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitir llegar a una total plenitud.

13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio. Recrearse es una necesidad para el ser humano: divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud. Para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación, de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar su salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales de todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente, estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacerse y que son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

## 1.2. Evaluación del cuidado de enfermería

Hoy en día la evaluación del cuidado en la investigación ha estado marcada por los aspectos conceptuales y metodológicos que aporta la teoría de sistemas, con una mirada a la estructura, a los procesos y a los resultados de la atención de enfermería. La evaluación en enfermería surge con Florence Nightingale<sup>12</sup>, alrededor de 1850, con el seguimiento de la mortalidad en los hospitales británicos y la implementación de condiciones higiénicas, mismos hechos que en seis meses disminuyeron la mortalidad de un 40% a un 2%. La evaluación del cuidado requiere mecanismos externos e internos en la organización de los servicios de salud, en una lógica de aprendizaje continuo y diálogo permanente con los sujetos del cuidado para identificar sus necesidades y la forma diversas de satisfacerlas y mantener lo más seguro al paciente durante su estancia hospitalaria.

Evaluar la esencia del cuidado es un proceso sistemático que permite identificar los problemas y las rupturas del cuidado para establecer decisiones con evidencia que busquen niveles óptimos de calidad. Evaluar es juzgar, apreciar e identificar hasta qué punto se han alcanzado los objetivos, determinar si las acciones de enfermería tiene impacto. Así, la evaluación debe ser una actividad organizada e intencionada. El cuidado de enfermería con calidad incluye una dimensión ética que se refiere a los aspectos de la relación interpersonal; es decir, el establecimiento de la empatía y el respeto a la dignidad humana en contextos culturales diferentes; una dimensión científica y tecnológica que comprende la prestación del cuidado pertinente según los avances científicos, técnicos y disciplinares; y una dimensión perceptiva que incluye la capacidad de comprender las necesidades del paciente y las formas de satisfacerlas.

La evaluación del cuidado a partir de la estructura según Donabedian<sup>13</sup> expresa que toda organización de servicios de salud debe considerar los aspectos físicos, los insumos y materiales, la tecnología para el cuidado de la salud, los recursos en informática y los registros del sistema de información en salud. Se refiere también a las personas que intervienen en el servicio, su nivel de preparación y las normas y estándares que regulan el ejercicio de la atención. La evaluación de la estructura proporciona una base para asegurar que se dispone de las condiciones óptimas para el buen funcionamiento en los niveles de calidad esperados; no dice cómo funciona, sino cómo debería funcionar si se dispusiera de medios adecuados.

Los siguientes son criterios de la estructura que se deben evidenciar en enfermería:

- Tiempo para establecer una relación intersubjetiva eficaz y humana. Como lo expresa Henderson, la función de enfermería en el cuidado de los pacientes es compleja y requiere tiempo, pues se inscribe en el mundo subjetivo y de la vida: las enfermeras deben, de alguna forma, ponerse en la piel de cada paciente para conocer qué clase de ayuda necesita de éste.
- La evaluación de la estructura de los cuidados de enfermería debe enfatizar en el establecimiento de las normas del recurso humano requerido para brindar el cuidado, su nivel de capacitación y la experticia en el desempeño de sus funciones.

- Otro de los aspectos que se debe evaluar en la estructura es la información, misma que debe permitir diseñar, ejecutar, planificar y evaluar la gestión del cuidado de enfermería para adaptar las decisiones frente al cuidado. Según la OPS, las terminologías estandarizadas del cuidado, conocidas también como nomenclaturas, sistemas de clasificación, taxonomías, o idiomas estandarizados fueron desarrolladas para aumentar la calidad de los cuidados de enfermería, así como su visibilidad, a través de la documentación de la información confiable sobre la práctica de la enfermería.<sup>14</sup> La NANDA, manifiesta que los diagnósticos de enfermería facilitan la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes y proporcionan una dirección inicial en la elección de los tratamientos y posterior evaluación de los resultados de los cuidados.<sup>15</sup>

La Nursing Interventions Classification (NIC)<sup>16</sup>, como otro sistema de información, define las acciones de cuidado de los profesionales de enfermería tanto independientes como los de colaboración, así como los cuidados directos e indirectos. Una intervención de enfermería es todo tratamiento basado en el juicio y en el conocimiento clínico para favorecer los resultados esperados del paciente. Los últimos esfuerzos desde la investigación se han centrado en definir medidas de los resultados del cuidado en la práctica de enfermería. La Nursing Outcomes Classification, NOC, define los resultados estandarizados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados en el paciente. El uso de los tres lenguajes permite una planeación armónica del cuidado de enfermería y facilita el proceso de toma de decisiones.

Evaluar el proceso del cuidado desde el enfoque sistémico incluye la valoración de la actuación técnica, incluye la valoración de los conocimientos y juicios que llevaron a realizar las acciones de cuidado y de la destreza para ejecutar dichas acciones. En la práctica de enfermería, según Kerouac, se une el qué del cuidado y el cómo de la interrelación enfermera paciente. Es en este acto de cuidar donde se recurre a diversos procesos como la reflexión, la integración de valores y creencias, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico y la intuición.<sup>17</sup>

Castrillón, manifiesta que el desarrollo profesional de la enfermería ha pasado de las tareas y procedimientos técnicos que la caracterizaron como ocupación, a la construcción de un cuerpo disciplinar y a la elección de un método de trabajo, tal como: el proceso de atención de enfermería, PAE, como estrategia que no sólo apoya los procesos pedagógicos para el entrenamiento clínico, sino que también orienta la organización del trabajo enfermero.<sup>18</sup> Lo anterior, se basa en la valoración que los profesionales hacen en función de las necesidades de los pacientes, de la habilidad con que llevan a cabo sus acciones y de las características de la acción en sí. Proporciona información acerca de la competencia de los profesionales, de sus vivencias y de los recursos que movilizan para el cuidado.<sup>19</sup>

La evaluación de los resultados del cuidado evidencia los cambios generados, se constituyen en el análisis del impacto de las acciones del cuidado. La evaluación de resultados debe promover la eficacia colectiva a partir del intercambio de conocimientos, vivencias, experiencias de los errores y aciertos que generen cambios en el cuidado, los resultados han sido establecidos por indicadores trazados, como la mortalidad y la morbilidad evitable, la satisfacción del paciente<sup>20</sup>, la eficiencia y los costos de la atención, entre otros<sup>21</sup>.

La evaluación se fundamenta en un proceso de reflexión de lo que hacemos, de cómo logramos cambios y resultados en el cuidado. Es la contemplación crítica que permite crear e inventar una infraestructura, unos procesos que mejoren el contexto de los servicios de salud y del ser en enfermería.

### 1.3. Los Registros clínicos de enfermería.

La documentación es un tema importante para la enfermería, se plantea que un buen registro de la enfermería es considerado como una prueba de competencia profesional,<sup>22</sup> un registro preciso y completo ha sido descrito como la base central para la calidad de la atención al paciente<sup>23, 24, 25, 26</sup> y es esencial para la práctica segura y efectiva,<sup>27</sup> sobre todo en los hospitales.<sup>28</sup>

Los sistemas de evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería son a menudo basados en la auditoría de los registros de enfermería,<sup>29, 30, 31</sup> siendo los registros una herramienta que a menudo es útil para la acreditación de servicios y control de calidad en enfermería.<sup>32, 33</sup>

Las auditorías de los registros de enfermería realizados para evaluar la calidad de la atención se han limitado. Las herramientas de auditoría han sido desarrolladas para evaluar la calidad de registro en lugar de la calidad de la de los cuidados de enfermería.<sup>34, 35, 36</sup> Por ello se menciona que los registros no reflejan necesariamente la realidad de la atención realizada.<sup>37, 38, 39, 40, 41</sup> por lo que se analiza y presenta la siguiente frase "Si no se registro, no se realizó,"<sup>42</sup> teniendo un significado legal, pero no siempre corresponde con la realidad de la atención. Así que la relación entre las omisiones o deficiencias de documentación y la atención de baja calidad aún debe ser investigada.

En la documentación o registro como método de comunicación, ya sea escrita u oral, se ha identificado como una contribución de aproximadamente el 50% de todos los eventos adversos para los pacientes.<sup>43</sup> Con la inminente introducción de registros electrónicos de salud, las enfermeras son muy conscientes de la necesidad de mejorar su comunicación escrita sobre la atención que prestan. De hecho, se sugiere que la evaluación del estado actual de documentación de enfermería es un paso inicial e importante en la conversión a la documentación electrónica.<sup>44</sup> Además, un estudio australiano,<sup>45</sup> demostró que la introducción de normas ha dirigido con éxito a una mejora en la documentación de enfermería.

El registro del cuidado de la salud se ha definido como un documento que da cuenta la salud de una persona su la enfermedad o el tratamiento, expresado en un copia impresa o en formato electrónico.<sup>46</sup> Una definición de la enfermería y partería de documentación se desarrolló como parte del proceso de la norma en desarrollo, considerado que:

La documentación en enfermería y partería es un proceso en el que la experiencia del paciente desde su admisión se registra en una forma que permite a todo el personal clínico involucrado en los pacientes para su atención para detectar los cambios en el paciente su condición y la respuesta al tratamiento, así también refleja la prestación de la asistencia. Esta definición hace hincapié en el papel de la documentación de enfermería de acuerdo todos los miembros que intervienen en el cuidado de la salud, como un equipo informado que señala el estado del paciente, su cuidado y su respuesta a la atención,<sup>47</sup> basado en las normas mínimas sobre la documentación de enfermería.

El registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente. Las notas son una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos, tanto personales como familiares que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad o estado de salud actual.<sup>48</sup>

El número de profesionales de enfermería que hoy dan relevancia dentro de su ejercicio profesional al registro es cada vez más elevado; sin duda el desarrollo legislativo ha contribuido a hacer conciencia de la importancia de la evidencia escrita como parte de la calidad del cuidado. Sin embargo, persiste un amplio grupo que no deja constancia escrita de sus intervenciones, más aún, cataloga esta actividad como “papeleo” o “carga administrativa” que se añade a sus funciones; argumentos que posiblemente pueden ocultar la falta de habilidad para documentar su trabajo, desconocimiento del lenguaje adecuado o debido a un modelo de formación académica subordinado a otras profesiones donde se espera que otros los realicen.

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

Al realizar un registro de los cuidados otorgados, debe consignarse toda la información del turno relativa a un paciente y resumir todos los procesos e intervenciones a que ha sido sometido, tanto para constatar su actuación, como para facilitar el posible seguimiento por parte de otros colegas enfermeros; por consiguiente está obligado a extremar el rigor de su contenido, es decir registrar incluso lo que se pensó, se dijo o se hizo acerca del paciente. De ahí se deriva su importancia, ya que intenta describir el problema del paciente, orientar la terapéutica del tratamiento, poseer un contenido científico investigativo, adquirir carácter docente, ser un importante elemento administrativo normativo de la institución y finalmente tener implicaciones legales.

Ante la falta de registros que describan los problemas que enfrentan los profesionales de enfermería en su práctica y los efectos de sus intervenciones, es imposible identificar y constatar lo indispensable y específico que aportan a la atención de la salud de las personas, evaluar la naturaleza, eficacia, calidad y valor de los cuidados de enfermería.

Los programas y las nuevas reformas en salud apuntan a reducir el presupuesto para el cuidado de la salud, presionando a las instituciones abordar temas de productividad relacionados con el dinero gastado en enfermería. Lo anterior, debe conducir al colectivo a realizar una documentación fiable y válida que dé cuenta del estado de los pacientes y su correlación con los problemas de salud, intervenciones y resultados, que permita el análisis conjunto de los datos, genere nuevos conocimientos acerca de la calidad y utilidad de los cuidados que se brindan y proporcione información sobre la cual puedan tomarse decisiones para la asignación efectiva y eficaz de los recursos de enfermería.

En la medida en que los profesionales de enfermería den visibilidad a la forma como contribuyen al bienestar del paciente y puedan recuperar y analizar datos de su práctica, tendrán cada vez más herramientas para demostrar que los cuidados de enfermería marcan una diferencia en la salud. Es la forma de debilitar supuestos negativos, como el que afirma que los pacientes reciben los

mismos cuidados y se logran los mismos resultados en la atención, con personal menos capacitado (y por tanto menos costoso). Mientras falten documentos y estadísticas relativas, los datos escritos que representen con exactitud su práctica clínica, no se tendrán argumentos válidos para entrar a refutarlos y por tanto a desvirtuarlos.

El papel que se le reconoce a los registros de enfermería es el de servir como:<sup>49</sup>

- Instrumento de apoyo a la gestión, pues permite calcular cargas de trabajo, número de personal requerido, hacer control de calidad del cuidado y conocer resultados de la atención.
- Instrumento jurídico, utilizado como evidencia entre usuario y prestador de servicio de salud, se constituyen en testimonio documental de los actos del profesional requerimientos por las autoridades correspondientes (responsabilidad legal).
- Instrumento para dejar constancia escrita del acto de cuidado que refleja el ejercicio profesional, y prueba de los lineamientos humanos, éticos y científico desarrollados en las intervenciones (responsabilidad ética).
- Instrumento para facilitar evaluar, reorientar y aprender de la propia práctica como también para el desarrollo de un lenguaje común entre las enfermeras a fin de disminuir la variabilidad en la práctica (responsabilidad profesional).

La importancia del aporte de los registros para el enriquecimiento de la disciplina en el mantenimiento de las actividades propias del área, ha sido planteado por Hontangas<sup>50</sup> cuando dice que la documentación acerca de la práctica de la enfermera es necesaria para evaluar y mejorar su eficacia y productividad y la mejor forma de evidenciar lo que hacen los enfermeros por sus pacientes en lo intelectual, emocional social y físico.

Igualmente, se considera el registro como el documento básico en todas las etapas del proceso de atención de enfermería, el cual debe ser concebido como una forma de desarrollo de la profesión. Al respecto, Benavent,<sup>51</sup> reafirma su importancia para la profesión cuando expresa que el registro favorece el desarrollo de la disciplina enfermera, pero además posibilita el intercambio de información sobre cuidados mejorando la calidad de la atención que se presta y permite diferenciar la actuación propia de la del resto del equipo.

Desde la nueva perspectiva del trabajo multidisciplinar e interdisciplinar en salud, donde el respeto, la confianza y la comprensión de la capacidad que cada profesión aporta al cuidado de los pacientes, se requiere elaborar registros con datos estructurados, con un lenguaje propio pero igualmente comprensible a todos los miembros del equipo de salud, que reflejen la relación dialógica y la interacción recíproca entre enfermero y sujeto de cuidado, desde la dimensión de participar, actuar junto con otro, interesarse, ayudar y cooperar.

Los beneficios de un buen registro se presentan a continuación:

- Evalúan todo el proceso de atención de forma continuada y permanente.
- Sirven de posible fuente para la puesta en marcha de proyectos y estudios de la calidad, costo eficacia, efectividad y resultado de los cuidados en pacientes hospitalizados.

- Permiten la medición del costo de los servicios brindados por parte del personal de enfermería.
- Facilitan el desarrollo de un lenguaje para comunicar las funciones singulares de enfermería.
- Permiten la articulación con los sistemas de clasificación de otros profesionales de salud.
- Apoyan la planificación y organización adecuada de los recursos, el tiempo y los servicios profesionales en general.
- Favorecen la continuidad de la atención dentro de la misma profesión.
- Se constituyen en fuente de información para la elaboración de los planes de formación continuada y reciclaje profesional.
- Suministran información para la evaluación de protocolos de actuación

A pesar que en la literatura se tienen plenamente identificados los aportes de los registros de enfermería, la realidad muestra que frecuentemente sus contenidos no se traducen en una exposición sistemática de los cuidados brindados al paciente, incumplen con determinadas exigencias metodológicas que no evidencian realmente el juicio profesional porque se limitan a describir las respuestas fisiológicas del paciente a su estado patológico.

El sistema rutinario de notas y de intercambio de información al final del turno se contraponen con la precisión y oportunidad; se observan notas narrativas imprecisas e inadecuadas, cuyo contenido y formas son tan variados como el personal que las consigna. En el informe de cambio de turno se transfieren datos de enfermería necesarios para la continuidad de la atención mediante comunicación verbal directa que pocas veces pasan a formar parte de la historia del paciente, de igual forma se registran un conjunto de datos para otras personas, pero los datos de enfermería relativos al estado de los pacientes que podrían indicar problemas, guiar la selección de intervenciones y mostrar el logro de resultados buscados, permanecen no registrados o irre recuperables.

Las fallas que se han detectado en los diversos estudios con respecto a los registros clínicos son:

- Uso inadecuado de términos médicos.
- Empleo de notas descriptivas con repetición de anotaciones de cuidado y observaciones de rutina con ausencia de juicio profesional y precisión.
- Presencia de información no válida, extensa que no refleja con claridad los problemas, las necesidades, capacidades y limitaciones de los pacientes.
- La concepción del registro de enfermería como elemento estático, puntual en el tiempo y no como un proceso continuado durante las intervenciones de cuidado del paciente.
- La evaluación que se hace a los registros obedece más a exigencias administrativas para la facturación y pago de servicio, lo que convierte la auditoría del registro en un acto penal más que un instrumento formativo.
- Un bajo cumplimiento de la normatividad: falta de datos de identificación, errores gramaticales, uso de corrector, borrones, abreviaturas no convencionales que inducen a error, líneas en blanco, firmas ilegibles. Considerar que el registro puede realizarse después de completar otras tareas, "si hay tiempo".
- No existe un consenso a la hora de registrar de forma estandarizada, en cada servicio se realizan de diversas formas. A partir de los contenidos de los registros no es fácil conocer el

estado actual del paciente. Los registros reflejan falta de experiencia en su elaboración, se ignoran aspectos psicológicos, emocionales, socioeconómicos y espirituales de los pacientes.

- Las diferencias de objetivos que existen entre la elaboración del registro en la práctica y la formación del estudiante, por un lado enseñar cómo hacerlo adecuadamente y por otro, el modelo de la enfermera asistencial que escasamente registra por estar inmersa en registros diferentes al acto de cuidar.

Los aspectos anteriormente listados permiten ser clasificados en términos de proceso, siguiendo a Donabedian.<sup>52</sup> Es posible que el incumplimiento en la actividad del registro esté relacionado con la falta de capacitación del personal de enfermería y es hacia ese factor de proceso donde deben dirigirse las intervenciones. La identificación de áreas de desempeño problemáticas o poco fiables en la práctica es necesario para la elaboración de estrategias e instrumentos útiles en apoyo a la toma de decisiones.

Como se deduce de todo lo anterior, el camino no es simplemente encontrar una manera de registrar las intervenciones de enfermería, sino uno que conlleve a intentar encontrar mejores maneras de manejar y transformar la información para apoyar la práctica enfermera y por otro lado, al establecimiento de un compromiso para definir la cantidad y calidad de la información básica a obtener de cada paciente, a fin de facilitar el desarrollo de un sistema de anotación profesional eficiente basado en la suma de la experiencia acumulada y los avances teóricos que repercuten en la práctica.

Acerca de las normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería, debe considerarse que los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria. Están integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con rigor científico para garantizar la calidad de los mismos. Hacer el registro de los cuidados que la enfermería proporciona diariamente a los pacientes es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad en los cuidados como para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales, deben conocer no sólo el adecuado cumplimiento de los registros, sino también la legislación vigente que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud. Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución.<sup>53</sup>

La enfermería como disciplina profesional se desarrolla históricamente con base en la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejan constancia de todas las actividades que llevamos a cabo en el proceso de cuidados: posibilitan el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo; manifestando así el rol autónomo de la enfermería.

Facilitan la investigación clínica y docencia de enfermería, ayudando así, a formular protocolos y procedimientos específicos para cada área de trabajo.

Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios tanto, materiales como personales, adecuándolos a las necesidades generadas en cada momento, permitiendo por un lado, el análisis del rendimiento, y por otro el análisis estadístico. Tienen una finalidad jurídico-legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del personal sanitario respecto a su conducta y cuidados al paciente. Sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza, se puede

transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinario y profesional.

La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimen la actuación del profesional sanitario. Todas estas normas para mejorar la calidad de información tienen como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales,<sup>54</sup> como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente.

La historia clínica,<sup>55, 56</sup> es el conjunto de documentos que contiene los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. La naturaleza de los datos que puede contener debe asegurar la confidencialidad de su contenido y, por tanto la intimidad de la persona a la que hace referencia la información, siendo obligatorio registrar todos los datos del curso clínico y de la respuesta del paciente al tratamiento desde su ingreso hasta el alta. Así, constituye una prueba legal ante un tribunal de justicia y su contenido está regulado en la Ley.

Las normas para el cumplimiento de registros, tales como las reglas o recomendaciones básicas deben ser usadas independientemente del soporte, modelo o plan de cuidados de enfermería.

Los registros deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales. Conviene no utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos. Cabe describir de forma objetiva el comportamiento del paciente; anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas, y registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados. A su vez, los registros deben ser precisos, completos y fidedignos, los hechos deben anotarse de forma clara y concisa. Igualmente, deben expresar sus observaciones en términos cuantificables. Los hallazgos deben describirse de manera metódica, tipo, forma, tamaño y aspecto. Se debe hacer constar fecha, hora y firma legible de la enfermera responsable. Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho”.

Además, los registros, en cuanto a legibilidad y claridad, deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás si no pueden descifrarlas. Ante una mala caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta, hacer anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente. Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.

No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado “error” con firma de la enfermera responsable. Cabe señalar la firma y categoría profesional legible, anotando el nombre más apellido completo o bien inicial de nombre y dos apellidos.

### 1.3.1. Marco legal de los registros y notas de enfermería

El ejercicio de la enfermería como proceso, avanza, en la recolección de los datos, de lo general a lo específico y se vale de la observación, la comunicación y el registro.

El concepto de mala praxis, en Costa Rica, se refiere a la práctica inadecuada de la profesión médica. La frase se origina en el anglicismo *malpractice*, en lugar de práctica imprudente. En sentido amplio, se aplica a la profesión médica y a otras profesiones estrechamente vinculadas con el ejercicio de la Medicina. De ello, la responsabilidad profesional significa el ejercicio inadecuado de la profesión con resultado dañino. Está ligado al concepto de daño o lesión en la persona, sus intereses o sus bienes. La práctica errónea de la enfermería es derivada de la responsabilidad culposa. La persona incurre en ella sin la intención de causar un daño a otro.<sup>57</sup>

La responsabilidad profesional es conocida tradicionalmente como culpa. Según el concepto civil de culpa, se definen cuatro categorías:

1. Impericia. Actuación sin los conocimientos fundamentales. Es una ignorancia inexcusable.
2. Imprudencia. Actuación temeraria o precipitada.
3. Negligencia. Omisión o demora injustificada en la actuación o una actuación perezosa, con falta de celo y de constancia profesionales.
4. Inobservancia de reglamentos o normas. Incumplimiento de la obligación de respetar los reglamentos internos o específicos de la institución y las reglas del servicio; se incluyen los principios éticos, los derechos del paciente, los derechos humanos y otros afines.

La enfermería es una profesión que tiene como objetivo primordial cuidar, mediante la satisfacción de las necesidades de la persona. En la actualidad es indispensable evidenciar esta actividad, mediante los registros que se llevan a cabo en las hojas de enfermería, elemento que forma parte del expediente clínico como lo establece en la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-12, de los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar, que incluye los registros de las intervenciones de enfermería. De igual manera, es importante hacerse presente mediante la evidencia escrita sobre el cuidado que brinda, plasmando todas y cada una de sus actividades de enfermería. Los registros son los documentos que presentan resultados obtenidos, como también proporciona seguridad de las actividades y procesos que fueron realizados en un determinado momento. Muestra evidencia de lo que fue planificado y sustenta de forma escrita que se llevó a cabo, así como la conformidad, y de los resultados obtenidos.

En el caso de enfermería, el registro es una herramienta mediante el cual se evalúa el nivel de la calidad técnico, científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería, que refleja no solo su práctica del cuidado, sino también el estado actual del paciente. De igual manera, en los registros clínicos las enfermeras realizan notas que son una narración clara, precisa, detallada, ordenada de datos y conocimientos, tanto personales como familiares que reflejan el estado primordial del paciente, que sirven como base para definir el estado de salud del paciente.

La importancia de la calidad de los registros clínicos de enfermería implica que pueda ocurrir una evaluación del proceso de atención de forma continua y permanente, de la misma forma puede

servir como posible fuente para la respuesta en marcha de proyectos y estudios de la calidad, costo-eficacia, efectividad y resultados de la calidad de los cuidados otorgados, favoreciendo la continuidad de la atención del paciente, manteniendo seguro al paciente durante su estancia hospitalaria, evitando o previniendo eventos adversos que pudieran afectar al estado de salud de la persona.

La importancia de evaluar la calidad del cuidado a partir de los registros clínicos de enfermería es de suma importancia. En la actualidad, se han desarrollado varios indicadores de calidad que evalúan la atención y los diferentes procesos o de diversos productos. Por tal motivo, es recomendable contar con un plan de mediciones que ilustre los momentos y los resultados en que serán aplicados. Esto para enfermería es esencial, ya que es una profesión que constantemente debe evaluar sus cuidados.

En términos generales, puede entenderse y explicarse a la calidad de atención de enfermería como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la reestructuración en cada paciente, así mismo satisfaciendo la totalidad de las necesidades. Así, la calidad de los servicios de enfermería se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua 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 servicios.

Para hablar de evaluación del cuidado se tiene que conceptualizar lo que es evaluación y cómo se llevará a cabo el proceso evaluativo de los registros clínicos como evidencia de la calidad del cuidado de enfermería. En el ciclo de gestión de calidad, la fase de evaluación abarca tres aspectos fundamentales: una medición, una comparación de eventos o fenómenos, y una confrontación o contrastación análoga.<sup>58</sup>

En cuanto a la medición, se refiere a utilizar las mismas categorías de análisis y variables empleadas en la primera medición (la medición basal), con el objeto de cuantificar los efectos de la intervención en pro de la mejora. Lo segundo, la comparación de eventos o fenómenos, se refiere a resaltar las diferencias entre el antes (medición basal) y después (medición posterior a la intervención), ya que se pretende observar un cambio, siempre encaminados a la mejora continua. Lo tercero, contrastación análoga, asegura que la técnica estadística y el tamaño de la muestra sean análogos. Los tres puntos anteriores surgen de la necesidad de sustentar y argumentar adecuadamente los resultados obtenidos de cada evaluación realizada.

Al poner en marcha un programa de mejora se busca mejorar la calidad del cuidado en la profesión de enfermería. El objetivo de evaluar es determinar qué actividades funcionaron y cuáles no, con el fin de continuarlas, corregirlas o terminarlas. En esta etapa se revisan los cambios efectuados al plan original y se busca medir el efecto de dichos cambios en el comportamiento del indicador considerado”.<sup>59</sup>

De manera general se ha hecho mención sobre la evaluación del cuidado y la satisfacción de necesidades, pero para enfermería es un punto de gran importancia ya que el cuidado engloba gran cantidad de aspectos en relación a la persona que será cuidada, de igual manera existen diversas teorías en enfermería que guían la práctica del cuidado. Estas se definen como una serie de conceptos relacionados que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa.<sup>60</sup> Por tal motivo, como se ha venido anotando, se toma como referencia a la teoría de Virginia Henderson, la cual está desarrollada principalmente en las 14 necesidades, ya que esta teoría incorporó los

principios fisiológicos y psicopatológicos, así mismo es una de las teorías con más generalidades en cuestión de conocimiento en el ámbito de la enfermería.

Para constatar que se está proporcionando calidad del cuidado, es necesario reafirmar los procesos administrativos enfocados a la calidad total. En la práctica, enfermería no es independiente a los procesos administrativos, si no que se acerca cada día más a la administración y gestión del cuidado, por el hecho de trabajar con recursos humanos, de aquí la importancia que se le atribuye dentro del proceso de producción para mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

La Real Academia Española define calidad, en su primera acepción, como una propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Igualmente, puede definirse también como el conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios y que permiten clasificar a éstos en diversas categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de los clientes.

Es importante comprender el carácter relativo del concepto de calidad, sólo de este modo podrá ser claro por qué un mismo producto puede ser de buena calidad para unos, mientras que para otros puede dejar mucho que desear. En enfermería su producto final es “el cuidado” que brinda a los pacientes, de donde la calidad es relativa.

Un producto es el resultado de un proceso, es decir, de un trabajo realizado para satisfacer las necesidades de los clientes, esto para enfermería será brindar el cuidado con relación a la necesidad requerida mediante una intervención realizada, dejando satisfecho al paciente. Como producto en los sistemas de salud, se define como servicio el trabajo realizado para beneficiar a otro, tanto en su persona como en algún objeto de su propiedad. De ello, la atención a la salud es un servicio en tanto que pretende el beneficio de los usuarios al procurar que éstos preserven o recuperen su estado de salud. Para evaluar la calidad del cuidado se hace referencia en el proceso de Donabedian,<sup>61</sup> respecto al proceso, la estructuración y el resultado. Este proceso se adapta a la evaluación de la calidad de los registros clínicos en enfermería, donde la calidad del cuidado se ubica considerando:

Características de la atención: Interrelación, que se establece entre el paciente y el personal de enfermería. En esta categoría se incluyen la oportunidad, la cortesía y el apego a normas y procedimientos. Enfermería por su naturaleza, se apega a las políticas establecidas, normas y procesos generalizados que se lleven a cabo durante la atención de los pacientes.

Para Donabedian,<sup>62</sup> la calidad de la atención es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud. La calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Igualmente, se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles se definen a su vez en función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con que (se) cuenta para proporcionar la atención y con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, resultados de la atención evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma.

La calidad de la atención médica, tanto en su dimensión técnica como en la dimensión interpersonal, puede ser evaluada desde tres puntos de vista:

1. estructura: comprende las características relativamente estables de la organización de salud que proporciona la atención. Estas características se refieren a los recursos financieros, materiales y humanos, así como también a la forma en que estén organizados para proveer el servicio a la población; reglas, normas, procedimientos, documentos que integran el sistema de información. También incluye los conocimientos y habilidades que aplica el personal de salud para brindar la atención.

2. proceso: conjunto de actividades realizadas por el personal de salud para atender a los usuarios y solucionar sus problemas. En el caso de enfermería se atribuyen las intervenciones realizadas para satisfacer esa necesidad o cubrirla satisfactoriamente, también incluye las actividades que realizan los propios usuarios en beneficio de su salud. Son elementos del proceso de atención, la forma en que el médico examina al paciente, sus decisiones diagnósticas y terapéuticas y el apego del paciente al tratamiento establecido. Este segundo elemento revela la importancia del apego al tratamiento y continuidad del mismo, ya que mediante estos aspectos se lleva a la calidad.

3. resultado: se refiere a los cambios en el estado de salud de la población atendida que pueden ser atribuidos al proceso de atención. Los resultados consisten en una mejoría en el estado de salud, pero también en el peor de los casos (la iatrogenia) en un daño causado por el tratamiento.

### **1.3.2. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.**

La norma tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica.

En ellas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad.

Con la expectativa de que su contenido se convierta en una firme aportación a los esfuerzos y procesos de integración funcional y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, esta norma impulsa el uso más avanzado y sistematizado del expediente clínico convencional en el ámbito de la atención médica y orienta el desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico principalmente.

**Objetivo:** Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

**Campo de aplicación:** Esta norma, es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

#### Generalidades

Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;
- En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;
- Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente; y los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables. Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

De los reportes del personal profesional y técnico<sup>63</sup>

- Hoja de enfermería.
- Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo: Habitus

exterior; Gráfica de signos vitales; Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita; Procedimientos realizados; y Observaciones.

### **1.3.3. Auditoría como método de evaluación de los registros de enfermería**

La auditoría es la herramienta para controlar la calidad del trabajo del equipo de enfermería y se utiliza con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios prestados. Existe una correlación positiva entre los registros y la calidad de la atención. Por lo tanto, se puede evaluar la enfermería la atención por medio de registros que reflejan la calidad de cuidados de enfermería.<sup>64</sup>

La auditoría es un sistema de revisión y control, informar a la administración sobre la eficiencia y eficacia en el desarrollo del programa. Su función es indicar las deficiencias y problemas, pero también señalar las sugerencias y soluciones. Es por tanto una herramienta de carácter educativo.<sup>65</sup> Se define como el examen oficial de los registros de la enfermería para evaluar, monitorear y mejorar la atención de enfermería,<sup>66</sup> y como un método para evaluar la calidad de atención de enfermería a través de los registros de enfermería, después de la aprobación de la gestión de la paciente.<sup>67</sup> La auditoría también puede ser entendida como un proceso sistemático de evaluación de la atención de enfermería, a través de las notas en los registros de enfermería que refleja la condición del paciente.<sup>68</sup>

Hay dos tipos de auditoría: una retrospectiva y operativa o recurrente.<sup>69</sup> La auditoría retrospectiva de podrá realizar después del alta del paciente y utilizar los registros para su evaluación. La operativa es cuando el paciente está hospitalizado y en ese momento de evalúan los registros.

La calidad de la atención de enfermería no sólo incluye la formación las enfermeras o el restablecimiento de la salud del paciente o cuando sea posible la mejora de condiciones de vida, sino también el resultado del hospital, según lo medido por la calidad de documentación y registro de todas las acciones de la enfermería. Es decir, la calidad del registro de la atención refleja la calidad de la atención y la productividad. Sobre la base de estos registros, siempre se puede construir el mejor cuidado de la práctica, y aplicar acciones destinadas a la mejora en los resultados operativos.<sup>70</sup>

Las notas de enfermería son una herramienta que establece comunicación entre enfermeras, teniendo en cuenta que tiene como propósito establecer una efectiva comunicación entre el personal de enfermería y otros profesionales involucrados en el cuidado de los seres humanos. Igualmente, significa la base para la preparación del plan de atención del paciente, una fuente de datos para la evaluación de la atención. Se utiliza para controlar el paciente y constituye un documento legal, tanto para el paciente y para el equipo de enfermería con respecto a la atención, contribuyen a la auditoría de la enfermería y el trabajo.<sup>71</sup>

#### 1.4. Estudios relacionados.

A continuación se muestran algunos hallazgos de estudios publicados que fueron relevantes para el estudio con relación a la evaluación y auditoría de los registros clínicos de enfermería. La búsqueda se efectuó en las bases de datos electrónicas Cochrane Library, CINAHL, entre otros hasta abril del 2014, para encontrar estudios sobre la atención real y su registro, encontró que la observación directa de los cuidados de enfermería y la recolección de datos sobre la atención, es un método más confiable que las entrevistas o encuestas retrospectivas.<sup>72</sup> Las palabras clave de las observaciones, los registros de enfermería y la atención se introdujeron en la búsqueda junto con sus sinónimos y combinaciones adecuadas. Los artículos recuperados fueron analizados de pertinencia y calidad. Sólo dos estudios se encontraron de enfermería en comparación sobre la atención y sus registros.

El primero fue un estudio cualitativo fue realizado por Jones,<sup>73</sup> que exploraba valoraciones de los pacientes de hospitales sobre la admisión, usando observaciones, audio-grabación de las entrevistas y revisión de registros. En este artículo no se podría utilizar para comparar la atención y sus registros, porque las observaciones se realizaron en diferentes pacientes de aquellos cuyos registros han sido auditados. El audio grabado en entrevistas fue comparado con los registros de enfermería. El análisis fue de tipo cualitativo, y no dio más datos cuantitativos comparables.

Un segundo estudio revisado por Lundgren,<sup>74</sup> fue de observación llevado a cabo con el fin de analizar las rutinas que rodean el uso de cánulas periféricas y la aparición de complicaciones. El cuidado, manejo y complicaciones de dispositivos intravenosos se observaron en 60 los pacientes y sus registros de enfermería de forma retrospectiva encuestada. Los resultados de este estudio demostraron que mientras la atención de los dispositivos era muy pobre, se produjeron varias complicaciones. En ningún caso los registros de enfermería proporcionaron la documentación acerca de la presencia de los dispositivos insertados o sus complicaciones. Este estudio tuvo como objetivo investigar un específico aspecto de la atención en un solo sitio y con una muestra pequeña, por lo que los resultados no pueden generalizarse. De ello, se puede indicar que sobre la base de la literatura crítica, la evidencia para la relación entre el cuidado real realizado y lo registrado en la documentación de enfermería es muy escasa.

Aunque la documentación de enfermería es una herramienta valiosa para comunicar la información del paciente a las enfermeras y otros profesionales de la salud, a menudo es difícil para los médicos ver los beneficios, como se encontró en el estudio realizado por Gropper.<sup>75</sup>

En el periodo de Octubre y Noviembre de 1999, se realizó un estudio en México, en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", de la SSA, con respecto a la trascendencia que tienen los registros de enfermería en el Expediente Clínico como lo establece la NOM 168, de los reportes de personal técnico y auxiliar, ya que hace mención sobre lo indispensable de que cada paciente deberá contar con estos registros, los cuales son reportes de su estado de salud y tratamiento. Esta investigación se llevó a cabo en el Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria. Lo trascendental de esta investigación fue la importancia que le dan las enfermeras a los reportes o notas que plasman en la hoja de enfermería, de igual manera si estaban presentes estos reportes en el expediente del paciente. Su principal objetivo de estudio fue analizar la importancia que le asignaban las enfermeras a los registros en el expediente clínico y el conocimiento que tenían sobre la conformación del expediente, los

resultados que se obtuvieron. En ellos se observa un mal manejo y llenado de las notas de enfermería, ya que no se realizaban anotaciones correspondientes, no le daban la debida importancia a éstos, al ignorar los aspectos, psico-emocionales, socioeconómicos y espirituales del paciente.

Otro estudio se realizó en el Hospital General de México en el año 2000 – 2002, se inicia con un programa sobre los registros clínicos de enfermería, con la estructura de un proceso enfermero, el cual deberá incluir las 5 etapas, las cuales se tendrían que plasmar en la hoja de enfermería, como parte de sus actividades e intervenciones, basado en la teoría de D. Orem. Este programa se inició dando a conocer el proceso enfermero y su aplicabilidad, mediante la capacitación al personal; posteriormente, se evaluó en el 2006. La importancia de este estudio es su enfoque hacia el proceso de enfermería basado en una teoría. Este estudio tiene utilidad como inquietud sobre los registros enfermeros. Sirve para dar inicio a la investigación y relación que hay entre el proceso de atención y los registros, ya que de manera objetiva los dos son encaminados hacia el cuidado del paciente.<sup>76</sup>

En el periodo de enero a marzo del 2005, la CONAMED llevó a cabo una revisión de elementos esenciales para comprender el régimen jurídico, del acto médico que incluyen a enfermería como parte del equipo multidisciplinario de salud, aunque no lo plantean de una forma explícita sobre los registros clínicos de enfermería, si hacen mención sobre la importancia que tienen los registros de forma escrita en el expediente clínico como régimen jurídico del acto médico, de los reportes del personal técnico y auxiliar, según la NOM 168, en ese entonces. Esta evaluación se llevó a cabo en instituciones de salud del gobierno Mexicano, de la Secretaria de Salud, aunque no hacen referencia de qué instituciones. Los resultados obtenidos de esta auditoría se publicaron en esa misma fecha, en la revista CONAMED. Lo relevante de este informe es el aspecto ético-legal, y la importancia que se asignan a las hojas y notas registradas que incluyen en el expediente clínico según la NOM 168, que le atribuyen como factor de riesgo en un 10%, para que el paciente pueda tener un evento adverso, si no se realizan de forma correcta estas anotaciones u observaciones. De igual manera, lo anteponen como factor de riesgo para que no se cumpla la normatividad o estándares de seguridad del paciente hospitalizado, ya que de no hacerse favorece a una mala comunicación o falta de seguimiento del tratamiento terapéutico.<sup>77</sup>

Por otra parte, las investigaciones en relación a los cuidados y los registros clínicos se han llevado a cabo con mayor frecuencia a nivel internacional y en países desarrollados donde la enfermería tiene un gran número de investigaciones.

En la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cauca Colombia en julio del 2006, se realizó un estudio para conocer y analizar la importancia que tienen los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado otorgado. Las enfermeras de este facultad, se dieron a la tarea de acreditar y resaltar la importancia que tienen los registros clínicos como evidencia del acto del cuidado que realiza el personal de enfermería, lo anterior se logra mediante la realización de los registros de calidad y para avalar el trabajo profesional de la enfermera, como parte fundamental en la responsabilidad, ética, profesional y legal.

En la Unidad de ginecología y obstetricia del Hospital Clínico de San Carlos. Madrid España, en el año del 2006. Se realizó un estudio con la finalidad de evaluar la efectividad de un programa de mejora para la calidad de los registros enfermeros en el área de ginecología y obstetricia. En este estudio se encontró una gran relación con lo que se pretende investigar de manera directa, ya que el objetivo que establecieron fue sobre la evaluación de la calidad y mejora continua, en la realización de los registros que realiza el personal de enfermería, haciendo referencia y relación sobre los registros y el plan de

cuidados. Los resultados obtenidos en esta investigación mostraron la importancia que poseen los registros, notas, observaciones o intervenciones realizadas desde el momento de ingreso hasta el plan de alta a domicilio, dando valor a los registros clínicos de forma clara y precisa, así también las actividades que realiza la enfermera y de igual forma el plasmar los cuidados otorgados, durante la estancia de una paciente en hospitalización y hasta el alta. Lo anterior, fue logrado mediante la capacitación continua sobre la realización correcta de los registros de enfermería.

Otra investigación que se realizó en Costa Rica en el departamento de Medicina legal en marzo del 2003, fue sobre la responsabilidad profesional en enfermería. La perspectiva del uso de los registros en enfermería, desde el punto de vista forense, a través de los años han incrementado las denuncias por mala praxis en enfermería. Lo cual encamina a darle seguimiento y mayor importancia a los registros y notas que realiza la enfermera en las instituciones de salud donde laboran, de igual manera a los registros como evidencia del cuidado otorgado. Al respecto, se dio a conocer la responsabilidad que tienen los profesionales a hacer mejores registros de enfermería, ya que éstos son elementos que pueden ayudar en investigaciones de procesos judiciales o en la búsqueda de nuevos conocimientos para la disciplina de enfermería. Esta investigación concluyó en la importancia que se le asigna a la realización de los registros clínicos como evidencia de la calidad del cuidado que otorga el personal de enfermería, logrando así alcanzar un nivel de profesionalización mediante conocimientos científicos.<sup>78</sup>

En la búsqueda de evidencias sobre el tema de investigación se encontró una revisión sistemática que está en relación directa con los Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria. Su objetivo principal fue establecer el impacto de los sistemas de registro de enfermería sobre la práctica de la enfermería y los resultados de los pacientes. La literatura sugiere que puede haber una diferencia en la práctica de la enfermería o en los resultados de los pacientes por el uso de un sistema de registro de enfermería en comparación con otro y que los sistemas de registro de enfermería pueden ser un medio efectivo para influir en la forma en que las enfermeras hacen su práctica. No se encontró ninguna evidencia de efectos sobre la práctica atribuible a cambios en los sistemas de registro. Aunque hay escasez de estudios con rigor metodológico suficiente para producir los resultados confiables en esta área, queda claro según la literatura, que es posible establecer ensayos aleatorios u otros diseños cuasi-experimentales necesarios para producir pruebas para la práctica. Cabe indicar que se podría utilizar una investigación cualitativa en enfermería para explorar la relación entre la práctica y el uso de información como precursora del diseño y las pruebas de los sistemas de información de enfermería.<sup>79</sup>

Otro estudio relevante fue sobre una revisión de la literatura existente para el diseño de siete normas de la documentación de enfermería de calidad. Esto implicó un búsqueda de artículos publicados en CINAHL desde 1982 hasta abril 2008, y en MEDLINE de 1996 a abril de 2008, con los siguiente términos: la actitud, la auditoría, el cuidado, la cultura, la documentación, guía, la salud, en el servicio, responsabilidad legal, médico, enfermeras, enfermería, paciente de organización, personal, la planificación, la práctica, la calidad, los registros, la investigación y formación.<sup>80</sup> Cerca de 71 artículos fueron identificados, la puntuación de la calidad y el análisis temático que se llevado a cabo fue utilizando un enfoque meta-síntesis, siete claves y temas surgieron del proceso, lo que permitió el establecimiento de las normas.

Las normas mínimas para la documentación de enfermería deben considerar estar centrado en el paciente, que contenga el trabajo real de las enfermeras incluida la educación y el apoyo psicosocial, lo escrito debe de reflejar el juicio clínico objetivo de la enfermera, presentarse de una manera lógica y

secuencial, puede escribir simultáneamente (o inmediatamente después de producirse los acontecimientos), el registro variaciones en la atención dentro y fuera del cuidado de la salud grabar y cumplir con los requisitos legales.

Las normas fueron de naturaleza general y no pretenden ser o definir el contenido de las notas de enfermería. Existen diversos formatos, tales como diagnósticos de enfermería, la clasificación de intervenciones de enfermería y la clasificación de los resultados de enfermería,<sup>81</sup> unos sistemas de enfoque,<sup>82</sup> y las actividades de la vida diaria vida.<sup>83</sup>

Cabe señalar que la documentación profesional de la salud se lleva a cabo como parte de un proceso de acreditación y ellos se centran en las auditorías de los requisitos legales y no en el contenido de las notas de enfermería. A través de un Programa de Mejoramiento de la Calidad.<sup>84</sup> Que se llevó a cabo por evaluadores independientes, se adoptó un enfoque sobre el proceso definido. Bajo él, un Consejo de Mejores Prácticas se formó y siguió la evidencia del St. Luke,<sup>85</sup> para recoger y evaluar la evidencia, integrar la evidencia con la experiencia clínica del paciente, preferencias y valores, y evaluar el cambio en la práctica. Sin embargo, Anderson expresó su preocupación por las enfermeras que realizan regularmente auditorías, de las cuales eran tanta su labor que no había tiempo para la implementación de estrategias que hicieran frente a deficiencias encontradas.

Para medir la calidad de las notas de enfermería, las herramientas de auditoría se han sido utilizadas a menudo como parte de la Asamblea General de Servicio de salud en el proceso de acreditación. Una revisión de la literatura ha indicado que varias herramientas han sido desarrolladas por enfermeras y para este propósito, el Phaneuf Enfermería Auditoría es una de las primeras herramientas para enfocarse sobre notificación y registro.<sup>86</sup> El Phaeuf es un instrumento de 50 ítems que mide al profesional de enfermería. La documentación consta de cinco elementos dentro de la herramienta y está clasificado como: sí, no, incierto o no se aplican.

Manfredi<sup>87</sup> demostró que la herramienta Phaneuf era una herramienta válida, integral, y fiable con algunas limitaciones. En 1997, se criticó el trabajo de Manfredi, y concluyó que Phaneuf era la única herramienta existente, pero no era apto para el sistema de salud británico ya que había diferentes niveles de validez y la fiabilidad en las sub escalas.

Por otro lado, Corben<sup>88</sup> desarrolló otra herramienta de auditoría conocido como el de enfermería en Buckinghamshire. Esta herramienta se deriva de los criterios de las normas sobre UKCC de registro de las secciones, incluido en la utilización del proceso de enfermería, las preguntas sobre la atención individualizada, la promoción de la participación del paciente, la enseñanza y la salud, y la comunicación con otras disciplinas. Esta auditoría es un examen que requiere de un conjunto completo de documentación desde el ingreso hasta el alta y los gráficos pertinentes. La participación de un médico y un facilitador son recomendados a los que realizan la auditoría, lo que apoya un programa educativo para la acumulación de experiencia. De ello, establece un nivel de 60% o menos de los logros como un resultado inseguro. En su conclusión, Corben<sup>89</sup> señaló que esta herramienta de auditoría era el único medio disponible para la documentación británica.

Otro hallazgo encontrado es sobre la tabla de auditoría, planteada por Wong,<sup>90</sup> ya que es recomendable. Se observó que la mayoría de las auditorías se llevan a cabo a posteriori, lo que no permite revisar la atención que se da; de ello se recomienda que la auditoría con gráfico deba hacerse un día después de la atención. Dicho autor indica que la herramienta de auditoría

abarcó signos vitales, las formas de admisión, planificación del alta hospitalaria, donde el sistema evaluó el progreso de gráficos, diagramas, fluidos intravenosos y el etiquetado, el balance hídrico y la gestión de otros riesgos gráficos, tales como la prevención de caídas, la trombosis venosa profunda profilaxis y evaluación de la piel. La auditoría se llevó a cabo por una enfermera educadora.

Un aspecto relevante que se encontró es el uso de la tecnología para llevar a cabo la auditoría. En un estudio en un departamento de emergencia con un sistema de auditoría automatizada se buscó a través de la documentación de enfermeras presencia de zonas omitidas.<sup>91</sup> De ello, la documentación de la herramienta de mejora (FIN-IT) se utiliza para mejorar la rendición de cuentas en la documentación. Otro enfoque ha sido la de revisar el texto de registros y recoger la esencia del proceso de notas de enfermería, llevadas a cabo por Karlsen,<sup>92</sup> dentro de un hospital psiquiátrico noruego. Se encontró evidencia de los planes privados de enfermería, enfermería oculta y de los sistemas locales de diagnóstico. Este proceso de lectura y la comprensión el texto resultó muy valioso. Así se ha abierto una oportunidad para recoger las notas de pie de la letra de enfermería de enfermeras y parteras.<sup>93</sup>

Con lo anterior, se muestra la importancia que tiene el tema sobre los registros clínicos de enfermería como parte esencial de la seguridad y continuidad del tratamiento terapéutico en el paciente, ya que en las investigaciones previas sus objetivos son encaminados al bienestar con la visión a mejorar el cuidado y en beneficio del paciente. Así, se da cuenta que en México no se realizan con tanta frecuencia este tipo de investigaciones en relación a los registros clínicos de enfermería, demostrando que los registros son elementos que ayudan a disminuir factores de riesgo, logrando una garantía en el cuidado proporcionado.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, existe la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico y el indicador de calidad del registro clínico de enfermería de la comisión permanente de enfermería, que establecen los lineamientos de cómo se deben llevar a cabo los registros clínicos de enfermería y su relación con la atención proporcionada hacia los pacientes. Dichos estándares y normas se deben cumplir y llevar a cabo en toda institución de salud como un elemento importante para la seguridad y calidad en la atención del paciente. De igual forma estas normas e indicadores tendrán que ser evaluados para evidenciar y mostrar el cumplimiento en tiempo y forma de cada una de las actividades que realiza la enfermera.

El registro sistematizado de los cuidados que proporciona es la fuente única e imprescindible para evaluar la calidad, adecuación o índice de eficiencias del quehacer de enfermería, facilitando en primer término la medición objetiva de las acciones realizadas satisfacción de las necesidades de salud del paciente.

Por tal motivo, es importante que los registros clínicos se lleven a cabo de manera correcta, no solo como cumplimiento de un proceso administrativo o cumplimiento de una normatividad si no como parte esencial de la continuidad de los cuidados otorgados, garantizando así la calidad y seguridad para el paciente durante su estancia hospitalaria, para lo cual nos planteamos las siguientes preguntas de investigación:

- ¿La calidad de los registros clínicos de enfermería puede evaluarse mediante la determinación del índice de eficiencia para cada uno de los rubros de las notas de enfermería?
- ¿La calidad de los registros clínicos de enfermería se asocia necesariamente con la utilización de una teoría instrumentada mediante el método enfermero?
- ¿La opinión del personal de enfermería sobre los registros clínicos de enfermería para registrar objetivamente las intervenciones clínicas realizadas?
- ¿Los registros clínicos de enfermería dan evidencia del dominio de la teoría y el método enfermero específicamente en la etapa de valoración?

## **2.1. Importancia del estudio**

La investigación tuvo como finalidad evaluar el grado de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería considerándolos como una herramienta importante en la continuidad de los cuidados, a partir de un ejercicio de auditoría. Dichos registros clínicos de enfermería evidencian los cuidados proporcionados y del tratamiento médico indicado. Se consideran importantes por que reflejan el estado actual del paciente, así mismo se consideran como un medio de comunicación para las enfermeras y otros profesionales de la salud; lo anterior sirve para dar continuidad y seguimiento del proceso terapéutico del paciente.

Por ello fue importante dicha investigación sobre el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería y la relación con los cuidados otorgados a los pacientes, ya que todo lo anterior se realizó con la finalidad de garantizar la calidad y seguridad en los cuidados otorgados a los durante su estancia hospitalaria.

## **2.2. Propósito**

La investigación se realizó con la intención de identificar la calidad de los registros clínicos de enfermería a través de la determinación del índice de eficiencia que tienen los registros clínicos de enfermería en un hospital público de 2º nivel de atención, de acuerdo al apartado de los reportes y hoja de enfermería de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Así mismo se buscó identificar los factores que influyen su correcto cumplimiento.

De manera particular en este estudio se interesó conocer la aplicación de la teoría de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson en la etapa de valoración del método enfermero, lo que permitió en conjunto identificar el nivel de cumplimiento y eficacia en dichos registros clínicos de enfermería para que a partir de los resultados se determinen las estrategias para mejorar la calidad del cuidado así como la seguridad del paciente.

### **3. HIPÓTESIS**

#### **3.1. Hipótesis de investigación direccionales**

- La calidad de los registros clínicos de enfermería está determinado por el índice de eficiencia alcanzado en cada uno de los rubros auditados. Es decir, a mayor cumplimiento mayor calidad o a menor cumplimiento menor calidad de los registros clínicos de enfermería.
- La calidad de los registros clínicos de enfermería se asocian necesariamente con la utilización de una teoría instrumentada mediante el método enfermero.

#### **3.2. Hipótesis estadísticas**

H0. Los registros clínicos de enfermería superan el 80% de eficiencia en su cumplimiento en tiempo y forma.

H1. Los registros clínicos de enfermería tienen un índice de eficiencia por debajo del 80% en su cumplimiento en tiempo y forma

H0. No existe diferencia en la calidad de los registros de enfermería y el nivel de dominio sobre la teoría y el método enfermero.

H1. Existe diferencia en la calidad de los registros de enfermería y el nivel de dominio sobre la teoría y el método enfermero.

### **4. OBJETIVOS**

#### **4.1. Generales**

- Auditar el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería, medida a través de la determinación del índice de eficiencia que alcanzan los registros clínicos de enfermería en un Hospital Público de 2º nivel de Atención atendiendo al apartado de los reportes y hoja de enfermería de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- Identificar la manera en que se evidencia en los registros clínicos de enfermería en la aplicación de la teoría de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson, instrumentada mediante el método enfermero en la etapa de valoración.

## **4.2. Específicos**

- Identificar y analizar los posibles factores que influyen en el grado de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería.
- Conocer la opinión que le merecen al personal de enfermería los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado otorgados al paciente.
- Diseñar y validar un instrumento confiable para evaluar o auditar la calidad de los registros clínicos de enfermería en el Hospital público de segundo nivel de atención.

## **5. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **5.1. Tipo de diseño**

Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal, documental, descriptivo y observacional con el enfoque cuantitativo.

### **5.2. Población y muestra**

La unidad de análisis fueron 55 registros clínicos realizados por el personal de enfermería de pacientes hospitalizados, quienes recibieron atención en los servicios de hospitalización y urgencias de un hospital público de 2º nivel de atención en el DF.

Con previa autorización por parte de las autoridades competentes se tuvo acceso a dichos servicios para poder efectuar dicha auditoria de los registros clínicos de enfermería, generados en el periodo de enero del 2011 en el hospital antes mencionado.

La muestra fue a conveniencia (no probabilística), para obtener el tamaño de la muestra, se corroboró que los registros clínicos de enfermería se encontraran al final de cada turno y con el paciente.

### **5.3. Muestreo**

El muestreo fue de 55 registros clínicos de enfermería con la distribución siguiente: 14 registros del turno matutino, 20 del vespertino, 15 nocturno "A", 4 del nocturno "B" y solo 2 de la guardia especial.

Complementariamente se realizó una encuesta de opinión para identificar la importancia que asignan las enfermeras a dichos registros clínicos de enfermería los cuales fueron auditados.

## **5.4. Criterios de selección**

### **5.4.1. Criterios de inclusión**

Los registros clínicos de enfermería que correspondían con la enfermera entrevistada sobre la opinión que asignan, que fueron generados en la fecha estipulada.

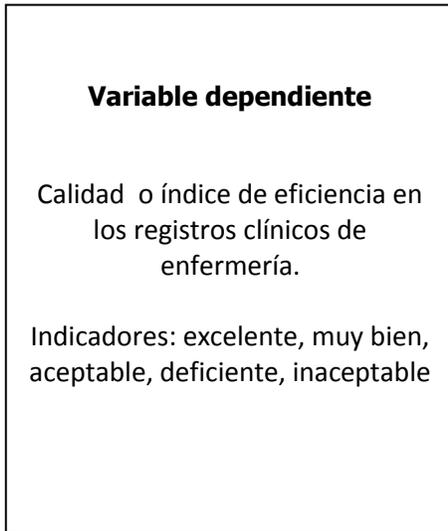
Los registros clínicos realizados por el personal de enfermería de los turnos matutino, vespertino, nocturnos y guardia especial, de los servicios de hospitalización y urgencias.

Se auditaron los registros clínicos de enfermería sin importar el nivel académico o perfil profesional: auxiliar de enfermería, enfermera general, con postécnico, licenciatura o posgrado.

### **5.4.2. Criterios de exclusión**

Se excluyeron los registros clínicos de enfermería generados en días distintos a la auditoria así como los que no correspondían a los servicios seleccionados para ser auditados, como son quirófanos, terapias y tococirugía.

## 5.5. Variables de estudio



### **Variables independientes**

1. Utilización de la teoría de las necesidades básicas de Virginia Henderson y el método enfermero:

**Indicadores:** (1. Respiración, 2. Comer y beber, 3. Eliminación, 4. Movimiento, 5. Descansar y dormir, 6. Vestimenta adecuada, 7. Temperatura, 8. Higiene corporal, 9. Peligros del entorno, 10. Comunicación, 11. Religión y creencias, 12. Recreación y ocio, 13. Trabajar, 14. Aprender.

2. Opinión del personal de enfermería sobre registros clínicos:

**Indicadores:** Importancia en el ejercicio profesional, Continuidad para el cuidado, Seguridad del paciente, Evidencia del cuidado.

**Subindicadores:** Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo.

### 5.5.1. Operacionalización de variables

Tabla de variables de estudio e indicadores

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA
1. Sociodemográfica de quien elaboró los registros clínicos de enfermería.	1.1. Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Edad en años de cada enfermera que realice la encuesta.	Cuantitativa Discreta
	1.2. Años de antigüedad	El periodo de tiempo que un trabajador lleva vinculado a una empresa o institución	Tiempo que lleva la enfermera ejerciendo en dicha institución.	
	1.3. Número de empleos	Cantidad de trabajos que desempeña o lleva a cabo una persona.	Total de empleos con los que cuenta la enfermera.	
	1.4. Número de pacientes atendidos	Cantidad de pacientes que se atiende una jornada laboral la enfermera.	Total de pacientes que se atendieron durante un turno asignado.	
	1.5. Turno de trabajo	Jornada asignada en las 24 horas del día	Horario de trabajo de la enfermera matutino, vespertino, nocturno.	Cualitativa Nominal
	1.6. Años de experiencia profesional.	Es el periodo de tiempo que un profesional ha desempeñado sus funciones y actividades propias de enfermería.	Total de años que han desempeñado sus funciones como profesional.	Continua
	1.7. Antigüedad en el servicio actual	Tiempo que ha transcurrido en el servicio actual	Total de tiempo transcurrido.	Continua
	1.8. Tipo de contratación y perfil profesional.	Es un acuerdo escrito, entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser exigidas que genera derechos y obligaciones para las partes.	Forma de contratación de una enfermera para desarrollar funciones de acuerdo a su contrato establecido.	Cualitativa Nominal

VARIABLES	INDICADORES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA
<b>2. Registro de variables sociodemográficas y datos generales en las notas.</b>	3.1.Nombre de la institución	La declaración escrita de forma clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos, personales que reflejan a un paciente.	Se evaluarán los siguientes reactivos a partir de los registros que la enfermera haya realizado en su turno correspondiente, si están o no presentes: Nombre de la institución, Nombre del paciente, Cama , Edad, Sexo, Expediente, Diagnóstico, Gráfica de signos vitales, Dieta indicada, Medicamentos, Nombre de la enfermera	Cualitativa Nominal
	3.2.Nombre del paciente			
	3.3.Cama			
	3.4.Edad			
	3.5.Sexo			
	3.6.Número de expediente			
	3.7 Diagnóstico principal	Es la evidencia escrita de forma, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos, tanto personales como familiares que se reflejen a un paciente y que sirve de base para un juicio definitivo de su estado de salud actual		
	3.8.Gráfica de signos vitales			
	3.9.Dieta indicada			
	3.10.Medicamentos: nombre, dosis, vía y hora			
	3.11. Nombre de la enfermera por turno.			
<b>3. Calidad e integridad de los registros</b>	4.1.Sin enmendaduras	El cumplimiento del registro como lo establece la norma oficial mexicana del manejo del expediente clínico.	Se evaluará a los registros de enfermería si presentan: enmendaduras, tachaduras, borraduras, manchas. Que cuente con letra de molde, coherencia con los datos escritos, claridad en las notas y relación en los datos.	Cualitativa Nominal
	4.2.Sin tachaduras	Que tiene todas las cualidades requeridas o esperadas que posee el mayor grado posible de excelencia en su línea (Bien realizados)		
	4.3.Sin borraduras			
	4.4.Sin manchas			
	4.5.Letra de molde	Legibilidad: es el conjunto de características tipográficas y lingüísticas del texto escrito que permiten leerlo y comprenderlo con facilidad.		
	4.6.Coherencia en los datos descritos	Son claros los datos, Se comprenden fácilmente, Se entienden, Se pueden leer.		
	4.7.Claridad de las notas o registros			
	4.8. Relación de las notas con el diagnóstico.			

<p>4. Teoría de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson.</p>	<p>5.1. Valoración inicial</p> <p>5.2. Oxigenación</p> <p>5.3. Alimentación</p> <p>5.4. Eliminación</p> <p>5.5. Movilización</p> <p>5.6. Reposo y sueño</p> <p>5.7. Vestirse</p> <p>5.8. Temperatura</p> <p>5.9. Higiene y piel</p> <p>5.10. Seguridad</p> <p>5.11. Comunicación</p> <p>5.12. Religión y creencias</p> <p>5.13. Trabajar y realizarse</p> <p>5.14. Actividades lúdicas</p> <p>5.15. Aprender</p> <p>5.16. Evaluación final</p>	<p>Se evaluará a partir de las 14 necesidades de Virginia Henderson, con una guía de auditoría que evalúa dichos cuidados:</p> <p>Valoración inicial: La enfermera realiza un registro clínico como signos o síntomas al momento de iniciar el turno o cuando se presenta tal evento.</p> <p>Oxigenación: La enfermera registra datos en relación a la frecuencia respiratoria en la gráfica de signos vitales, o signos y síntomas relacionados.</p> <p>Alimentación, hidratación: La enfermera registra tipo de dieta, soluciones parenterales, tolerancia vía oral, total de alimentos en relación a desayuno, comida y cena.</p> <p>Eliminación: La enfermera registra el código o número de evacuaciones, urésis, drenes o sondas.</p> <p>Movilización: La enfermera registra cambios de posición, de ambulación o registra intervenciones preventivas para las úlceras.</p> <p>Reposo y sueño: La enfermera registra tipo de reposo, alteración del sueño o problema detectado que se relacione con esta necesidad.</p> <p>Vestirse: La enfermera registra datos o capacidades del paciente para vestirse o si el paciente no lo necesita o es necesario por su estado de salud.</p> <p>Temperatura: La enfermera registra las dos tomas de temperatura por turno en la gráfica y datos como: hipertermia o hipotermia y si fuese el caso el medio de control de la temperatura.</p> <p>Higiene y piel: La enfermera registra el tipo de baño o aseo parcial.</p> <p>Seguridad: La enfermera registra si cuentan con barandales, riesgo de caída, o medida preventiva. Códigos de seguridad, escala de Crichton: verde, amarillo, rojo.</p> <p>Comunicación: La enfermera registra algún dato o información que proporcionó al paciente y familiar como parte de su intervención en el cuidado o educación para la salud.</p> <p>Religión y creencias: La enfermera registra datos sobre el apoyo emocional o situación</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
---	--	---	----------------------------

		<p>relevante que se relacione con esta necesidad.</p> <p>Trabajar y realizarse: La enfermera registra datos significantes o relacionado sobre del desarrollo y comportamiento durante la estancia de hospitalización.</p> <p>Actividades lúdicas: La enfermera registra actividades realizadas para satisfacer o cubrir esta necesidad.</p> <p>Aprender: La enfermera registra actividades sobre la orientación del paciente o alguna actividad educativa que se haya llevado a cabo como parte de su enseñanza para el cuidado al paciente o familiar.</p> <p>Evaluación final: la enfermera registra una evaluación de los cuidados otorgados y la respuesta a las intervenciones brindadas.</p>	
--	--	--	--

VARIABLES	INDICADORES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA
5. La opinión expresada sobre los registros clínicos de enfermería evaluada desde cuatro aspectos. "importancia"	2.1. Importancia en el ejercicio profesional. 2.2. Continuidad para el cuidado. 2.3. Seguridad del paciente. 2.4. Evidencia del cuidado.	Es la trascendencia y valor que le asignas a los registros clínicos de enfermería	Es el grado de importancia que asignan las enfermeras a los registros desde diferentes aspectos.	Cualitativa Nominal

## 5.6. Instrumento de medición o auditoría

### 5.6.1 Descripción

La evaluación del cumplimiento de los registros clínicos de enfermería se realizó mediante el instrumento de auditoría, el cual está constituido de la siguiente manera:

#### Apartado 1

- Primera sección: lo constituye los datos sociodemográficos del personal de enfermería, quien realizó los registros clínicos auditados.
- Segunda sección: se auditó a los registros clínicos de enfermería en los siguientes aspectos como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico: datos de identificación del paciente (nombre de la institución y el paciente, cama, edad, sexo y número de expediente), diagnóstico y cuidados (diagnóstico principal, gráfica de signos vitales, dieta indicada, medicamentos y nombre de la enfermera por turno), integridad (sin enmendaduras, tachaduras, borraduras, manchas) y legibilidad y redacción de las notas o registros clínicos. Tales indicadores se evaluaron mediante los siguientes valores: registrados (1), no registrados (0)
- Tercera sección: se auditó las actividades realizadas registros clínicos de enfermería y la aplicación de la teoría de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson en la etapa de valoración del método enfermero. Tales indicadores se evaluaron mediante los siguientes valores: registrados (1), no registrados (0)

#### Apartado 2

- Primera sección: la opinión expresada sobre los registros clínicos de enfermería evaluada desde cuatro aspectos: la importancia en el ejercicio laboral, en la continuidad del cuidado, para la seguridad del paciente, y como evidencia del cuidado. Tales opiniones se calificaron mediante una escala de Likert modificada.

### 5.6.2. Criterios de calificación del instrumento

Escala de calificación propuesta para cada rubro auditado mediante el instrumento de evaluación.

ESCALA	PORCENTAJE DE EFICIENCIA	PUNTOS ASIGNADOS
Excelente	90 a 99 %	5
Muy bien	80 a 89 %	4
Aceptable	70 a 79 %	3
Deficiente	60 a 69 %	2
Inaceptable	0 a 59 %	1

### 5.6.3. Validez y confiabilidad

Para la auditoría se diseñó un instrumento que consta de 2 apartados:

#### Apartado 1

- Primera sección: datos sociodemográficos de las enfermeras quien realizo el registro auditado.
- Segunda sección: auditoría de los registros clínicos de enfermería según la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.
- Tercera sección: se auditó las actividades realizadas registros clínicos de enfermería la aplicación de la teoría de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson en la etapa de valoración del método enfermero. (anexo 1)

#### Apartado 2

- Primera sección: la opinión expresada sobre los registros clínicos de enfermería. (anexo 2)

Se validó por consenso de expertos. Además, se determinó Juder Richardson 20

## **5.7. Procedimientos y técnicas**

### **5.7.1. Recolección de datos**

Los métodos fueron análisis de registro y encuesta, técnica; auditoría de registro y entrevista directa a las enfermeras que realizaron el registro.

Para la auditoría se diseñó un instrumento previamente ya mencionado (ver anexo 1 y 2).

La clasificación y ordenamiento de datos se hizo por variable e indicador. Las categorías clasificadas fueron: sociodemográficas, cultura del registro expresada en la opinión, cumplimiento con la Norma Oficial Mexicana 004- SSA3-12, del expediente clínico, la utilización del método enfermero y la valoración de las catorce necesidades.

Para el recuento de datos se hizo mediante el paquete estadístico SPSS versión 19, que se utiliza para generar cuadros y gráficos además de determinación del índice de confiabilidad del instrumento.

Finalmente, la presentación se hizo mediante cuadros y gráficas simples.

### **5.7.2. Análisis de datos**

Se realizó un análisis porcentual decreciente para establecer el índice de eficiencia por indicador auditado. En específico, por caso auditado, se estableció la eficiencia de cumplimiento en particular de los casos.

## 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación realizada no ocasionó daños físicos ni emocionales a ninguna persona o paciente. La fuente de información fue secundaria, mediante los registros clínicos de enfermería. Cabe señalar, que la autorización para esta auditoría fue otorgada por las autoridades correspondientes del Hospital.

El código de ética para enfermeras y enfermeros de México hace mención de principios éticos que para fines de la presente investigación se tuvo acceso a información de los pacientes a través de los registros clínicos de enfermería (parte del expediente clínico).

Se considera relevante la beneficencia y no maleficencia, la cual se entiende como la obligación de hacer el bien y prevenir el mal atendiendo a los siguientes deberes universales: a) hacer o promover el bien, apartar y no infringir daño o maldad a nada, b) la confiabilidad se refiere a que el personal de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y c) habrá honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios de ayuda a las personas.

Bajo 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. Considerando que la privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, grupo o familia.

La importancia de 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 el anonimato y respeto del personal de enfermería, implica que se obtuvieron sus datos socio-demográficos para el análisis de la información como resultado de la auditoría realizada a los registros clínicos de enfermería del hospital público de 2º nivel de atención.

Acercas de los aspectos financieros, el costo promedio de este proyecto es de \$5,000 m/n, sufragados por el tesista, ya que no se atribuye ningún apoyo económico de ninguna institución o dependencia.

## 7. RESULTADOS

Dentro de este apartado se presentan los resultados de la información obtenida en la presente investigación. Primeramente se presentan características demográficas de las enfermeras quienes elaboraron los registros clínicos de enfermería auditados haciendo un total de 55 registros clínicos de enfermería que fueron sometidos a la auditoría para evaluar el nivel de cumplimiento. Dichos registros clínicos de enfermería corresponden a los servicios de hospitalización y urgencias de un Hospital público de 2º nivel de atención en el DF.

En este orden se presentan y analizan las dimensiones que conforma dicha auditoría:

### 7.1. Características sociodemográficas de la población

Dada la importancia de contextualizar la muestra de las enfermeras que realizaron los registros clínicos de enfermería auditados se presentan sus características sociodemográficas resultantes de dicha investigación.

Estos datos describen una media de 15.3 años de antigüedad en la institución que tienen las enfermeras entrevistadas, mismas que realizaron dichos registros clínicos auditados. Con respecto a la experiencia profesional del personal se encontró que existe una media de 16.8 años. Otro dato encontrado en dicha investigación es que existe una media de 6.2 pacientes atendidos por cada enfermera durante el turno y con respecto al número de empleos solo se encontró que tienen uno o dos trabajos. (Cuadro No.1)

#### Cuadro No 1. Características de la población de estudio con respecto a las enfermeras entrevistadas

	Fo.	Mínimo	Máximo	Media
Años de antigüedad en la institución	55	1	39	15.31
Años de experiencia profesional	55	1	37	16.80
Pacientes asignados el día de hoy	55	2	20	6.27
Número de empleos	55	1	2	1.16
N	55			

### 7.1.2. Turno correspondiente a la elaboración y evaluación

En relación al turno correspondiente muestran que el 25.5 % de los registros clínicos de enfermería auditados correspondían al turno matutino, el 36.4 % al turno vespertino, el 27.3 % para el turno nocturno A, 7.3 % para el nocturno B y un 3.6 % correspondían a la guardia especial. (Cuadro No. 4)

**Cuadro No 2. Turno correspondiente a la elaboración y evaluación de los registros clínicos de enfermería.**

TURNO	Fo.	%
Matutino	14	25.5
Vespertino	20	36.4
Nocturno A	15	27.3
Nocturno B	4	7.3
Guardia especial	2	3.6
N	55	100.0

### 7.1.3. Tipo de contratación

Los resultados obtenidos con respecto al tipo de contratación del personal de enfermería que realiza dichos registros clínicos de enfermería auditados, corresponden a un 89.1 % de las enfermeras entrevistadas están contratadas como enfermeras generales, el 5.5% como enfermeras especialistas y de igual manera un 5.5 % están contratadas como jefe de servicio, ya que esta última categoría no es exclusiva de actividades administrativas ya que también realizan actividades operativas o asistenciales no importando su tipo de contratación.

**Cuadro No 3. Características de las enfermeras que realizan los registros clínicos, con respecto al tipo de contratación.**

TIPO DE CONTRATACIÓN	Fo.	%
Enfermera General	49	89.1
Enfermera Especialista	3	5.5
Enfermera Jefe de Servicio	3	5.5
Total	55	100.0

#### 7.1.4. Características de las enfermeras, con respecto al perfil profesional

Los resultados obtenidos en relación al perfil profesional del personal de enfermería, mismas que realizaron dichos registros clínicos de enfermería auditados, se muestran a continuación; el 70.9 % de las enfermeras entrevistadas tienen una escolaridad de nivel técnico, seguidas por enfermeras generales con Posttécnico que corresponde a un 16.4 %, y en menor porcentaje se encontró que un 7.3 % cuenta con nivel licenciatura y una mínimo porcentaje que corresponde al 5.5 % cuenta con un perfil profesional de nivel de posgrado.

**Cuadro No. 4 Características de las enfermeras que realizan los registros clínicos, con respecto al perfil profesional o escolaridad.**

PERFIL PROFESIONAL (ESCOLARIDAD)	Fo.	%
Técnico en Enfermería	39	70.9
Técnico en Enfermería con Posttécnico	9	16.4
Licenciatura en Enfermería	4	7.3
Licenciatura con Especialidad	3	5.5
Total	55	100.0

## **7.2. Cumplimiento de los registros clínicos de enfermería en los aspectos como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico**

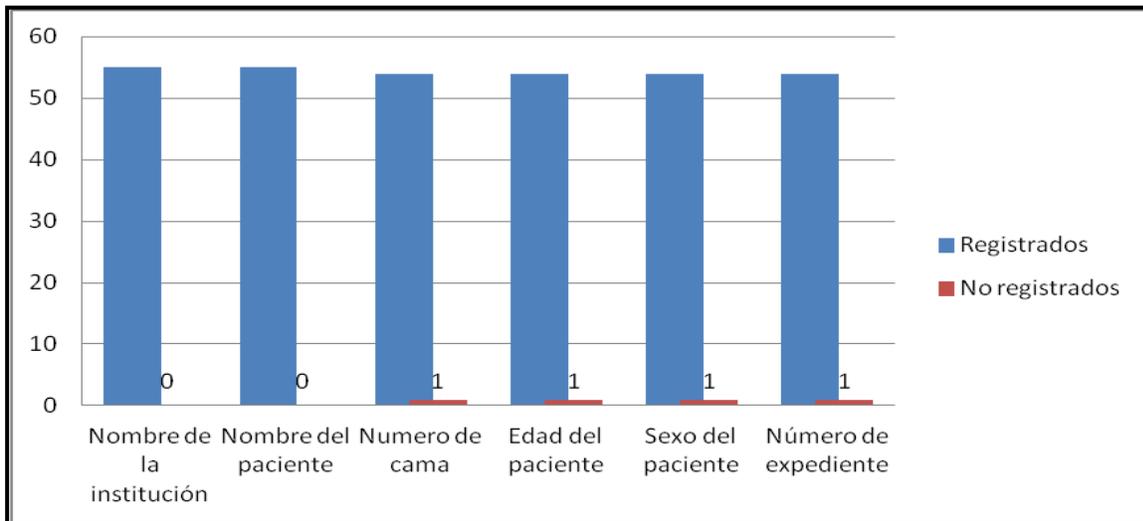
### **7.2.1. Cumplimiento de los registros con respecto a la Identificación del paciente**

Los resultados de dicha investigación que a continuación se presentan describen el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería tomando como referente algunos criterios que marca la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. En los registros clínicos de enfermería auditados se encontró un cumplimiento del 100% en el rubro del nombre de la institución, el nombre del paciente. y un nivel de cumplimiento del 98.2 % para los rubros como son el numero de cama, la edad del paciente, el sexo y el número de expediente, que se encontraron presentes en dicha auditoría realizada en los registros clínicos de enfermaría. (Cuadro No.9)

#### **Cuadro no 9. Cumplimiento de los registros clínicos de enfermería con base a la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, con respecto a la identificación del paciente.**

<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>	<b>Fo.</b>		<b>%</b>	<b>Nivel de Eficiencia</b>	
	<b>Registrado</b>	<b>No registrado</b>			
Nombre de la institución	55	0	100	0	100
Nombre del paciente	55	0	100	0	100
Numero de cama	54	1	98.2	1.8	98.2
Edad del paciente	54	1	98.2	1.8	98.2
Sexo del paciente	54	1	98.2	1.8	98.2
Número de expediente	54	1	98.2	1.8	98.2

**Grafico No 9. Cumplimiento de los registros clínicos de enfermería con base a LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, con respecto a la identificación del paciente.**



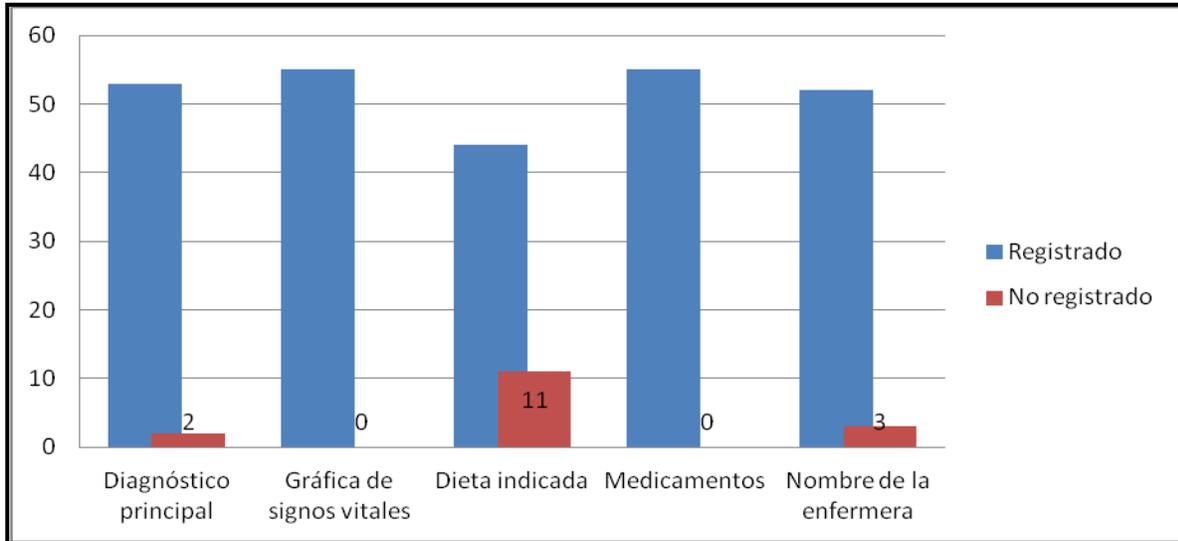
### 7.2.2. Cumplimiento de los registros con respecto al diagnóstico y cuidados de enfermería.

El cumplimiento con respecto a los rubros de la grafica de signos vitales y de ministración de medicamentos (fecha, hora, cantidad y vía prescrita) el resultado obtenido fue del 100% de cumplimiento, para el rubro con respecto al diagnostico principal se obtuvo un 96.4 % de cumplimiento, seguido por un 94.5% para el rubro del nombre de la enfermera que realizo dichos registros clínicos auditados y en un 80% se observa presente el rubro de la dieta indicada para el paciente. (Cuadro No. 10)

**Cuadro No 10. Cumplimiento de los Registros clínicos de enfermería con base a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, con respecto al Diagnostico y cuidados de enfermería.**

DIAGNÓSTICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Fo.		%	Nivel de Eficiencia
	Registrado	No Registrado		
Diagnóstico principal	53	2	96.4	3.6
Gráfica de signos vitales	55	0	100	0
Dieta indicada	44	11	80	20
Medicamentos	55	0	100	0
Nombre de la enfermera	52	3	94.5	5.5

**Grafico No 10. Cumplimiento de los registros clínicos de enfermería con base a la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, con respecto al diagnóstico y cuidados de enfermería.**



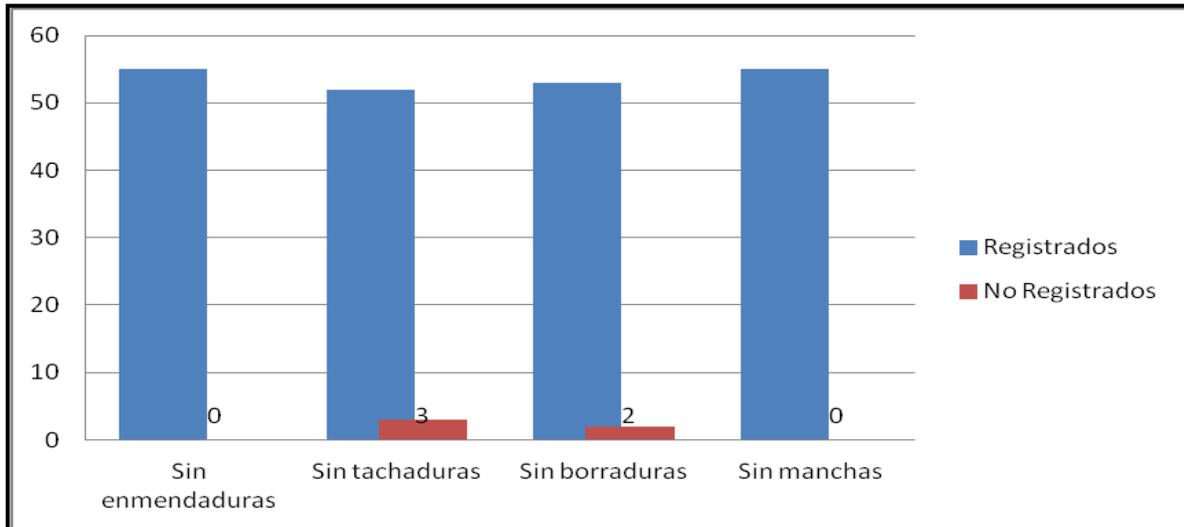
### 7.2.3. Cumplimiento de los registros con respecto a la integridad del documento.

Con respecto a la integridad de los registros clínicos de enfermería auditados los resultados que se obtuvieron son los siguientes; el 100 % de los registros clínicos auditados no se encuentran u observan con enmendaduras ni manchas, seguidas por un 96.4 % al no existir borraduras y un 94.5 % de los registros clínicos de enfermería están sin tachaduras. (Cuadro No. 11)

**Cuadro No 11. Cumplimiento de los registros clínicos de enfermería con base a la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, con respecto a la integridad del documento.**

INTEGRIDAD DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA	Fo.		%		Nivel de Eficiencia
	Registrado	No registrado			
Sin enmendaduras	55	0	100.0	0	100
Sin tachaduras	52	3	94.5	5.5	94.5
Sin borraduras	53	2	96.4	3.6	96.4
Sin manchas	55	0	100.0	0	100

**Grafico No 11. Cumplimiento de los Registros clínicos de enfermería con base a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, con respecto a la Integridad del documento.**



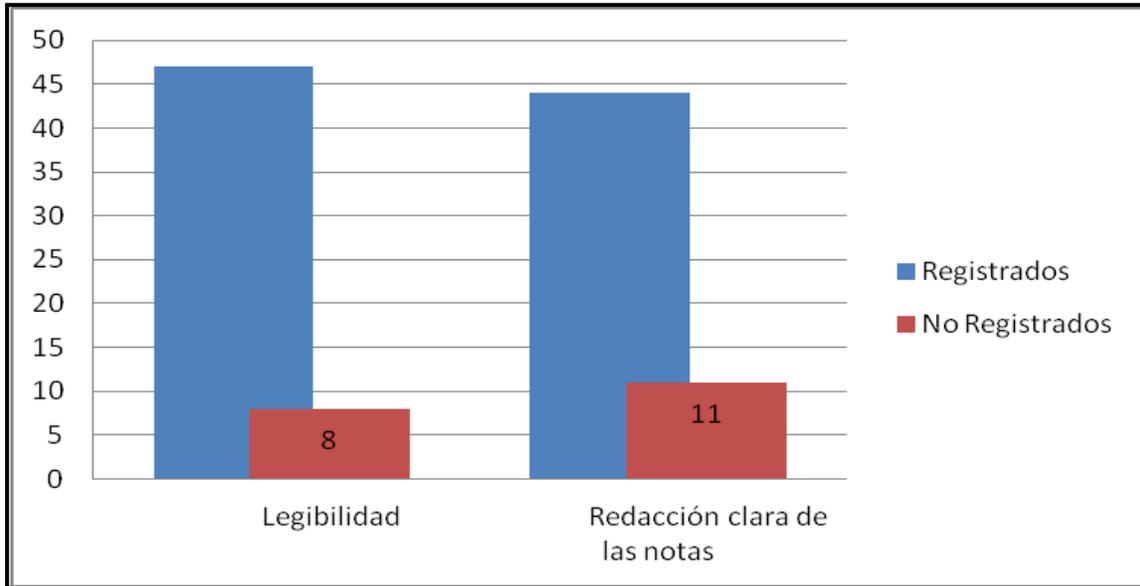
#### 7.2.4. Cumplimiento de los registros con respecto a la legibilidad del registro.

Con respecto a la legibilidad de los registros clínicos auditados el 85.5% de los registros son legibles y en un 80.0% las notas de enfermería son claras y cuentan con una redacción apropiada o terminología establecida.

**Cuadro No 12. Cumplimiento de los registros clínicos de enfermería con base a la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, con respecto a la legibilidad del registro.**

LEGIBILIDAD DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA	Registrados	Fo. No registrados	%	Nivel de Eficiencia
Legibilidad	47	8	85.5	85.5
Redacción clara de las notas	44	11	80	80.0

**Grafico no 12. Cumplimiento de los registros clínicos de enfermería con base a la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, con respecto a la legibilidad del registro.**



**7.2.5. Cumplimiento de los Registros clínicos de enfermería con respecto a la valoración inicial**

El resultado obtenido en dicha auditoría el 85.5 % de los registros clínicos de enfermería auditados cuenta y evidencian de manera escrita una valoración inicial realiza al paciente y es registrado en la hoja de enfermería, mientras que un menor porcentaje que corresponde al 14.5 % no realiza dicha actividad. O al menos no se observo de manera escrita (Cuadro No. 13)

**Cuadro No 13. Cumplimiento de la valoración inicial realizada por parte del personal de enfermería y reportados en los registros clínicos.**

VALORACIÓN INICIAL	Fo.	%	% ac.	Nivel de Eficiencia
Registrado	47	85.5	85.5	85.5
No registrado	8	14.5	100.0	
Total	50	100.0		

**Grafico no 13. Cumplimiento de la valoración inicial realizada por parte del personal de enfermería y reportados en los registros clínicos.**



### 7.2.6 Evaluación final de los cuidados.

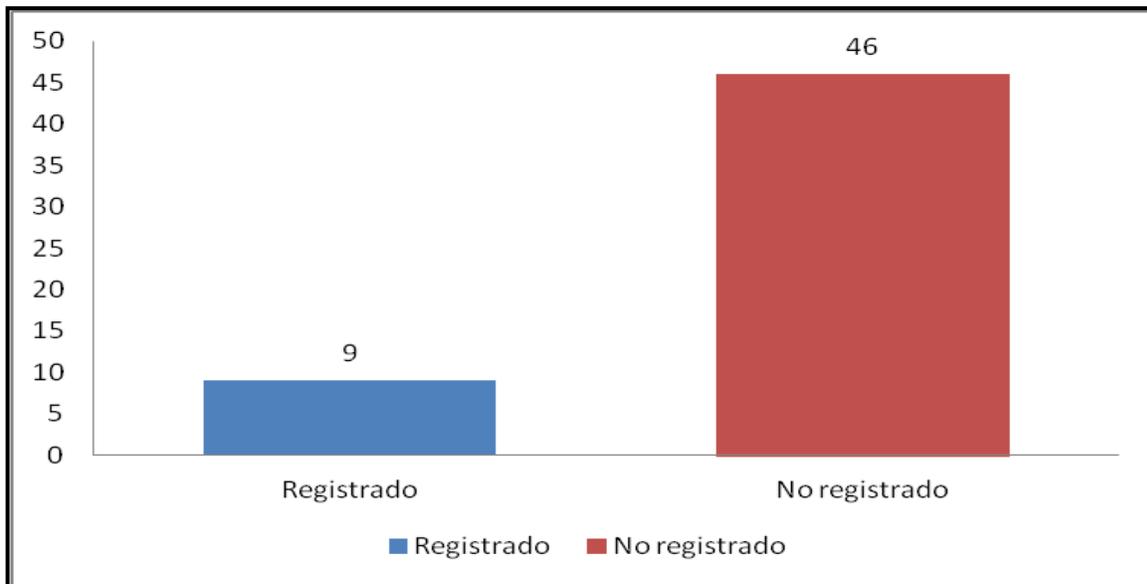
Por ultimo con respecto al apartado de la evaluación final solo un 16.4 % de los casos cumple con dicho registro y destacando un incumplimiento del 83.6% de los casos auditados siendo que la evaluación constituye un elemento fundamental dentro del proceso o método de enfermería siendo la evaluación final de su trabajo. (Cuadro no.28)

**Cuadro no 28. Evaluación final de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos.**

EVALUACIÓN FINAL DE LOS CUIDADOS	Fo.	%	% ac.	Nivel de Eficiencia
Registrados	9	16.4*	16.4	16.4
No registrado	46	83.6**	100.0	
Total	55	100.0		

**Grafico no 28.**

**Evaluación final de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos.**



### 7.3. Cumplimiento de las 14 necesidades humanas básicas, de Virginia Henderson

#### 7.3.1. Cumplimiento de los cuidados realizados, con respecto a la necesidad de oxigenación.

Los resultados obtenidos para la necesidad de respirar normalmente u oxigenación en el apartado de grafica de signos vitales con respecto a la frecuencia respiratoria el 94.5 % cumplen con dicho registro, y dicha actividad se ausenta en un 5.5%. En el rubro de signos y síntomas relacionados que presenta el paciente existe un cumplimiento en un 74.5 % y un 25.5 % no se encontró evidencia escrita que refleje dicha actividad evaluada. (Cuadro No.14)

#### Cuadro No 14. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de oxigenación.

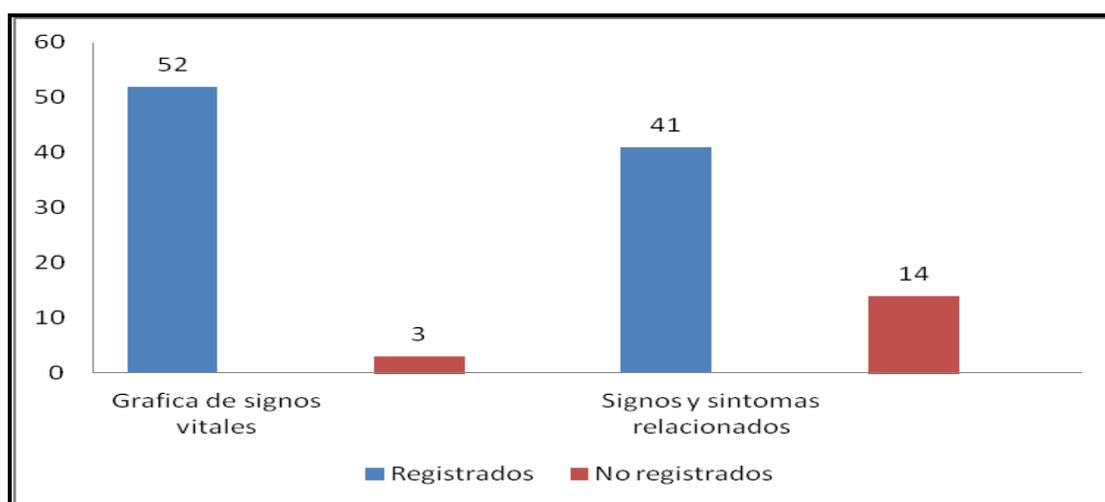
<b>GRAFICA DE SIGNOS VITALES.</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>% ac.</b>	<b>Nivel de Eficiencia</b>
Registrado	52	94.5	94.5	94.5
No registrado	3	5.5	100.0	
Total	55			

<b>SIGNOS Y SÍNTOMAS RELACIONADOS</b>				
Registrado	41	74.5	74.5	74.5
No registrado	14	25.5	100.0	
Total	55			

**Grafico No 14.**

**Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de oxigenación.**



**7.3.2. Cumplimiento de los cuidados realizados, con respecto a la necesidad de alimentación.**

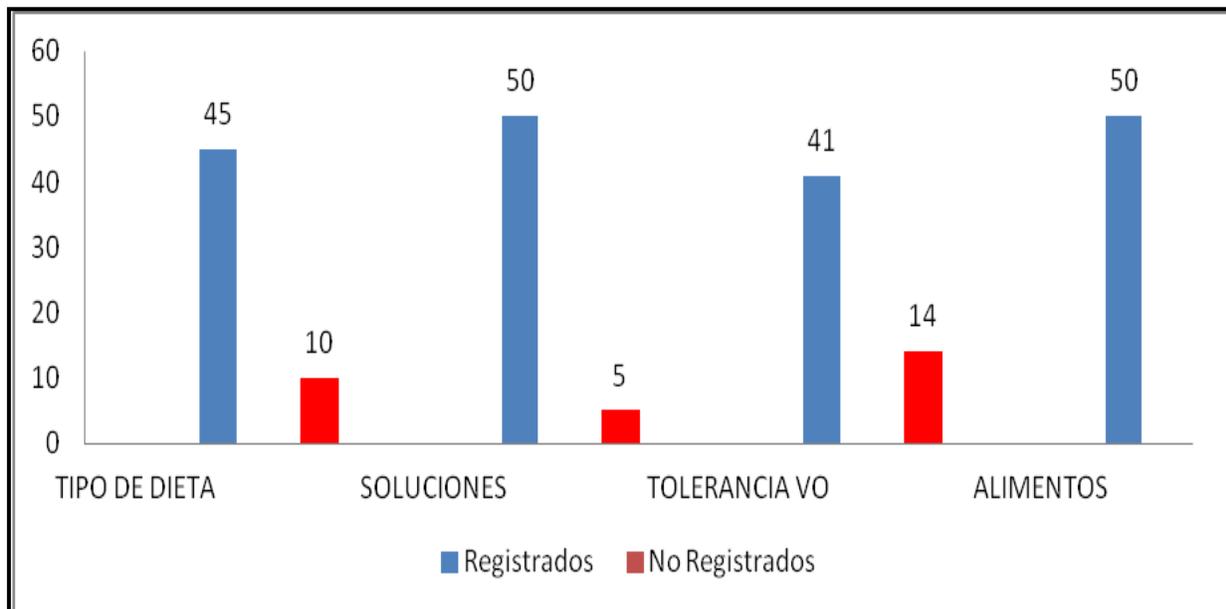
Con respecto a la necesidad de comer y beber adecuadamente o alimentación: en el apartado de tipo de dieta el registro se cumplió en un 81.8 % de los casos y solo el 18.2 % no se encontró evidencia escrita de tal rubro auditado. Para el rubro de soluciones parenterales se determino un cumplimiento del registro en el 90.9 % de los casos y solo en un 9.1 % no se cumplió el registro. Seguido con el rubro de la tolerancia de vía oral, se identifico un nivel de cumplimiento en un 74.5% de los casos y solo un 25.5% no están presentes tales registros auditados. Por ultimo en el apartado de alimentos ingeridos por parte del paciente el nivel cumplimiento fue de 90.9% y solo un 9.1% no registraron dichos cuidados. De manera global podemos decir que el nivel de cumplimiento en el registro clínico de enfermería para esta necesidad es de un 84.5 % de los casos auditados. (Cuadro No. 15)

**Cuadro No 15. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de alimentación.**

<b>TIPO DE DIETA</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>% ac.</b>	<b>Nivel de Eficiencia</b>
Registrado	45	81.8	81.8	81.8
No registrado	10	18.2	100.0	
Total	55	100.0		
<b>SOLUCIONES PARENTERALES</b>				
Registrado	50	90.9	90.9	90.9
No registrado	5	9.1	100.0	
Total	55	100.0		
<b>TOLERANCIA VÍA ORAL</b>				
Registrado	41	74.5	74.5	74.5
No registrado	14	25.5	100.0	
Total	55	100.0		
<b>ALIMENTOS INGERIDOS EN DESAYUNO, COMIDA O CENA.</b>				
Registrado	50	90.9	90.9	90.9
No registrado	5	9.1	100.0	
Total	55	100.0		

**Grafico No. 15**

**Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de alimentación.**



### 7.3.3. Cumplimiento de los cuidados realizados, con respecto a la necesidad de eliminación.

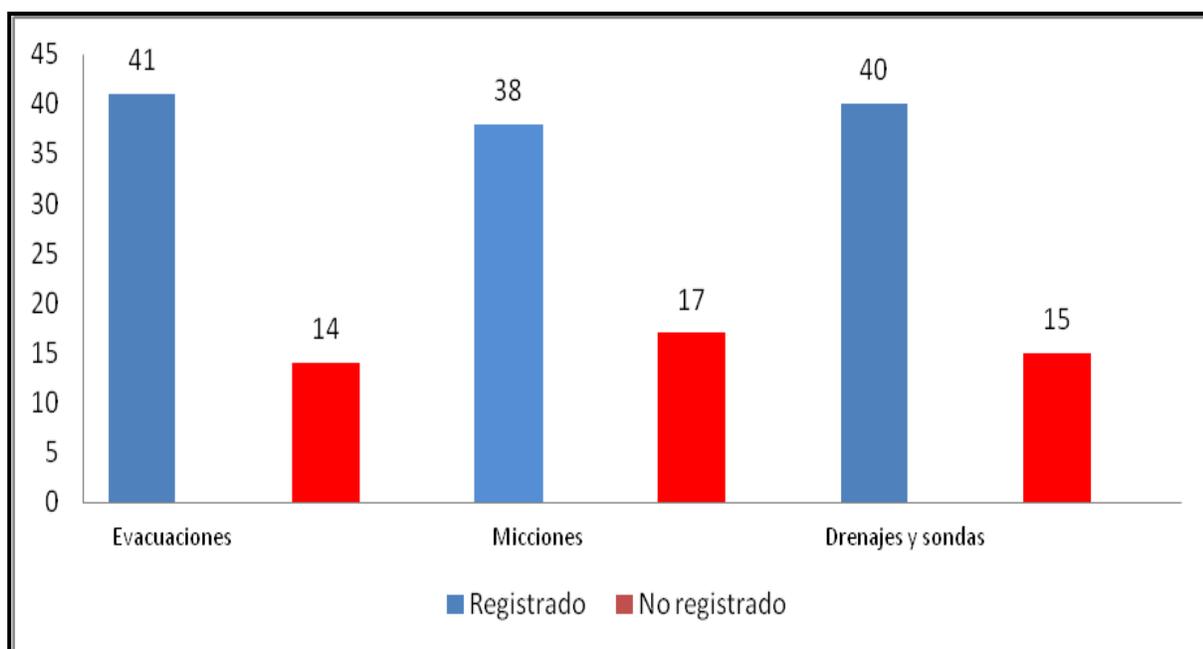
Con respecto a la necesidad de eliminación en el rubro de evacuaciones y características se determino en un nivel de cumplimiento del 74.5 % de los registros auditados y solo un 25.5 % no se identifico la presencia del registro clínico de enfermería. En el rubro de micciones y características existe un cumplimiento del 69.1 % y solo un 30.9% no cumplió con tal registro. El rubro de sondas, drenajes o succiones se encontró un nivel cumplimiento del 72.7 % de los registros clínicos de enfermería y solo un 27.3 % no están presentes tales actividades. De manera global para la necesidad de eliminación el nivel de cumplimiento se determino en un 72.1 % de los registros evaluados. (Cuadro No. 16)

**Cuadro no 16. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de eliminación.**

<b>EVACUACIONES Y CARACTERÍSTICAS</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>% ac.</b>	<b>Nivel de Eficiencia</b>
Registrado	41	74.5	74.5	74.5
No registrado	14	25.5	100.0	
Total	55	100.0		
<b>MICCIONES Y CARACTERÍSTICAS</b>				
Registrado	38	69.1	69.1	69.1
No registrado	17	30.9	100.0	
Total	55	100.0		
<b>DRENAJES SONDAS O SUCCIONES</b>				
Registrado	40	72.7	72.7	72.7
No registrado	15	27.3	100.0	
Total	55	100.0		

**Grafico No. 16**

**Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de eliminación.**



#### 7.3.4. Cumplimiento de los cuidados realizados, con respecto a la necesidad de movilización.

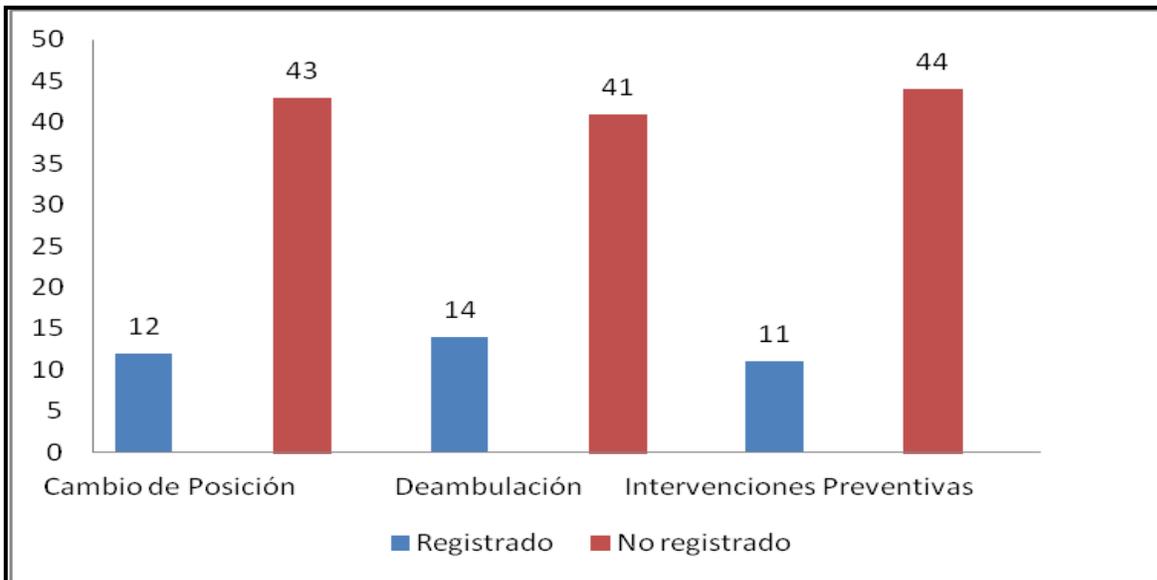
Los resultados para la necesidad de movilización y postura, en el rubro de cambio de posición solo el 21.8 % cumple con dicho registro y en mayor porcentaje que corresponde al 78.2 % está ausente dicho registro o intervención valorada por parte del personal de enfermería. En el rubro de la deambulaci3n del paciente se determino un nivel de cumplimiento en un 25.5 % y el 74.5 % de los casos no evidencia dicho rubro al menos de manera escrita, por 3ltimo para las intervenciones preventivas para evitar las ulceras por presi3n se determino un nivel de cumplimiento del 20 % los registros auditados y un 80 % no cumple con dicho registro. De manera global para esta necesidad existe un nivel de cumplimiento del 22.4 % en los registros cl3nicos de enfermer3a auditados.

#### Cuadro No 17. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermer3a y reportados en los registros cl3nicos, con respecto a la necesidad de movilizaci3n.

<b>CAMBIO DE POSICI3N</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>% ac.</b>	<b>Nivel de Eficiencia</b>
Registrado	12	21.8	21.8	21.8
No registrado	43	78.2*	100.0	
Total	55	100.0		
<b>DUAMBULACI3N</b>				
Registrado	14	25.5	25.5	25.5
No registrado	41	74.5*	100.0	
Total	55	100.0		
<b>INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA ULCERAS</b>				
Registrado	11	20	20	20.0
No registrado	44	80*	100.0	
Total	55	100.0		

**Gráfico No. 17**

**Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de movilización.**



### 7.3.5. Cumplimiento de los cuidados realizados, con respecto a la necesidad de reposo y sueño

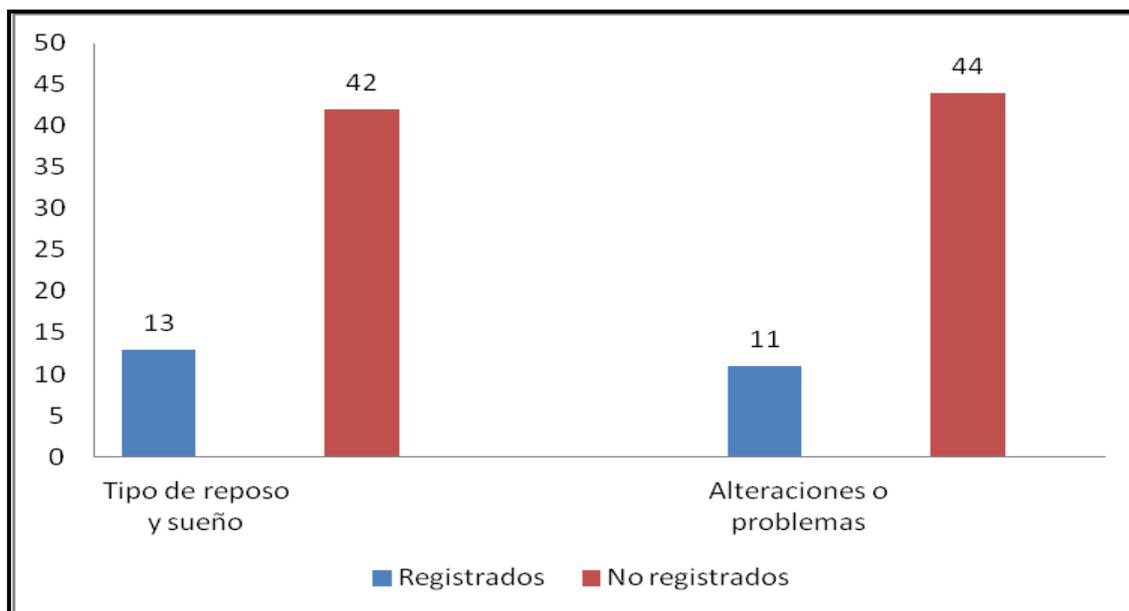
Los resultados obtenidos para el rubro con respecto a la descripción del tipo de reposo o sueño se determinó un nivel de cumplimiento del 23.6% y el mayor porcentaje que corresponde a un 76.4 % no se encontró presente dichos registros. Para el rubro de alteraciones o problemas detectados con respecto a esta necesidad el resultado obtenido de cumplimiento fue de un 20% de cumplimiento de los registros auditados y un 80 % de los casos no cumplen con dicha actividad registrada. De manera global para la necesidad con respecto a el reposo y sueño el nivel de cumplimiento obtenido es del 21.8 % de los casos registros clínicos de enfermería auditados. (Cuadro No. 18)

**Cuadro No 18. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de reposo y sueño.**

<b>TIPO DE REPOSO O SUEÑO</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>% ac.</b>	<b>Nivel de Eficiencia</b>
Registrado	13	23.6	23.6	23.6
No registrado	42	76.4*	100.0	
Total	55	100.0		
<b>ALTERACIONES O PROBLEMAS DETECTADOS</b>				
Registrado	11	20	20	20.0
No registrado	44	80*	100.0	
Total	55	100.0		

**Gráfico No 18.**

**Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de reposo y sueño.**



### 7.3.6. Cumplimiento de los cuidados realizados, con respecto a la necesidad de temperatura.

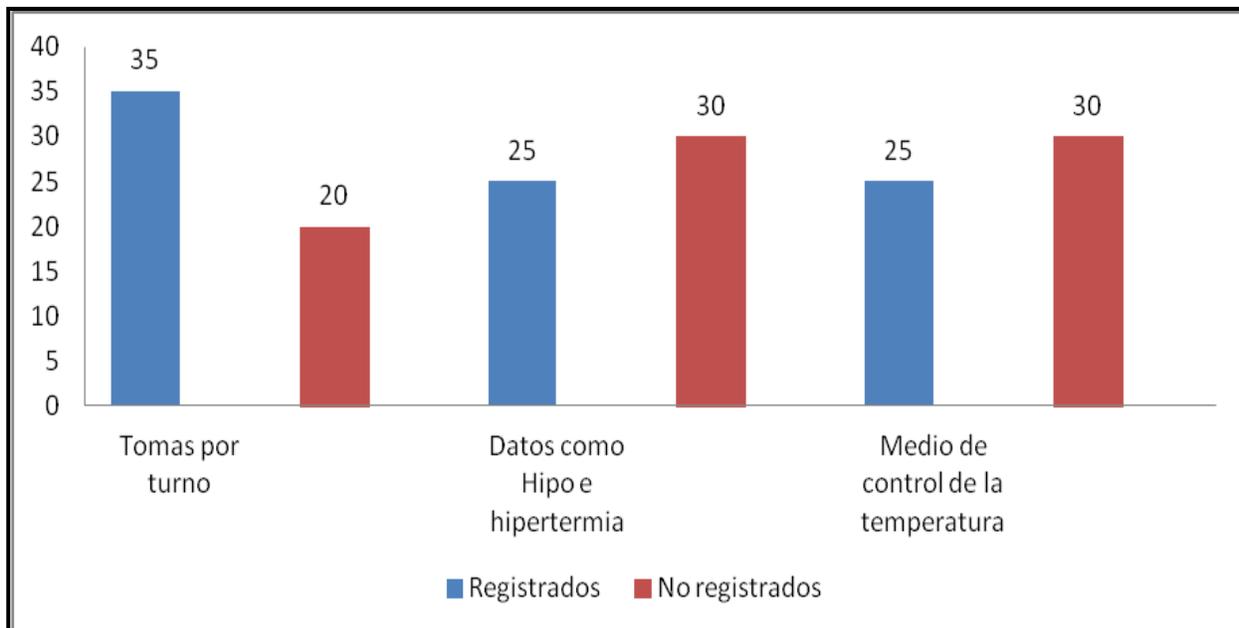
Para la necesidad de temperatura corporal del paciente el nivel de cumplimiento en el rubro de tomas por turno se determinó un nivel de cumplimiento del 63.6 % de los casos auditados y solo el 36.4 % se cuenta con dicho registro de enfermería. En el rubro con respecto a los datos de hipotermia e hipertermia el nivel de cumplimiento fue del 45.5 % de los casos y en mayor porcentaje que corresponde al 54.5 % no se evidencia de manera escrita dicho registro clínico de enfermería. Para el rubro correspondiente a los medios de control para la temperatura solo el 45.5% realizan el registro y el 54.5 no se encontró tal registro. De manera global para la necesidad de temperatura en los registros clínicos de enfermería auditados es de un 51.5 % de nivel de cumplimiento. (Cuadro no. 19)

#### Cuadro no 19. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de temperatura.

<b>TOMAS POR TURNO</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>% ac.</b>	<b>Nivel de Eficiencia</b>
Registrado	35	63.6	63.6	63.6
No registrado	20	36.4*	100.0	
Total	55	100.0		
<b>DATOS COMO HIPOTERMIA E HIPERTERMIA</b>				
Registrado	25	45.5	45.5	45.5
No registrado	30	54.5*	100.0	
Total	55	100.0		
<b>MEDIO DE CONTROL DE TEMPERATURA</b>				
Registrado	25	45.5	45.5	45.5
No registrado	30	54.5*	100.0	
Total	55	100.0		

Grafico No. 19

Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de temperatura.



### 7.3.7. Cumplimiento de los cuidados realizados, con respecto a la necesidad de higiene y piel.

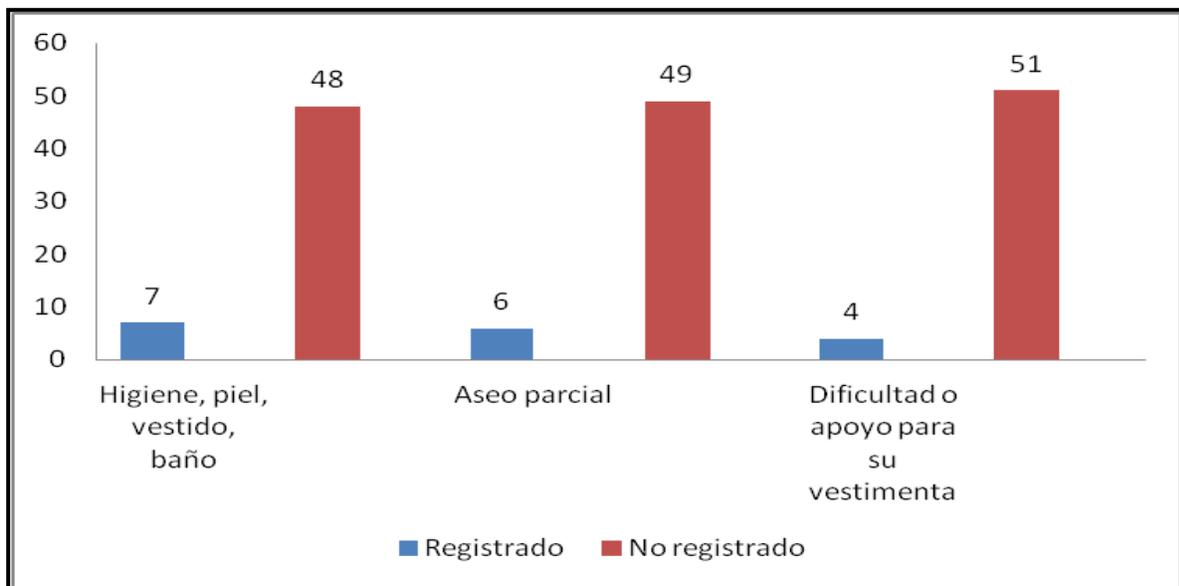
Los resultados obtenidos en el rubro de higiene de la piel, vestido o tipo de baño se obtuvo un nivel de cumplimiento del 12.7% de los registros clínicos de enfermería auditados y en mayor porcentaje que corresponde al 87.3 % no lo registra dicha actividad. Siguiendo con el rubro de aseo parcial solo el 10.9 % registran dicha actividad y el 89.1 % no se refleja en los registros clínicos de enfermería auditados. Por ultimo en el rubro de dificultad para su vestimenta solo el 7.3 % registran dicha actividad y el 92.7 % de los caso están ausentes dichos registros que evidencien al menos de manera escrita tal actividad. De manera global el nivel de cumplimiento del registro clínico de enfermería para la necesidad de higiene y piel el nivel de cumplimiento es del 10.3 % de los casos auditados. (Cuadro no.20)

**Cuadro no 20. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de higiene y piel.**

<b>HIGIENE, PIEL, VESTIDO O TIPO DE BAÑO</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>% ac</b>	<b>Nivel de Eficiencia</b>
Registrado	7	12.7	12.7	12.7
No registrado	48	87.3*	100.0	
Total	55	100.0		
<b>ASEO PARCIAL</b>				
Registrado	6	10.9	10.9	10.9
No registrado	49	89.1*	100.0	
Total	55	100.0		
<b>DIFICULTAD O APOYO PARA SU VESTIMENTA</b>				
Registrado	4	7.3	7.3	7.3
No registrado	51	92.7*	100.0	
Total	55	100.0		

Grafico No. 20

Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de higiene y piel.



### 7.3.8. Cumplimiento de los cuidados realizados, con respecto a la necesidad de seguridad.

Con respecto a los resultados obtenidos para la necesidad de seguridad o evitar peligros en el rubro de actividades con respecto a los barandales solo el 5.5% cumplen en el registro para este apartado y en mayor porcentaje que corresponde al 94.5% de los casos auditados no registran dicha actividad. En el segundo rubro correspondiente a identificar el riesgo de caída el nivel de cumplimiento se determinó en un 5.5% de los casos auditados y el 94.5 no se evidencia dicha actividad realizada al menos en el registro clínico de enfermería auditado. Finalmente el rubro con respecto a identificar el código de seguridad para evitar caídas solo se registra en un 3.6 % de los casos evaluados y en un porcentaje mayor del 96.4% no se encontró registro alguno. De manera global para la necesidad de seguridad en los registro clínico de enfermería se determinó un nivel de cumplimiento del 4.8 % de los registros clínicos auditados. (Cuadro no.21)

**Cuadro no 21. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de seguridad.**

<b>CUANTA CON BARANDALES</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>% ac.</b>	<b>Nivel de Eficiencia</b>
Registrado	3	5.5	5.5	5.5
No registrado	52	94.5*	100.0	
Total	55	100.0		

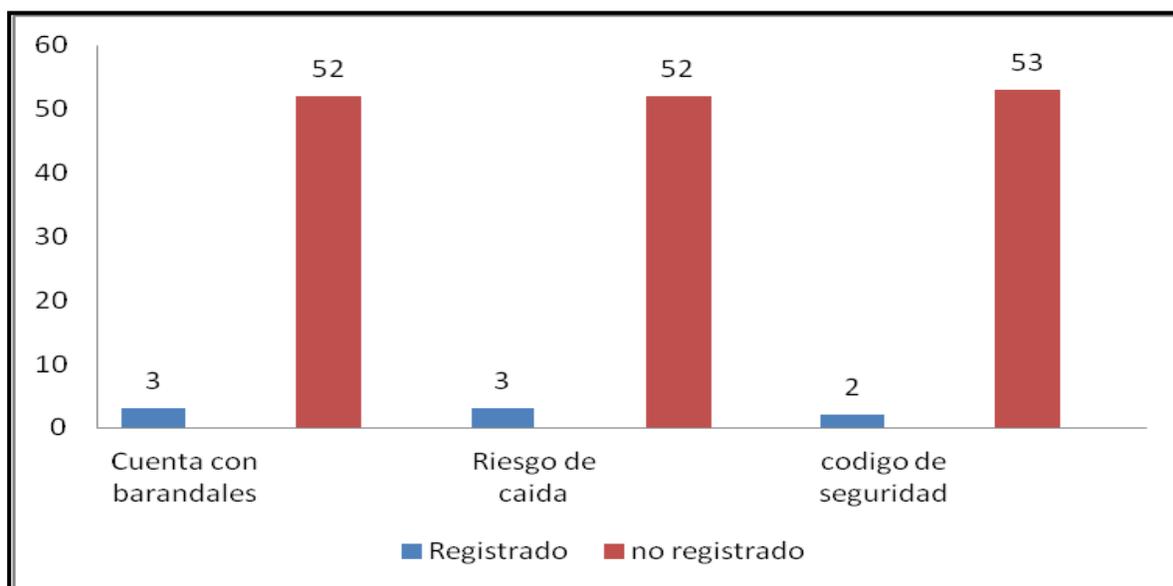
<b>RIESGO DE CAÍDA</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>% ac.</b>	<b>Nivel de Eficiencia</b>
Registrado	3	5.5	5.5	5.5
No registrado	52	94.5*	100.0	
Total	55	100.0		

<b>CÓDIGO DE SEGURIDAD</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>% ac.</b>	<b>Nivel de Eficiencia</b>
Registrado	2	3.6	3.6	3.6
No registrado	53	96.4*	100.0	
Total	55	100.0		

**Grafico No. 21**

**Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de seguridad.**



### 7.3.9. Cumplimiento de los cuidados realizados, con respecto a la necesidad de comunicación.

El resultado para la necesidad de comunicación solo el 1.8 % cumplió con el registro de dicha actividad y el 98.2 %, siendo un mayor porcentaje no está presente al menos de manera escrita en los registros clínicos de enfermería auditados. (Cuadro 22)

**Cuadro no. 22. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de comunicación.**

COMUNICACIÓN	Fo.	%	% ac.	Nivel de Eficiencia
Registrado	1	1.8	1.8	1.8
No registrado	54	98.2	100.0	
Total	55	100.0		

**Grafico No 22. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de comunicación.**



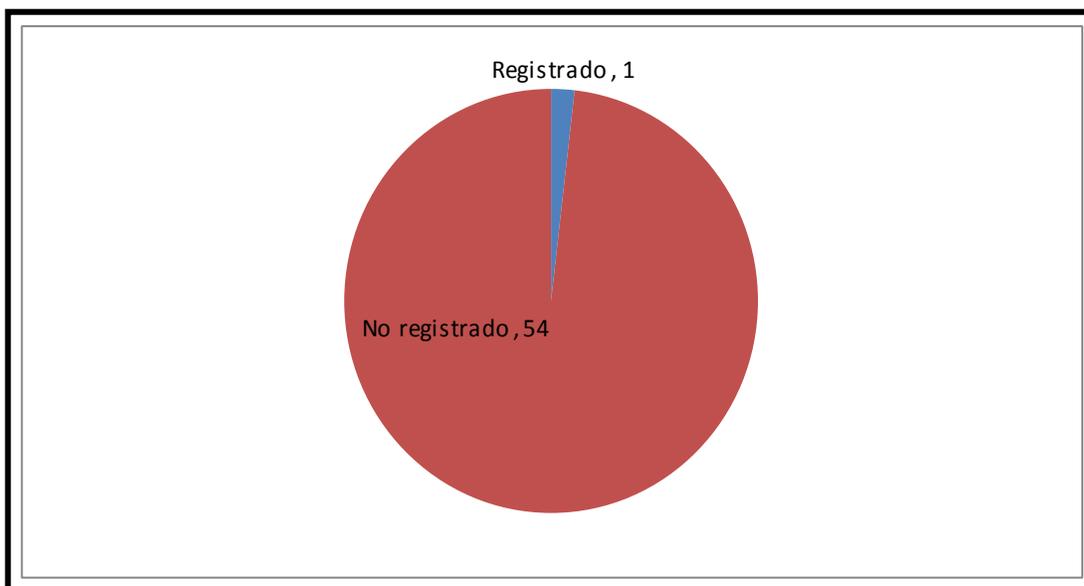
**7.3.10. Cumplimiento de los cuidados realizados, con respecto a la necesidad de religión y creencias.**

Para la necesidad de religión y creencias se determino un nivel de cumplimiento en un 1.8 % de los casos auditados, seguido por un 98.2 % de los casos que no está presentes tales registros clínicos con respecto a la necesidad de religión y creencias. De manera global podemos decir que es mínimo el nivel de registro clínico cumplido. (Cuadro no 23)

**Cuadro no 23. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de religión y creencias.**

RELIGIÓN Y CREENCIAS	Fo	%	% ac.	Nivel de Eficiencia
Registrados	1	1.8	1.8	1.8
No Registrados	54	98.2	100.0	
Total	55	100.0		

**Grafico No 23. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de religión y creencias.**



### 7.3.11. Cumplimiento de los cuidados realizados, con respecto a la necesidad de trabajar y realizarse.

Los resultados obtenidos para la necesidad de Trabajar y realizarse se determino un nivel de cumplimiento del 3.6 % de los casos auditado, seguido por el 96.4 % que no se encontró presente tal registro de dicha necesidad. (Cuadro no. 24)

**Cuadro no 24. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de trabajar y realizarse.**

TRABAJAR Y REALIZARSE	Fo.	%	%ac.	Nivel de Eficiencia
Registrados	2	3.6	3.6	3.6
No registrado	53	96.4	100.0	
Total	55	100.0		

**Grafico no 24. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de trabajar y realizarse.**



**7.3.12. Cumplimiento de los cuidados realizados, con respecto a la necesidad de actividades lúdicas.**

Con respecto a la necesidad de actividades lúdicas o recreativas el nivel de cumplimiento logrado en la auditoria fue del 5.5% los casos y el 94.5 % de los casos auditados no reflejan su presencia al menos de forma escrita para dicha investigación. (Cuadro no 25)

**Cuadro no 25. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de actividades lúdicas.**

ACTIVIDADES LÚDICAS	Fo.	%	% ac	Nivel de Eficiencia
Registrados	3	5.5	5.5	5.5
No registrado	52	94.5	100.0	
Total	55	100.0		

**Grafico No. 25. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de actividades lúdicas.**



**7.3.13. Cumplimiento de los cuidados realizados, con respecto a la necesidad de aprendizaje.**

Para la necesidad de aprendizaje hacia el paciente se determinó un nivel de cumplimiento del 3.6% de los casos, siendo que es una actividad primordial que realiza el personal de enfermería y un 96.4 % de los registros clínicos de enfermería auditados muestra su ausencia con respecto a tal necesidad. (Cuadro no. 26)

**Cuadro no 26. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de aprendizaje sobre su cuidado.**

APRENDIZAJE SOBRE EL CUIDADO	Fo.	%	% ac.	Nivel de Eficiencia
Registrados	2	3.6	3.6	3.6
No registrado	53	96.4	100.0	
Total	55	100.0		

**Grafico no 26. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de aprendizaje sobre su cuidado.**



**7.3.14. Cumplimiento de los cuidados realizados, con respecto a la necesidad de actividades educativas.**

La enseñanza, orientación y educación al familiar solo se cumplió en el registro un 7.3 % de los casos auditados, seguidas por el 92.7 % de los casos que reportaron de manera escrita su ausencia para tal necesidad auditada. (Cuadro no 27)

**Cuadro no 27. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de actividades educativas a familiar.**

<b>ACTIVIDADES EDUCATIVAS A FAMILIAR</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>% ac.</b>	<b>Nivel de Eficiencia</b>
Registrado	4	7.3	7.3	7.3
No registrado	51	92.7*	100	
Total	55	100.0		

**Grafico no 27. Cumplimiento de los cuidados realizados por el personal de enfermería y reportados en los registros clínicos, con respecto a la necesidad de actividades educativas a familiar.**



#### **7.4. Ordenamiento global en valores porcentuales decrecientes**

Finalmente de manera general en los resultados observamos un global de valores porcentuales decrecientes de los indicadores auditados se puede observar que de las 42 actividades auditadas, 13 actividades se encuentran en un nivel de excelencia que corresponde del 90-99%, 3 en nivel de muy bien (80-89%), 5 actividades en aceptable (70-79%), 1 en el nivel deficiente (60-69%), finalmente 20 actividades que se encuentran en nivel de inaceptable (0-59%)

Las actividades que se encuentran en el nivel de excelentes son; nombre de la institución y el paciente, grafica de signos vitales, medicamentos, numero de cama y expediente, edad y sexo del paciente, diagnostico principal, frecuencia respiratoria, nombre de la enfermera, soluciones parenterales y finalmente alimentos ingeridos.

Las actividades que se encuentran en el nivel de muy bien son; la valoración inicial, tipo de dieta y dieta indicada. En el nivel aceptable se encuentran las actividades de; oxigenación, vía oral, evacuaciones, drenajes sondas, micciones. Seguidas por el nivel de deficiente se encuentra la actividad o necesidad de temperatura.

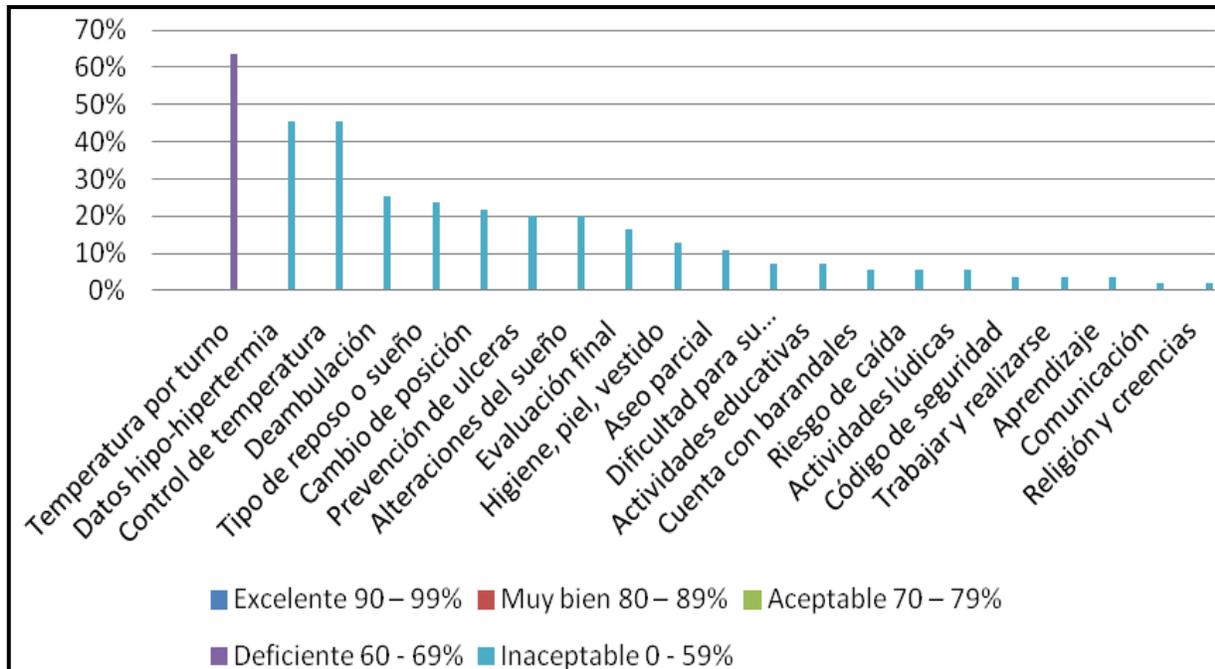
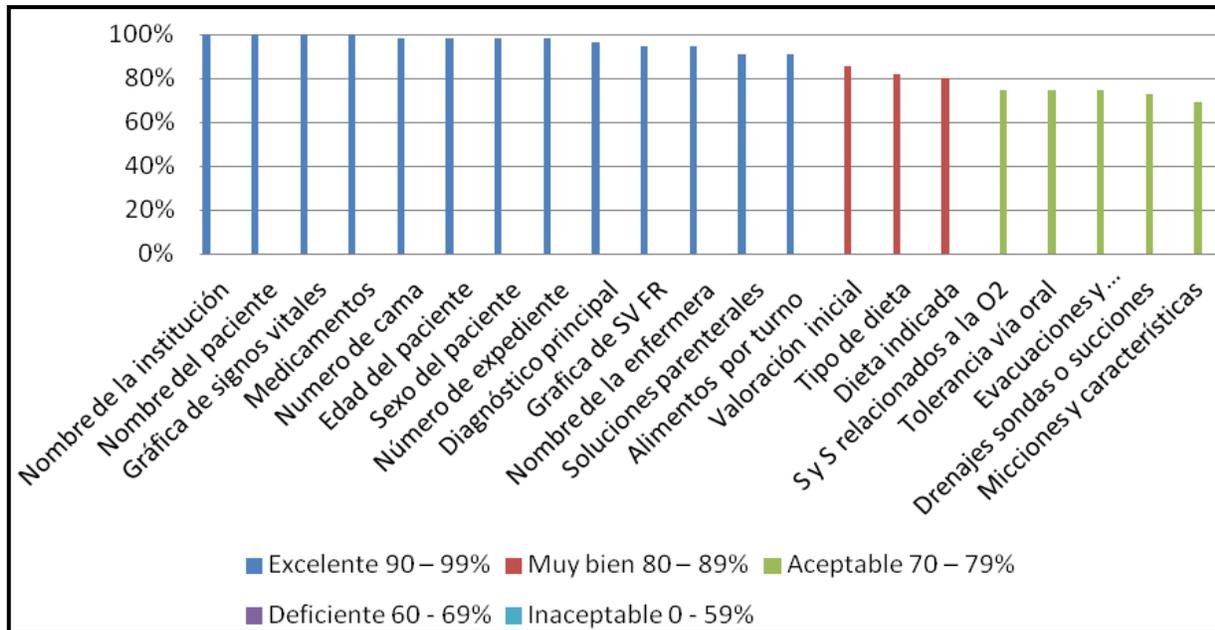
Finalmente en el nivel de inaceptable se encuentran; datos referentes a hipertermia o hipotermia, medio de control, deambulaci3n, reposo y sue1o, cambio de posici3n, prevenci3n de ulceras, alteraciones del sue1o, evaluaci3n final, higiene, aseo parcial, dificultada para su vestimenta, actividades educativas, barandales, riesgo de ca3da, actividades l3dicas, c3digo de seguridad, trabajar, aprendizaje, comunicaci3n, religi3n y creencias

De manera global se determina un total de 114 puntos como valor observado que corresponde al 54.28 % de cumplimiento de los registros cl3nicos de enfermer3a auditados en un hospital p3blico de 2º nivel de atenci3n del DF. (Cuadro no. 29)

**Cuadro no. 29. Ordenamiento global en valores porcentuales decrecientes de calificación a los indicadores auditados.**

No.	Actividad auditada	Valor	5	4	3	2	1
			Excelente 90 – 99%	Muy bien 80 – 89%	Aceptable 70 – 79%	Deficiente 60 - 69%	Inaceptable 0 - 59%
1	Nombre de la institución		100%				
2	Nombre del paciente		100%				
3	Gráfica de signos vitales		100%				
4	Medicamentos		100%				
5	Numero de cama		98.2%				
6	Edad del paciente		98.2%				
7	Sexo del paciente		98.2%				
8	Número de expediente		98.2%				
9	Diagnóstico principal		96.4%				
10	Grafica de signos vitales frecuencia respiratoria		94.5%				
11	Nombre de la enfermera		94.5%				
12	Soluciones parenterales		90.9%				
13	Alimentos ingeridos por turno		90.9%				
14	Valoración inicial			85.5%			
15	Tipo de dieta			81.8%			
16	Dieta indicada			80%			
17	Signos y síntomas relacionados a la oxigenación				74.5%		
18	Tolerancia vía oral				74.5%		
19	Evacuaciones y características				74.5%		
20	Drenajes sondas o succiones				72.7%		
21	Micciones y características				69.1%		
22	Tomas por turno (temperatura)					63.6%	
23	Datos como hipotermia e hipertermia						45.5%
24	Medio de control de temperatura						45.5%
25	Deambulaci3n						25.5 %
26	Tipo de reposo o sueño						23.6%
27	Cambio de posici3n						21.8%
28	Intervenciones preventivas para úlceras						20%
29	Alteraciones o problemas detectados de sueño						20%
30	Evaluaci3n final						16.4%
31	Higiene, piel, vestido o tipo de baño						12.7%
32	Aseo parcial						10.9%
33	Dificultad o apoyo para su vestimenta						7.3%
34	Actividades educativas						7.3%
35	Cuenta con barandales						5.5%
36	Riesgo de caída						5.5%
37	Actividades lúdicas						5.5%
38	C3digo de seguridad						3.6%
39	Trabajar y realizarse						3.6%
40	Aprendizaje						3.6%
41	Comunicaci3n						1.8%
42	Religi3n y creencias						1.8%

**Gráfico no 29. Ordenamiento global en valores porcentuales decrecientes de calificación a los indicadores auditados.**



**7.4.1. Valores porcentuales decrecientes obtenidos caso por caso.**

**Cuadro no. 30. Valores porcentuales decrecientes obtenidos caso por caso, en el índice de eficiencia en el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería.**

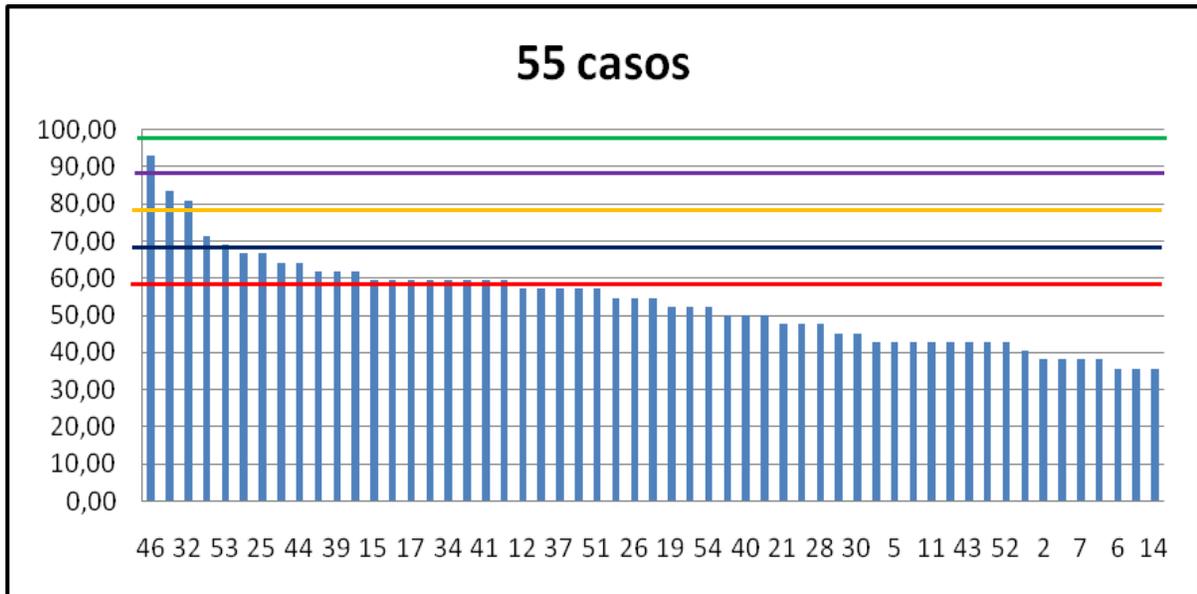
No. Caso	Excelente 90 a 99%	Muy bien 80 a 89%	Aceptable 70 a 79%	Deficiente 60 a 69%	Inaceptable 0 a 59%
1	46	92,86			
2	24		83,33		
3	32		80,95		
4	47			71,43	
5	53			69,05	
6	20			66,67	
7	25			66,67	
8	33			64,29	
9	44			64,29	
10	27			61,90	
11	39			61,90	
12	45			61,90	
13	15			59,52	
14	16			59,52	
15	17			59,52	
16	18			59,52	
17	34			59,52	
18	38			59,52	
19	41			59,52	
20	48			59,52	
21	12				57,14
22	36				57,14
23	37				57,14
24	42				57,14
25	51				57,14
26	23				54,76
27	26				54,76

**Cuadro No. 30 bis. Valores porcentuales decrecientes obtenidos caso por caso, en el índice de eficiencia en el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería.**

No. Caso	Excelente 90 a 99%	Muy bien 80 a 89%	Aceptable 70 a 79%	Deficiente 60 a 69%	Inaceptable 0 a 59%
28	29				54,76
28	19				52,38
30	49				52,38
31	54				52,38
32	35				50,00
33	40				50,00
34	55				50,00
35	21				47,62
36	22				47,62
37	28				47,62
38	4				45,24
39	30				45,24
40	1				42,86
41	5				42,86
42	8				42,86
43	11				42,86
44	31				42,86
45	43				42,86
46	50				42,86
47	52				42,86
48	10				40,48
49	2				38,10
50	3				38,10
51	7				38,10
52	9				38,10
53	6				35,71
54	13				35,71
55	14				35,71

Gráfico No. 30

Tabla general de valores porcentuales decrecientes obtenidos caso por caso, en el índice de eficiencia en el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería.

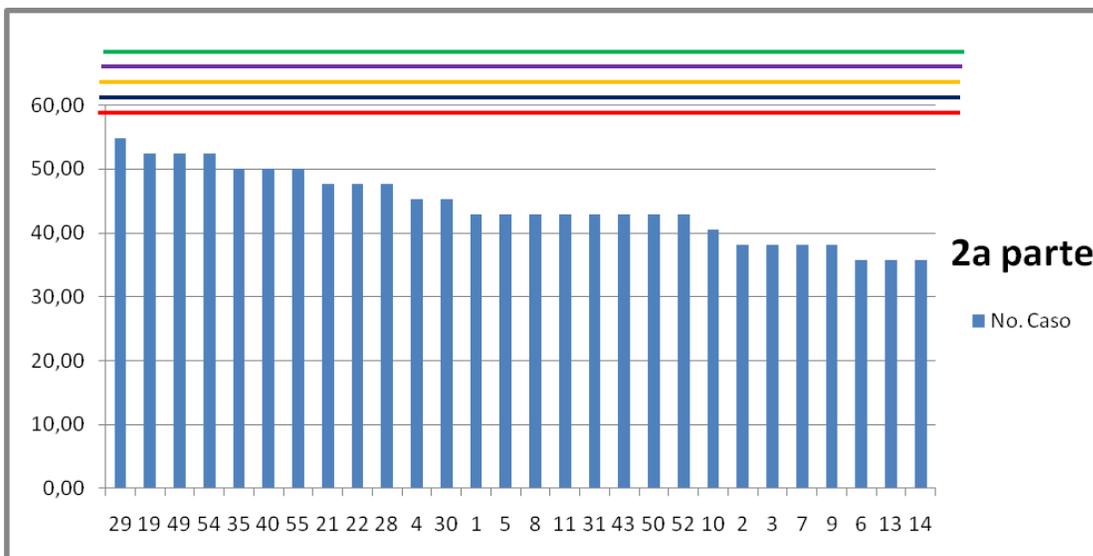
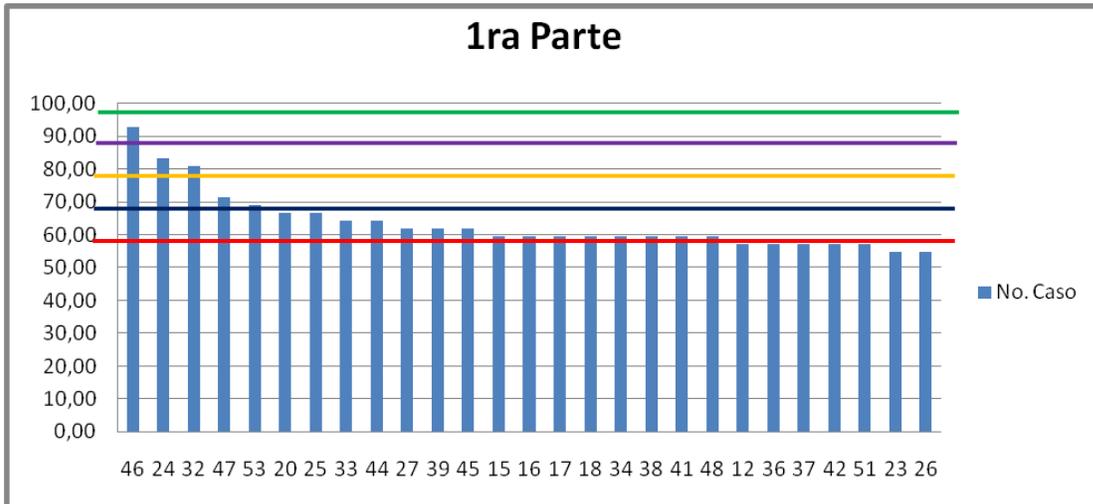


Fuente Cuadro 30.



Gráfico no. 30 bis

Valores porcentuales decrecientes obtenidos caso por caso, en el índice de eficiencia en el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería



#### 7.4.2. Nivel de eficiencia por frecuencias observadas en el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería.

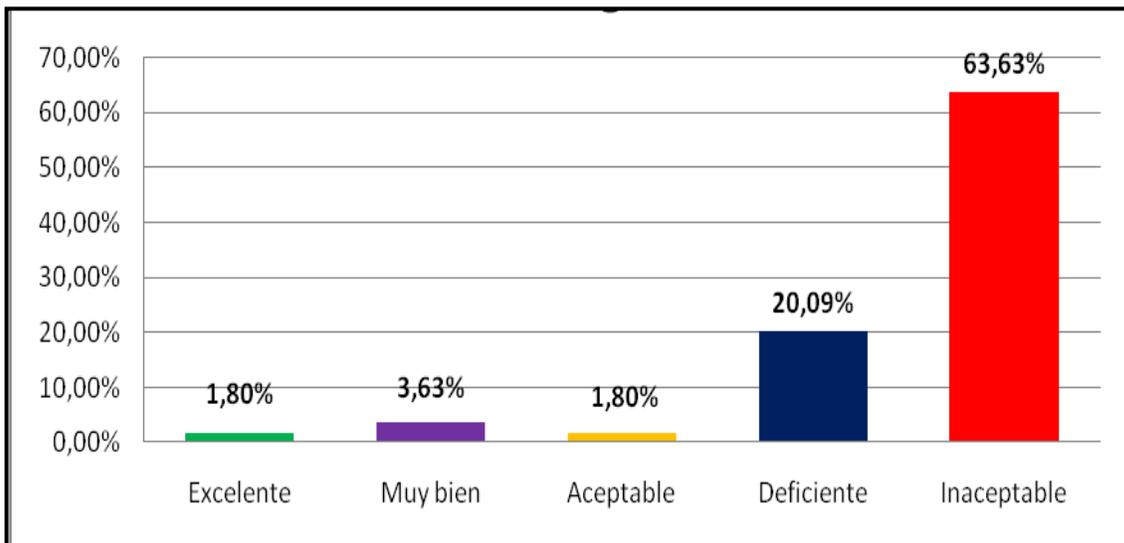
En cuanto a los valores porcentuales decrecientes obtenidos caso por caso, respecto al índice de eficiencia en el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería auditados, se observó que sólo un caso alcanzó el 92.86% de eficiencia calificando con “excelencia”. Dos casos calificaron en el nivel de cumplimiento de “muy bien” con un 83.33% y 80.95% respectivamente. Un caso de determino en el nivel de cumplimiento como “aceptable” con el 71.43% y desafortunadamente 16 casos calificaron como “deficiente” y los 35 casos de registros clínicos de enfermería auditados restantes cayeron en el rubro de “inaceptables”. (Cuadro no. 31)

**Cuadro no. 31. Nivel de eficiencia por frecuencia observada y valores porcentuales obtenidos caso por caso, en el índice de eficiencia en el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería.**

<b>NIVEL DE EFICIENCIA GLOBAL EN LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FO.</b>	<b>%</b>
Excelente	1	1.80
Muy Bien	2	3.63
Aceptable	1	1.80
Deficiente	16	20.09
Inaceptable	35	63.63
Total	55	100.00

**Grafico No. 31**

**Nivel de eficiencia por frecuencia observada y valores porcentuales obtenidos caso por caso, en el índice de eficiencia en el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería.**



## 7.5. Opinión de las enfermeras entrevistadas.

Por último se muestra los resultados obtenidos sobre la encuesta de opinión que se le aplicó a las enfermeras que realizaron dichos registros clínicos de enfermería auditados con la finalidad de conocer la importancia que asignan o determinan a los registros de enfermería con diversos enfoques.

### 7.5.1. Opinión sobre la importancia del registro en el ejercicio laboral.

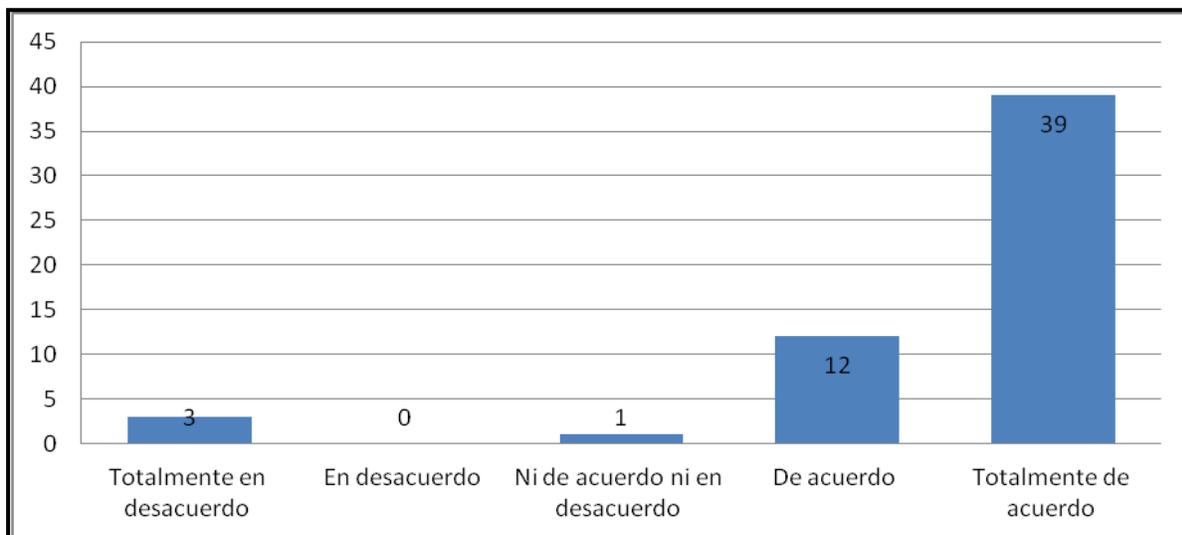
Así mismo se entrevistó al personal de enfermería sobre la opinión que tiene con respecto a los registros clínicos de enfermería desde diferentes aspectos; uno de ellos es sobre la importancia que tienen los registros clínicos en el ejercicio laboral, el 70.9% de las enfermeras entrevistadas están totalmente de acuerdo en que los registros son importantes en el ejercicio laboral, seguidos de un 21.8 % están de acuerdo, el 1.8% en desacuerdo, finalmente un 5.5 % en total desacuerdo, en que son importantes los registros en el área laboral. (Cuadro no. 5)

**Cuadro No 5. Opinión de las enfermeras entrevistadas sobre la importancia que asignan a los registros clínicos de enfermería en el ejercicio laboral dentro del área asistencial.**

¿LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA SON IMPORTANTES EN EL EJERCICIO LABORAL DENTRO DEL ÁREA ASISTENCIAL?	Fo.	%
Totalmente en desacuerdo	3	5.5*
En desacuerdo	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	1.8
De acuerdo	12	21.8
Totalmente de acuerdo	39	70.9
Total	55	100.0

**Grafico No. 5**

**Opinión de las enfermeras entrevistadas sobre la importancia que asignan a los registros clínicos de enfermería en el ejercicio laboral dentro del área asistencial.**



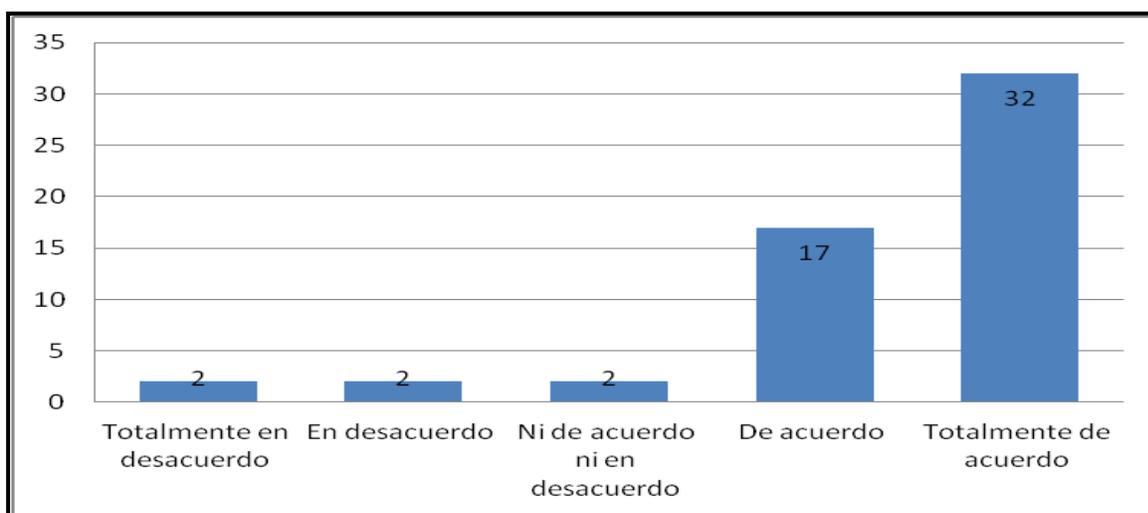
### 7.5.2. Opinión sobre la continuidad del cuidado

Otro aspecto que se evaluó fue sobre la importancia de los registros clínicos para la continuidad del cuidado otorgado, el 58.3 % de las enfermeras están totalmente de acuerdo en que los registros de enfermería son importantes para la continuidad del cuidado otorgado, seguidos de un 30.9 % donde están de acuerdo, un 3.6 % ni de acuerdo ni en desacuerdo, de igual manera en desacuerdo y un 3.6% en total desacuerdo. (Cuadro No. 6)

**Cuadro No 6. Opinión de las enfermeras entrevistadas sobre la importancia que asignan a los registros clínicos de enfermería como parte de la continuidad del cuidado otorgado.**

¿LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA SON IMPORTANTES COMO PARTE DE LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO OTORGADO?	Fo.	%
Totalmente en desacuerdo	2	3.6*
En desacuerdo	2	3.6*
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	3.6
De acuerdo	17	30.9
Totalmente de acuerdo	32	58.3
Total	55	100.0

**Gráfico No 6. Opinión de las enfermeras entrevistadas sobre la importancia que asignan a los registros clínicos de enfermería como parte de la continuidad del cuidado otorgado.**



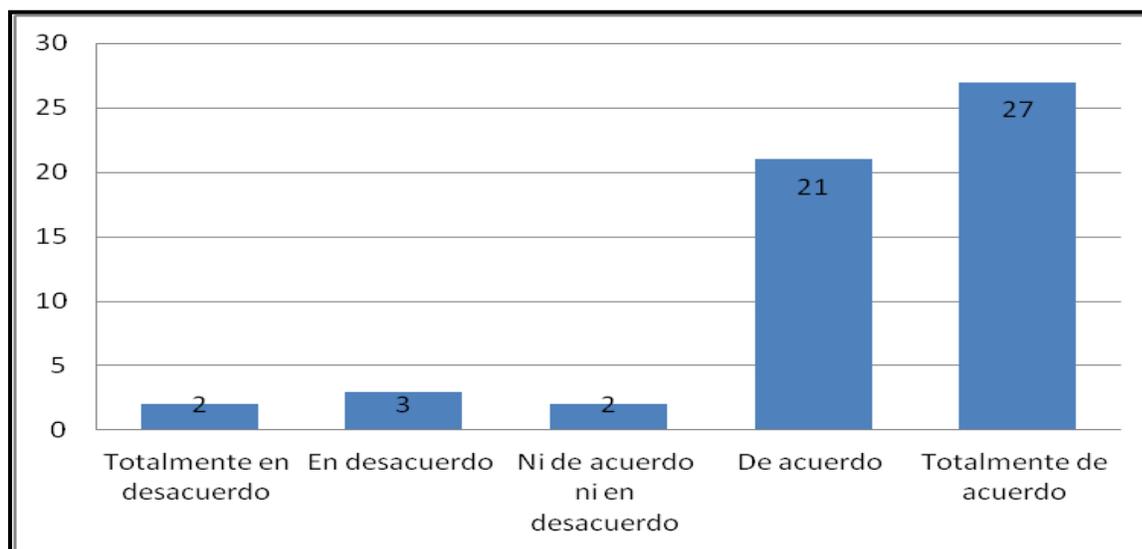
### 7.5.3. Opinión sobre la forma de llevar a cabo los registros y la seguridad del paciente

Así mismo se tomó en cuenta la opinión, sobre si los registros clínicos contribuyen a la seguridad del paciente en donde el 49.1 % de las enfermeras entrevistadas dicen estar en total acuerdo, seguido por un 38.2 % que están de acuerdo, un 3.6% ni de acuerdo ni en desacuerdo, pero así un 5.5 % de opinión en donde están en desacuerdo sobre esta opinión, y finalmente con un 3.6 % que están en total desacuerdo, en que los registros contribuyen para la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria. (Cuadro no. 7)

**Cuadro No. 7 Opinión de las enfermeras entrevistadas sobre La forma de llevar a cabo los registros clínicos de enfermería contribuye a la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria.**

¿LA FORMA DE LLEVAR A CABO LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA CONTRIBUYE A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA?	Fo.	%
Totalmente en desacuerdo	2	3.6*
En desacuerdo	3	5.5*
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	3.6
De acuerdo	21	38.2
Totalmente de acuerdo	27	49.1
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

**Grafico No 7. Opinión de las enfermeras entrevistadas sobre La forma de llevar a cabo los registros clínicos de enfermería contribuye a la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria.**



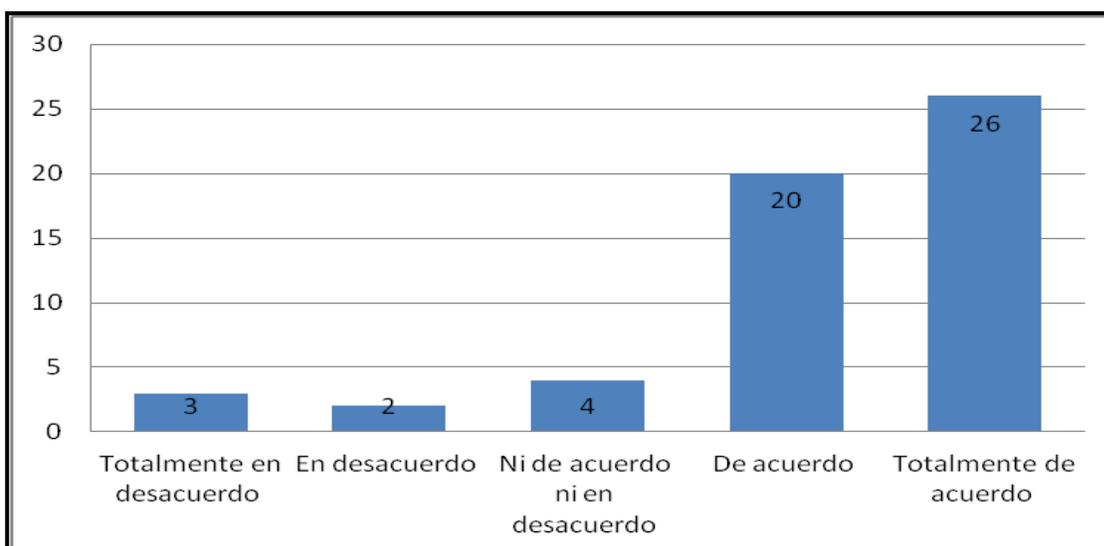
#### 7.5.4. Opinión sobre si los registros son una evidencia del cuidado

Finalmente la opinión que tienen las enfermeras sobre sí los registros son una evidencia, el 47.3 % de las enfermeras entrevistadas dicen estar totalmente de acuerdo en que los registros son una evidencia del cuidado, seguidas por un 36.4 % al estar de acuerdo, en un 7.3 % ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 3.6 % dice estar en desacuerdo y un 5.5% en total desacuerdo. (Cuadro No. 8)

**Cuadro No 8. Opinión de las enfermeras entrevistadas sobre los registros clínicos de enfermería son una evidencia del cuidado si se realizan son los estándares de calidad que se requieren.**

¿LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA SON UNA EVIDENCIA DEL CUIDADO SI SE REALIZAN SON LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD QUE SE REQUIEREN?	Fo.	%
Totalmente en desacuerdo	3	5.5*
En desacuerdo	2	3.6*
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	7.3
De acuerdo	20	36.4
Totalmente de acuerdo	26	47.3
Total	55	100.0

**Grafico No 8. Opinión de las enfermeras entrevistadas sobre los registros clínicos de enfermería son una evidencia del cuidado si se realizan son los estándares de calidad que se requieren.**



## 8. DISCUSIÓN

La auditoría de los registros clínico de enfermería constituye una actividad obligada para evaluar la calidad del cuidado. Este reporte acota los hallazgos de un ejercicio de auditoría a la hoja de registros clínicos de enfermería en un hospital público de 2º nivel de atención en el DF. Se observó directamente el registro de actividades siguiendo el propio formato en cuestión.

### **Datos sociodemográficos de las enfermeras que realizaron los registros clínicos de enfermería auditados.**

Los datos sociodemográficos de las enfermeras que realizaron los registros clínicos auditados, como son la antigüedad en la institución y la experiencia clínica de los profesionales cuyos documentos fueron auditados es aceptable ya que es un indicador positivo que tienen las enfermeras que las definen como competentes eficientes y expertas en su trabajo que realizan día a día al menos como lo define la clasificación de Benner.<sup>94</sup> Se infiere pues que, en este caso, la antigüedad, la experiencia laboral son factores que contribuyeron al cumplimiento de los registros clínicos de enfermería, no obstante que sí se encontraron ausencias o vacíos en los registros. Tales ausencias tendrán un probable origen en la convicción y sobre todo en la conciencia del profesional de saberse “protagonistas” de un cuidado que por su naturaleza, debe ser documentado.

Se destaca el hecho de que los indicadores enfermera-paciente se rebasan ligeramente como lo establece la guía técnica para la dotación de enfermeras<sup>95</sup>. El número de pacientes asignados y el cumplimiento en el llenado de los registros son indicadores directamente relacionados que tal vez pueda buscarse relación directa. Pero para fines de esta investigación puede afirmarse que si se mantiene la relación de 5:1 pacientes por enfermera, pues no puede atribuirse el incumplimiento en el llenado de los registros clínicos al número de paciente asignados. Se asume también que el día que el indicador aumente; la probabilidad de incumplimiento en el registro se incrementará proporcionalmente. El criterio que prevalecerá es el realizar las intervenciones prioritarias y documentarlas correctamente.

Los registros clínicos de enfermería auditados, en general corresponden al turno vespertino y matutino. Tradicionalmente se considera que el mejor proceso de trabajo de enfermería ha correspondido al turno matutino infiriéndose que los registros en este turno son y cumplen con los criterios exigidos en una auditoría. No obstante no existen estudios diferenciales o comparativos que permitan identificar la calidad del registro por turno. Aceptando que en todos los turnos existe personal con distinto nivel de competencia o expertes clínica.

En el estudio realizado la población entrevistada corresponde por categoría, no siempre por nivel académico; a enfermeras generales, seguida como especialistas, no especificando la especialidad precisamente; y en menor proporción están los jefes de servicio. Ya que no es referente esta última categoría para solo desempeñar funciones administrativas sino que también están en contacto directo con la atención a los pacientes. El profesiograma de las enfermeras generales incluye

la elaboración de los registros clínicos por lo que el nivel de eficiencia de los mismos debiera ser muy bueno o excelente.

Las enfermeras entrevistadas tienen una escolaridad de nivel técnico, seguido por enfermeras con Posttécnico y en un menor porcentaje con licenciatura o especialidad. Las actitudes y aptitudes para cualquier actividad están determinados por: el nivel de conocimiento, las experiencias o vivencias sobre el fenómeno y sobre todo por las expectativas de la persona al respecto. Extrapolado este argumento al caso de los registros clínicos de enfermería se destaca el nivel de conocimiento como primer factor. Es decir, los técnicos en enfermería requieren de una formación complementaria en cuanto a la valoración clínica y los registros sobre la misma.

De igual manera se hace énfasis en que las experiencias sobre los registros no han sido comentadas o socializadas institucionalmente con fines formativos o de calidad y finalmente las expectativas esta es la primera vez que se exploran con fines académicos. Con lo anterior se afirma que la categoría y el nivel profesional real guardan una relación directa con la calidad en elaboración de los registros clínicos ya que son dos perspectivas diferentes sobre un mismo tópico, que tendrán que ser estudiadas en otro momento.

### **El cumplimiento de los registros clínicos de enfermería en concordancia con el apartado de registros de la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico**

Los registros clínicos de enfermería auditados cuentan con un nivel de cumplimiento de “excelencia” de acuerdo a los criterios de calificación del instrumento de evaluación, los rubros calificados con este nivel como lo establece la normatividad son: identificación del paciente, número de cama, edad, sexo y número de expediente del paciente.

En el apartado de diagnóstico y cuidados de enfermería se dice que se encuentran en un nivel de “excelencia” generalizando los datos del diagnóstico principal, grafica de signos vitales, medicamentos y nombre de la enfermera de quien elaboro dichos registro. Cabe señalar que solo en el rubro de dieta indicada se encontró en el nivel de “muy bien.”

Cabe señalar que para el caso de la integridad de los registros clínicos, donde se audito la ausencia de enmendaduras, tachaduras, borraduras y manchas se determina que se encuentran en un nivel de cumplimiento de “excelencia”. Así mismo en el apartado de legibilidad y redacción de los registros el cumplimiento fue de “muy bueno”, de acuerdo a los criterios establecidos por el instrumento utilizado en la auditoria para dicha investigación.

En los registros clínicos de enfermería auditados se encontró el registro con respecto a la valoración inicial del paciente, estableciéndose en el criterio de calificación de “muy bien”. Dicho dato es favorable para la auditoría realizada a los registros clínicos.

## **Con respecto al cumplimiento de la utilización de la teoría de las necesidades humanas de Virginia Henderson.**

Para el caso de la documentación de las necesidades sustentadas en la teoría de V. Henderson, se registra las correspondientes a oxigenación o respiración es un punto prioritario e inicial dentro de la valoración de enfermería para luego diagnosticar y tratar dicha alteración, por lo tanto se debe conjugar estos dos aspectos, la teoría y la práctica diaria de la enfermera, aunque es cierto que dicha valoración se tendría que realizar al 100% de los casos ya que de la valoración se deriva el diagnóstico para luego intervenir y resolver la problemática detectada. Por lo tanto de manera general la necesidad de oxigenación se encuentra en un nivel de “muy bien” con respecto al nivel de eficiencia cumplida.

En el caso de la necesidad de alimentación, en el apartado de tipo de dieta se estableció en un criterio de “muy bien” para el nivel de eficiencia. Así mismo en el apartado de soluciones parenterales y alimentos ingeridos se determinó como “excelencia” aun cuando existió una cantidad mínima que refleja un nivel de incumplimiento en los registros evaluados. En el apartado de la tolerancia a la vía oral se determinó como un nivel “aceptable” ya que se encontró un grado de incumplimiento para este rubro. Ya que de manera general para la necesidad de alimentación no existe justificación alguna para que no se valore e intervenga como profesional de enfermería, ya que, todo individuo tiene la necesidad de alimentarse o nutrirse, así mismo si se encontrase en ayuno, se tendría que reflejar y justificar en los registros de enfermería, ya que para V. Henderson la necesidad de comer y beber adecuadamente la considera como punto prioritario para el ser humano. Para Riopelle,<sup>96</sup> Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos, y la energía indispensable para su buen funcionamiento. El aporte de líquidos es indispensable para la supervivencia del organismo. Para este caso de investigación tal necesidad se determinó en un nivel de “muy bien” en el nivel de eficiencia cumplida.

En cuanto a la necesidad de eliminación el cumplimiento en los registros es “aceptable”. Ya que no alcanza los niveles esperados según los estándares de calidad para registros clínicos de enfermería. Todo profesional de enfermería será sensible a la importancia de valorar y resolver la necesidad de eliminación cuya atención implica algo más que deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. Asistir al paciente en la eliminación requiere comprender la “vulnerabilidad” de una persona que se ve en la necesidad de solicitar un “cómodo” para evacuar su intestino frente a sus compañeros de cubículo, o bien o tener que ir al w.c. en condiciones de riesgo de caídas aun cuando sea asistido por un familiar.

Por otro lado la nutrición y la eliminación son necesidades correlacionadas. Si no se atiende la nutrición se descompensa la eliminación y viceversa. Este estudio revela que la nutrición está mejor documentada que la eliminación, ambos rubros tienen un componente fisiológico además un elemento cultural que el personal de enfermería debe incorporar en el momento de hacer su valoración y sobre todo al realizar sus intervenciones. Como resultado de esta auditoría para tal necesidad se establece en un nivel de “muy bien” en eficiencia cumplida de los registros auditados.

La necesidad de movimiento y postura tiene un cumplimiento francamente “inaceptable”. Este rubro exige registrar no solo un cuidado de enfermería en sí, sino que está directamente ligado al indicador de calidad sobre prevención de úlceras como lo establece la comisión permanente de enfermería con tres indicadores: cambio de posición, movilización y los cuidados o intervenciones para evitar dichas lesiones cutáneas. Por ello la importancia que se tendría que determinar y realizar dichos registros, no solo con el enfoque administrativo si no que como indicador de la evaluación de la calidad en la atención de enfermería.<sup>97</sup>

El cumplimiento en el registro del descanso y sueño se logra un nivel de “inaceptable” ya que el incumplimiento es mínimo para este apartado. Aunque los registros cubren los tres turnos, en general, el personal de enfermería, tendrá presente que el sueño y descanso es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir una adecuada recuperación del organismo. Como dice Riopelle,<sup>98</sup> el sueño libera al individuo de sus tensiones, tanto físicas como psicológicas, y le permite encontrar la energía necesaria para sus actividades cotidianas.

Para la necesidad de la temperatura corporal se determina en un nivel de “inaceptable” ya que el cumplimiento es mínimo, siendo que esta necesidad es un signo vital de importancia por lo tanto se tendría que atender de manera prioritaria ya que la temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado. La temperatura corporal, es el equilibrio entre el calor producido por el organismo como resultado de la oxidación de los alimentos; el calor que recibe del medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración, la respiración y la excreción; principalmente.<sup>99</sup>

En el caso del registro para la necesidad de higiene, piel, vestido, tipo de baño, aseo parcial o dificultad para los mismos, se evaluó en un nivel de “inaceptable”, siendo que dichas actividades son rutinarias o esenciales para el paciente pero al menos en esta evaluación no se representa de manera escrita. Esta es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actué como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo microbios.

La necesidad con respecto a la seguridad se determinó como “inaceptable” ya que la mayor parte de los registros evaluados no cumple con tales intervenciones establecidas no solo como cuidados si no como estándares de calidad que marcan actualmente las instituciones de salud tanto públicas como privadas, ya que es un indicador de calidad que tendríamos que llevar a cabo al menos cubriendo estos elementos como lo son barandales de la cama, evaluando el riesgo de caída y estableciendo un código de seguridad lo anterior con la finalidad de mantener seguro al paciente durante su estancia hospitalaria ya que algunos autores mencionan lo siguiente: Un registro preciso, completo ha sido descrito como la base central para la calidad de la atención al paciente según Donabedian,<sup>100</sup> y es esencial para la práctica segura y efectiva, sobre todo en los hospitales.

El registro y cumplimiento para la necesidad de comunicación paradójicamente es nulo y se asigna al nivel de “inaceptable”. La comunicación enfermera paciente tiene dimensiones múltiples al tiempo que expresiones concretas que no pueden ser evaluadas objetivamente desde un registro sino de manera directa. No obstante atiende a principios éticos que sean garantes del cuidado de

enfermería y que deben permear la documentación clínica. Al respecto Naranjo- Ricaurte,<sup>101</sup> establecen que la “comunicación con los pacientes no sólo se da con palabras. Las expresiones no verbales y el silencio también son formas de comunicación. Los futuros profesionales de enfermería, dentro de nuestra formación y práctica profesionales, debemos adquirir habilidades y destrezas para saber interpretar lo que un paciente nos quiere expresar, aún en ausencia de las palabras.

En cuanto a religión y credo existe un cumplimiento en el nivel de “inaceptable” en el registro de las intervenciones. La espiritualidad expresada en la religión y credo son conceptos relativamente nuevos. La tendencia es que la valoración de la espiritualidad de la persona debe incorporarse como parte del proceso enfermero. Los expertos en espiritualidad y enfermería proponen que el uso de herramientas de evaluación espiritual puede ser benéfico como directriz para complementar la relación terapéutica e individualizada enfermera-paciente. Bárbara Pesut,<sup>102</sup> acepta que la espiritualidad es una dimensión integral de los cuidados paliativos. Sin embargo, las conceptualizaciones teóricas de la espiritualidad en enfermería están en transición. Ya no arraigados dentro de la religión, la espiritualidad es cada vez más definida por la búsqueda universal de sentido, conectividad, energía, y trascendencia, no necesariamente dentro de alguna religión.

Morrone R.<sup>103</sup> Proponen el uso de tipologías de la espiritualidad derivadas de la revisión de la literatura de enfermería. En vez de ocultar la diferencia, las categorías se construyen para iluminar cómo la espiritualidad es entendida dentro de una sociedad multicultural y cómo esas interpretaciones podrían influir en las relaciones paciente-enfermera. Las necesidades espirituales tienen que ser reconocidas más allá de la estrecha asociación con la mortalidad.

Zavala MdR, Vázquez Martínez O.<sup>104</sup> Afirman que el coeficiente de correlación entre el bienestar espiritual y la fortaleza relacionada con la salud es significativo: los niveles más altos de bienestar espiritual tienen niveles igualmente elevados de fortaleza relacionada con la salud. Establecen educar a los pacientes, particularmente los geriátricos, para el desarrollo de una fortaleza relacionada con su salud y bienestar espiritual a fin de mejorar sus vidas, lo cual significa básicamente estimularlos para que desarrollen actitudes de autocuidado y cuidado a otros.

Para la necesidad de trabajo se asigna a un nivel de cumplimiento de “inaceptable” por el resultado obtenido en su cumplimiento de la auditoría. En este estudio se evidencia la dificultad para evaluar la necesidad de trabajar y realizarse. Según L. Riopelle<sup>105</sup> la satisfacción de esta necesidad implica la autonomía del individuo, la toma de decisión consciente y meditada y la aceptación de las consecuencias de las decisiones. La necesidad de trabajo se relaciona con los roles sociales vividos y dominados por el individuo quien tiene la impresión de no realizarse ante la desaprobación de los demás puesto que tiene necesidad también de seguridad de consideración y de amor. La capacidad del individuo de realizarse es personal y única, esto significa que ciertos individuos tienen siempre necesidad de los demás para sentirse valorados, mientras que otros pueden prescindir y encontrar en el interior de ellos mismos una gratificación que les permite controlar eficazmente el entorno.

Lo que la persona humana, mediante el trabajo; mejora de sí sobre todo, su esencia, pues las potencias de pensar y querer forman parte de ella. Puede mejorar también, pero hasta cierto punto, su naturaleza ya que ontológicamente; no tiene capacidad de mejorar lo que él es, su persona, porque eso no está en sus manos, no depende de sí, es su acto de ser íntimo según J. F. Sellés,<sup>106</sup>

porque la elevación como persona sólo es “tarea o trabajo” reservado a Dios. Por tanto, el primer trabajo de la persona humana es perfeccionar inmanentemente su esencia, aquello de su disposición que es intrínseco. El trabajo es, por tanto, manifestación del dar personal, porque es un aportar actividad a lo que antes carecía de ella, y en primer lugar, es aquel dar perfeccionante que cada uno otorga a sus facultades superiores. El que el hombre esté hecho para trabajar según el conocido texto del Génesis, es una buena descripción de la naturaleza y esencia humanas, no de la persona. Por eso el hombre que no trabaja miente como hombre, es decir, se deshumaniza. Esa mentira es un autoengaño. La ausencia voluntaria de laboriosidad es la mentira más básica –ontológica, diría un filósofo–, que atañe al hombre respecto de su esencia. La segunda mentira a ese nivel es el trabajar mal, la chapuza, porque con ella el hombre en vez de perfeccionarse a sí mismo se envilece. El trabajo no es el fin de la persona humana: éste sólo es Dios.

Para el aprendizaje el cumplimiento del registro es “inaceptable” siendo que el aprendizaje es un proceso de apertura racional y psíquica, de al menos dos personas; centrados en un hecho o tema concreto, por lo tanto requiere de crear un escenario adecuado, entonces, el personal de enfermería tendrá que ser sensible para identificar y aprovechar los momentos en los que el paciente está receptivo a ser enseñado sobre un tópico específico. Desde luego, hay que decir que sólo los expertos clínicos han desarrollado tal sensibilidad para saber cuándo y sobre qué hay que hablar con el paciente. Es decir cuando abrir y cómo cerrar un tópico.

Para las actividades educativas existe un cumplimiento de “inaceptable” en su eficiencia ya que solo una mínima o escasa parte lo registra ya que el cumplimiento de dichos cuidados es menor por lo que no se encontró evidencia escrita en tales registros evaluados al menos para tal investigación, siendo que el perfil profesional enfermero establece como función sustantiva la educación al familiar y al paciente.<sup>107</sup> Además de los anteriores se reconoce la ausencia de un modelo pedagógico propio para la educación de adultos como es el caso de los pacientes hospitalizados y sus familiares. De hecho se propone reflexionar sobre la introducción a los escenarios clínicos de la metodología andragógica como estrategia para educar no sólo a los pacientes y familiares, sino a propio personal de enfermería Knowles Malcom.<sup>108</sup>

Finalmente para la evaluación final de todos y cada uno de los proceso determinamos un nivel de eficiencia como “inaceptable” ya que de manera general y para efectos de dichos resultados podemos decir que solo una mínima parte está evaluando sus cuidados realizados, como lo establece el método propio de trabajo de enfermería. Así mismo con estos datos no afirmamos de manera segura que no se realiza, ya que puede ser realizado y no registrarse o caso contrario; si se registra pero no se realiza como mencionan algunos autores: Los registros no reflejan necesariamente la realidad de la atención realizada. La frase "Si no se registro, no se realizó" Sparrow,<sup>109</sup> tiene un significado legal, pero no siempre corresponde con la realidad de la atención. Así que la relación entre las omisiones o deficiencias de documentación y la atención de baja calidad aún debe ser investigada.

Paralelamente el hecho de no realizar o no documentar la evaluación clínica como una evidencia de falta de dominio del método enfermero, podría ser un alerta sobre la capacidad de la persona involucrada en el cuidado para dar “cierre” a los procesos iniciados lo que nos da idea de la dificultad para concretar procesos de aprendizaje y más importantemente hablaríamos de procesos de autoaprendizaje.

Quizá pueda ligarse estos datos con la “dificultad” de conectar experiencias prácticas del cuidado y las teorías que lo fundamentan. Para cerrar y coincidiendo con la idea de que “La documentación es un tema importante para la enfermería {ya que} un buen registro de enfermería es considerado como una prueba de competencia profesional.

**Con la intención de tener un referente sobre la opinión que asignan las enfermeras sobre los registros clínicos de enfermería se discuten a continuación.**

La opinión de las enfermeras sobre la importancia que asignan a los registros clínicos de enfermería. Las enfermeras reconocen la importancia de los registros de enfermería dentro del área asistencial, no obstante que una proporción opina lo contrario ya que están en total desacuerdo sobre la importancia de los registros de enfermería. Se infiere que quien está en desacuerdo con los registros hace una deficiente documentación de sus intervenciones.

El personal de enfermería, en general; está totalmente de acuerdo con que los registros de enfermería son importantes para la continuidad del cuidado otorgado y en menor proporción opinan que están totalmente en desacuerdo con esta pregunta. Autores como Sparrow y Robinson,<sup>110</sup> Mc Elroy,<sup>111</sup> Adamsen y Tewes,<sup>112</sup> Ehrenber;<sup>113</sup> mencionan que los registros no reflejan necesariamente la realidad de la atención realizada o su continuidad. Por ello no se crea un juicio preciso sobre esta opinión y relación entre ambos aspectos (registro y continuidad).

Las enfermeras entrevistadas con respecto a los registros clínicos están de acuerdo en que los registros de enfermería contribuyen a la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria, y en menor proporción pero si significativa dicen estar en total desacuerdo. Actualmente la OMS recomienda realizar una alianza mundial para la seguridad del paciente, mediante las aplicabilidad de las metas internacionales e indicadores de calidad, lo anterior como estrategias para mantener seguro al paciente durante su estancia hospitalaria, ya que algunos autores mencionan que un registro preciso y completo es la base central para la calidad de la atención al paciente (Donabedian,<sup>114</sup> Yura & Walsh,<sup>115</sup> Gryfinsky y Lampe,<sup>116</sup> Griffiths,<sup>117</sup> y es esencial para la práctica segura y efectiva, sobre todo en los hospitales.

La generalidad de las enfermeras expresaron su acuerdo en que los registros son una evidencia del cuidado si se realizan con los estándares de calidad que se requieren. No obstante, una parte significativa expresó su desacuerdo. Aceptando que los registros no reflejan necesariamente la realidad de la atención realizada. La frase "Si no se registro, no se realizó" afirma el autor Mc Way,<sup>118</sup> que tiene un significado legal, pero no siempre corresponde con la realidad de la atención. Así que la relación entre las omisiones o deficiencias de documentación y la atención de baja calidad aún debe ser investigada.

## 9. CONCLUSIONES

Este reporte acota los hallazgos de un ejercicio de auditoría a la hoja de registros clínicos de enfermería del Hospital público de 2º nivel de atención en el DF. Se observó directamente el registro de actividades siguiendo el propio formato de la hoja en cuestión.

En conclusión podemos mencionar que logramos el propósito de la investigación planteada ya que se logró identificar la calidad de los registros clínicos de enfermería a través de la determinación del índice de eficiencia y de manera particular en este estudio se conoció la aplicación de la teoría de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson en la etapa de valoración del método enfermero, lo que permitió en conjunto identificar el nivel de cumplimiento y eficacia en dichos registros clínicos de enfermería para que a partir de los resultados se determinaron estrategias o recomendaciones para mejorar la calidad del cuidado así como la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria.

Ante tales condiciones del estudio y de acuerdo a los resultados presentados, esta investigación cumplió con el primer objetivo de auditar el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería, medida a través de la determinación del índice de eficiencia que alcanzan los registros clínicos de enfermería en un Hospital público de 2º nivel de Atención atendiendo al apartado de los reportes y hoja de enfermería de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico al menos para esta primer apartado el nivel de eficiencia se determinó en el apartado de excelente a muy bien que corresponde del 80% al 99% de cumplimiento con tales apartados.

Un segundo objetivo logrado fue Identificar la manera en que se evidencia en los registros clínicos de enfermería en la aplicación de la teoría de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson, instrumentada mediante el método enfermero en la etapa de valoración ya que podemos concluir que existe un nivel de cumplimiento por debajo de lo aceptable que corresponde por debajo del 79% del cumplimiento de los registros clínicos de enfermería auditados.

Con lo anterior, podemos dar respuesta a las preguntas planteadas en dicha investigación ya que en efecto la calidad de los registros clínicos de enfermería se evaluó mediante la determinación del índice de eficiencia y el nivel de cumplimiento para cada uno de los rubros de las notas de enfermería, de igual manera la calidad de los registros clínicos de enfermería se asocia necesariamente con la utilización de una teoría instrumentada mediante el método enfermero, ya que los resultados que se mostraron representan la deficiencia de la instrumentación o al menos el dominio de dicha teoría sobre las necesidades humanas básicas específicamente en la etapa de valoración o al menos la utilización de la misma.

Con respecto a la opinión que asignan las enfermeras a los registros clínicos de enfermería se concluye que en efecto están de acuerdo en que son importantes en el ejercicio laboral, son importantes en la continuidad del cuidado otorgado, contribuyen a la seguridad del paciente hospitalizado y finalmente son evidencia del cuidado que otorgan.

Respecto a las hipótesis planteadas en la investigación:

*Tomando en cuenta los resultados obtenidos y evidencia mostradas, determinamos que los registros clínicos de enfermería de manera global tienen un índice de eficiencia por debajo del 80% en su cumplimiento en tiempo y forma.*

*Se considera que existe diferencia en la calidad de los registros de enfermería y el nivel de dominio sobre la teoría y método enfermero.*

*Determinamos que las enfermeras reconocen la importancia de los registros de enfermería dentro del área asistencial, no obstante que una proporción opina lo contrario ya que están en total desacuerdo sobre la importancia de los registros de enfermería. Se infiere que quien está en desacuerdo con los registros hace una deficiente documentación de sus intervenciones.*

Los hallazgos encontrados evidencian la deficiencia en el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería de manera global ya que se presentan un nivel de calidad “inaceptables” de acuerdo al estándar que se obtuvo por debajo del 60% respectivamente, según los criterios de calificación del instrumento

Por lo anterior a los resultados expuestos y a las conclusiones a las que llegamos se infiere que debemos de generar estrategias así como implantar propuestas innovadoras que den continuidad y den seguimiento a la gestión del cuidado de enfermería, es decir, con base a la problemática identificada y detectada se deben desarrollar líneas de acción o propuestas de mejora continua con énfasis en la calidad y seguridad del paciente con responsabilidad propiamente en el ámbito de enfermería.

## 10. RECOMENDACIONES

A continuación se presentan algunas recomendaciones para mantener o mejorar la calidad y el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería, que finalmente puede repercutir en la calidad y seguridad del cuidado otorgado. Lo anterior se resuelve desde la perspectiva de la ética del cuidado cuyos principios indican la necesidad de documentar de manera correcta, clara y legible cualquier intervención de enfermería directa e indirecta realizada durante el turno.

Será pertinente realizar un estudio más de mayor complejidad sobre valores y creencias y a veces hasta prejuicios sobre las notas de enfermería donde se pueda identificar los conceptos y correlacionar variables como factores que tuvieran una relación directa con la calidad de los registros de enfermería y el nivel de cumplimiento.

Una estrategia será socializar los resultados de esta investigación con el propósito de sensibilizar a la enfermera sobre la importancia de su actuar como profesional y que a partir de una retroalimentación positiva mejore día con día sus prácticas de cuidado en beneficio de los pacientes.

Se recomienda hacer una auditoria de registros en todos los turnos considerando una muestra aleatoria para cada turno, que de evidencia estadística significativa de los datos pudiendo hacer una comparación entre turnos.

Para resolver el problema de la variabilidad en las perspectivas sobre la importancia de los registros según el perfil académico y la categoría entonces será conveniente retomar la experiencia del Hospital General de México y de otras instituciones de salud para establecer un programa de implementar el proceso de atención de enfermería acompañado de una teoría de manera que éste aprendizaje se refleje en la calidad de registros clínicos. Esta sería una estrategia integral de resolución del problema de los registros. Es decir si no se conoce el proceso enfermero vinculado a una teoría la documentación del cuidado carecerá de sustento.

Se recomienda además un programa para dar a conocer la importancia ética y legal que tienen los registros de enfermería no solo como normativa como único documento médico legal que ampara al ejercicio profesional de enfermería.

Se exhorta a continuar capacitando al personal y fomentando la cultura de la documentación no solo como herramienta escrita que avala las actividades, sino que lo relacione con todos y cada uno de los programas.

Continuar con medidas educativas que motiven y continúen en el cumplimiento de estos aspectos como lo marca la normatividad de manejo del expediente clínico. Ya que desde el aspecto legal se cumple con los requisitos establecidos.

Se recomienda realizar actividades donde se capacite al personal de enfermería sobre la importancia de las fases del proceso de enfermería ligada a una teoría ya que de la etapa de valoración dependerá para poder emitir un diagnóstico y posteriormente una intervención seguida de la evaluación del proceso de atención.

Finalmente se sugiere urgente y prioritariamente atender a las actividades auditadas que calificaron como “inaceptables” y “deficientes” para sí mejorar y alcanzar un nivel de excelencia en eficiencia de cumplimiento del registro de enfermería, tales actividades son: datos referentes a la temperatura corporal, deambulaci3n y movilizaci3n, valoraci3n de problemas o alteraci3n del sue1o, movilizaci3n y cambio de posturas, intervenciones preventivas para úlceras, evaluaci3n final, higiene y vestido, aseo parcial, dificultada para su vestimenta, actividades educativas , seguridad en riesgo de caídas, actividades lúdicas, trabajar y realizarse, actividades de aprendizaje, comunicaci3n, y finalmente la religi3n y creencias. Consiguiendo con esto mejorar un registro que contribuirá mas tarde a la calidad y seguridad del cuidado que otorga el profesional de enfermería en un contexto hospitalario actual.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 
- <sup>1</sup> Leddy, Susan "Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. 1era Edición. O.P.S 1989.
- <sup>2</sup> Stieповich, J. Desarrollo de enfermería como disciplina. Ciencia de Enfermería. 2002 jun; 8 (1) [en línea]. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid.&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid.&script=sci_arttext)
- <sup>3</sup> Burgos MM, Paravic K T. Nursing assessed as a profession. Revista Cubana de Enfermería. 2009 ene-jun; 25 (1-2) [en línea]. Disponible en: <[http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25\\_1-2\\_09/enf101\\_209.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf101_209.htm).
- <sup>4</sup> Cañon W, Duran E. Enfermería basada en la evidencia. Universidad de Santander UDES. Revista de Investigación Cuidarte. 2010.
- <sup>5</sup> Lalinde MI, Gaviria DL. Políticas de salud desde la perspectiva de los pobladores en el municipio del Carmen de Viboral 2002-2003 [Tesis Magister en Salud Colectiva]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería; 2004. p. 6-8.
- <sup>6</sup> Moraga M. Marie Françoise Collière: the art of caring for lives. Rev Enferm. 2005; 28(4):26-8.
- <sup>7</sup> Leininger M. Transcultural nursing: concepts, theories and practices. 2a ed. Columbus: Greyden press; 1994. p. 24-28.
- <sup>8</sup> Hood L, Leddy S. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 7 ed. Washington: J. B. Lippincott; 2009.
- <sup>9</sup> Duran VM. Enfermería desarrollo teorico e investigativo. Bogota. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermeria; 2001. P. 15-57.
- <sup>10</sup> Carpenito, L.J.; Planes de cuidados y documentación en enfermería. Ed. Mc Graw-Hill- Interamericana de España. 1ª Edition 1994.
- <sup>11</sup> Riopelle Cuidados de enfermería. Necesidades humanas básicas editorial, McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A. 1 ra ed.(10/1993)
- <sup>12</sup> Nightingale F. Notes on matters affecting the health, efficiency and hospital administration of the british army. London: Harrison & Sons; 1858.
- <sup>13</sup> Donabedian A The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988; 260(12):1743-48.
- <sup>14</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería. Washington: OPS; 2001. p. 15.
- <sup>15</sup> American Nurses Association. Nursing's Social Policy Statement. Washington: American Nurses Association; 1995. p. 9

- 
- <sup>16</sup> Jonson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros resultados e intervenciones interrelaciones NANDA, NOC Y NIC center for nursing classification university of iowa collage of nursing. Madrid: Elsevier; 2004. p. 4-10.
- <sup>17</sup> Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquete A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996. p. 24-58,77,120-137.
- <sup>18</sup> Castrillón Agudelo MC. Retos para la enfermería en el siglo XXI: el desafío disciplinar. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2005. p. 1-13.
- <sup>19</sup> Duran VM. Enfermería desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2001. p. 15-57.
- <sup>20</sup> Zas Ros B. La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. Rev Electrónica Psicología Científica [Internet]. 2002 [acceso 5 de enero de 2007]; Disponible en: [www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf.lasatisfaccioncomoindicadordeexcelenciaenlacalidaddelosservicios](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf.lasatisfaccioncomoindicadordeexcelenciaenlacalidaddelosservicios).
- <sup>21</sup> Torres C, Alvarado N. Indicadores trazadores de gestión hospitalaria. Revisión, análisis y propuesta. Rev Chil Salud Pública. 2005;9 (2):96-102.
- <sup>22</sup> Briggs M & Dean K (1998) A qualitative analysis of the nursing documentation of post operative pain management. Journal of Clinical Nursing 7, 155–163.
- <sup>23</sup> Donabedian A (1988) The quality of care. How can it be assessed? Journal of the American Medical Association 260, 1743–1760.
- <sup>24</sup> Yura H & Walsh MB (1988) The Nursing Process: Assessing, Planning, Implementing, Evaluating, 5th edn. Appleton & Lange, New York.
- <sup>25</sup> Gryfinsky JJ & Lampe SS (1990) Implementing focus charting: process and critique. Clinical Nurse Specialist 4, 200–205.
- <sup>26</sup> Griffiths P, Debbage S & Smith A (2007) A comprehensive audit of nursing record keeping practice. The British Journal of Nursing 16, 1324–1327.
- <sup>27</sup> Nursing and Midwifery Council (2005) Guidelines for Records and Record Keeping. NMC, London.
- <sup>28</sup> UKCC (1993) Standards for Records and Record Keeping. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London
- <sup>29</sup> Bradshaw S (1987) Phaneuf's nursing audit. In 'Nursing Quality Measurement. Quality Assurance Methods for Peer Review' (Pearson A ed.). John Wiley & Sons, Chister, pp. 45–52.
- <sup>30</sup> Harvey G (1991) An evaluation of approaches to assessing the quality of nursing care using (predetermined) quality assurance tools. Journal of Advanced Nursing 16, 277–286.

- 
- <sup>31</sup> Sparrow S & Robinson J (1992) The use and limitations of Phaneuf's nursing audit. *Journal of Advanced Nursing* 17, 1479–1488.
- <sup>32</sup> Moloney R & Maggs C (1999) A systematic review of the relationships between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing* 30, 51–57.
- <sup>33</sup> Ehrenberg A & Ehnfors M (2001) The accuracy of patient records in Swedish nursing-homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15, 303–310.
- <sup>34</sup> Ehnfors M & Smedby B (1993) Nursing care as documented in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 7, 209–220.
- <sup>35</sup> Nordström G & Gardulf A (1996) Nursing documentation in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 10, 27–33.
- <sup>36</sup> Griffiths J & Hutchings W (1999) The wider implications of an audit of care plan documentation. *Journal of Clinical Nursing* 8, 57–65.
- <sup>37</sup> Sparrow S & Robinson J (1992) The use and limitations of Phaneuf's nursing audit. *Journal of Advanced Nursing* 17, 1479–1488.
- <sup>38</sup> Mc Elroy A, Corben V & McLeish K (1995) Developing care plan documentation: an action research project. *Journal of Nursing Management* 3, 193–199.
- <sup>39</sup> Hale CA, Thomas LH, Bond S & Todd C (1997) The nursing record as a research tool to identify nursing interventions. *Journal of Clinical Nursing* 6, 207–214.
- <sup>40</sup> Adamsen L & Tewes M (2000) Discrepancy between patients perspectives, staff's documentation and reflections on basic nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14, 120–129.
- <sup>41</sup> Ehrenberg A, Ehnfors M & Smedby B (2001) Auditing nursing content in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15, 133–141.
- <sup>42</sup> Mc Way D (2002) *Legal Aspects of Health Information Management*, 2nd edn. Thomson Delmar Learning, New York.
- <sup>43</sup> Middleton S., Chapman B., Griffiths R. & Chester R. (2005) Reviewing recommendations of root cause analyses. *Australian Health Review* 31, 288–295.
- <sup>44</sup> Dykes P. (2006) A systematic approach to baseline assessment of nursing documentation and enterprise-wide prioritisation of electronic conversion. *Studies in Health Technology and Informatics* 122, 683–687.
- <sup>45</sup> Considine J., Potter R. & Jenkins J. (2006) Can written nursing practice standards improve documentation of initial assessment of ED patients? *Australasian Emergency Nursing Journal* 9, 11–18.
- <sup>46</sup> NSW Health (2008) *Principles for Creation, Management Storage and Disposal of Health Care Records*, NSW Health, Sydney

- 
- <sup>47</sup> Gebru K., Ahsberg E. & Willman A. (2007) Nursing and medical documentation on patients\_ cultural background. *Journal of Clinical Nursing* 16, 2056–2065.
- <sup>48</sup> Ortiz Carrillo O, Chávez Ma del S. el registro de enfermería como parte del cuidado Departamento de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. junio 10 de 2006.
- <sup>49</sup> Ruiz Hontangas A. Calidad de los registros de Enfermería En Enfermería Cardiovascular. 13-02-06. Registro del Proceso Enfermero en el área de Urgencias y Emergencias: una aplicación práctica a través de una herramienta viva. En: <http://www.saludcuidados/No.7/registro/registro2.htm>
- <sup>50</sup> Ruiz Hontangas A. Calidad de los registros de Enfermería En Enfermería. Valencia. España.
- <sup>51</sup> Benavent, M.A., Leal Cercos M.I. Los registros de Enfermería consideraciones ético legales. . En: <http://www.bioeticaweb.com/content/view/222/43>.
- <sup>52</sup> Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana: 1984.
- <sup>53</sup> Martínez Ques, A.A. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. *Revista Gallega de Actualidad Sanitaria*. Marzo 2004; Vol. 3(1):54-59.
- <sup>54</sup> Benavent Garcés, M.A., Leal Cercós, M. I. Mesa de los aspectos Ético-Legales de los Registro de Enfermería. I Trobada d'infermeria Comunitària. Valencia. Octubre 1998. Publicado en CB Nº 41,1º 2000.
- <sup>55</sup> BOE, 15 de Noviembre 2002 (Nº 274; Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- <sup>56</sup> Gutiérrez de Terán Moreno, G. Aspectos legales de los registros de enfermería. (1993); *Enfermería Clínica* 3 (1): 39-41.
- <sup>57</sup> Tiffer, C. 2001. Mala praxis médica y sus consecuencias penales. *Ciencias penales:Revista de la Asociación de Ciencias Penales de Costa Rica*. p. 203
- <sup>58</sup> Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y la Seguridad del Paciente, Carpeta curso taller de seguridad del paciente, subsecretaria de innovación y calidad, secretaria de salud. P. 50.
- <sup>59</sup> Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y la Seguridad del Paciente, Carpeta curso taller de seguridad del paciente, subsecretaria de innovación y calidad, secretaria de salud. P. 51.
- <sup>60</sup> R.L.Wesley. Teorías y modelos de enfermería. Segunda edición. Mexico 1998, ediciones McGraw Hill Interamericana.
- <sup>61</sup> Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana: 1984.
- <sup>62</sup> Ibid.

- 
- <sup>63</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [En línea][Fecha de acceso marzo 2014] disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012)
- <sup>64</sup> Kurcgant P. Auditoria em enfermagem. Rev Bras Enferm. 1976;29(3):106-24.
- <sup>65</sup> Chiavenato I. Administração de recursos humanos. 2a ed. São Paulo: Atlas; 1981. 3 v.
- <sup>66</sup> Deeken MHL. Sister A guide for the nursing service audit. Saint Louis: The Catholic Hospital Association; 1960.
- <sup>67</sup> Phaneuf, MC. A nursing audit method. Nurs Outlook may 1964; 12 (5): 42-5.
- <sup>68</sup> Pereira LL, Takahashi RT. Auditoria em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Administração em enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1991. p. 215- 22.
- <sup>69</sup> Souza DA, Fonseca AS. Auditoria em enfermagem: visão das enfermeiras do município de São Paulo. Nursing (São Paulo). 2005; 8(84):234-8.
- <sup>70</sup> Fonseca AS, Yamanaka NMA, Barison THAS, Luz SF. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. Mundo Saúde (1995). 2005;29(2):161-9.
- <sup>71</sup> Grespan Setz V, Innocenzo M. Evaluation of the quality of nursing documentation though the review of patient medical records. Received article 16/08/2007 and accepted 17/02/2009.
- <sup>72</sup> Hale CA, Thomas LH, Bond S & Todd C (1997) The nursing record as a research tool to identify nursing interventions. Journal of Clinical Nursing 6, 207–214.
- <sup>73</sup> Jones A (2007) Admitting hospital patients: a qualitative study of an everyday nursing task. Nursing Inquiry 14, 212–223.
- <sup>74</sup> Lundgren A, Jorfeldt L & Ek AC (1993) The care and handling of peripheral intravenous cannulae on 60 surgery and internal medicine patients: an observation study. Journal of Advanced Nursing 18, 963–971.
- <sup>75</sup> Gropper E.I. (1988) Does your charting reflect your worth? Geriatric Nursing 9, 99–101
- <sup>76</sup> Méndez CG y cols. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001;9 1-4: 11-17
- <sup>77</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Medico. Informe anual de actividades 2005-6. México CONAMED.
- <sup>78</sup> Simon G. Ma Jesus. Efectividad de un programa de mejora para la calidad de los registros enfermeros en ginecología y obstetricia. Hospital clínico San Carlos Madrid España. Enfermeria clínica 2006;16 (6): 300-5.
- <sup>79</sup> Currell R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la Enfermería y resultados en la asistencia sanitaria, Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008.

- 
- <sup>80</sup> Jefferies D., Johnson M. & Griffiths R. (2010) A metastudy of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice* 16, 112–124.
- <sup>81</sup> Von Krogh G. & Naden D. (2008) Implementation of a documentation model comprising nursing terminologies – theoretical and methodological issues. *Journal of Nursing Management* 16, 275–283.
- <sup>82</sup> Anderson J.J., Mokracek M. & Lindy C.N. (2009) A nursing quality program driven by evidence-based practice. *Nursing Clinics of North America* 44, 83–91.
- <sup>83</sup> Rajkovic U., Sustersic O. & Rajkovic V. (2009) E-documentation as a process management tool for nursing care in hospitals. *Studies in Health Technology and Informatics* 146, 291–296.
- <sup>84</sup> Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) (2009) The Australian Council on Healthcare Standards National Report on Health Services Accreditation Performance 2007–2008. ACHS2009.
- <sup>85</sup> Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) (2009) The Australian Council on Healthcare Standards National Report on Health Services Accreditation Performance 2007–2008. ACHS2009.
- <sup>86</sup> Phaneuf M. (1976) *The Nursing Audit: Self-regulation in Nursing Practice*, 2nd edn. Appleton-Century-Crofts, New York.
- <sup>87</sup> Manfredi C. (1986) Reliability and validity of the Phaneuf Nursing Audit. *Western Journal of Nursing Research* 8, 168–180.
- <sup>88</sup> Corben V. (1997) The Buckinghamshire nursing record tool: a unique approach to documentation. *Journal of Nursing Management* 5, 289–293.
- <sup>89</sup> Ibid. Pp 289-293.
- <sup>90</sup> Wong F.W. (2009) Chart audit: strategies to improve quality of nursing documentation. *Journal for Nurses in Staff Development* 25, E1–E6.
- <sup>91</sup> Wainwright G.A., Stehly C.D. & Wittman-Price R.A. (2008) Emergency nurse documentation improvement tool. *Journal of Trauma Nursing* 15, 16–18.
- <sup>92</sup> Karlsen R. (2007) Improving the nursing documentation: professional consciousness-raising in a Northern-Norwegian psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 573–577.
- <sup>93</sup> Wainwright G.A., Stehly C.D. & Wittman-Price R.A. (2008) Emergency nurse documentation improvement tool. *Journal of Trauma Nursing* 15, 16–18.
- <sup>94</sup> Benner P. The Wisdom of Our Practice. *American Journal of Nursing* 2000; 100(10):99-105.
- <sup>95</sup> Guía técnica para la dotación de recurso humano en enfermería. Comisión permanente de enfermería. [http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/)

---

<sup>96</sup> Riopelle Cuidados de enfermería. Necesidades humanas básicas editorial, McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A. 1 ra ed.(10/1993

<sup>97</sup> Evacuación de la atención de enfermería (indicadores) [http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/)

<sup>98</sup> Riopelle Cuidados de enfermería. Necesidades humanas básicas editorial, McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A. 1 ra ed.(10/1993

<sup>99</sup> Ibid.

<sup>100</sup> Donabedian A (1988) The quality of care. How can it be assessed? Journal of the American Medical Association 260, 1743–1760.

<sup>101</sup> Naranjo Bermúdez Isabel C. , Gloria Patricia Ricaurte García . La comunicación con los pacientes. Investigación y educación en enfermería, ISSN 0120-5307, Vol. 24, Nº. 1, 2006 , págs. 94-98.

<sup>102</sup> Barbara Pesut, Spirituality and nursing: a reply to, Volume 9, Issue 2, pages 138–140, April 2008

<sup>103</sup> Morrone R. Morir, luto, y la espiritualidad: una perspectiva psicológica. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10558611>.

<sup>104</sup> Zavala MdR, Vázquez Martínez O, Whetsell MV. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Aquichan 2006; 68-21. Disponible en: <http://estudiosterritoriales.org/articulo.oa?id=74160103>. Consultado el 17 de abril de 2014.

<sup>105</sup> Riopelle Cuidados de enfermería. Necesidades humanas básicas editorial, McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A. 1 ra ed.(10/1993.

<sup>106</sup> Sellés, J.F., antropología para inconformes, madrid, rialp, 2006.

<sup>107</sup> Plan de Estudios de la LEO, ENEO, UNAM. [www.eneo.unam.mx/estudiosprofesionales](http://www.eneo.unam.mx/estudiosprofesionales).

<sup>108</sup> Knowles, Malcom, (1982), El estudio autodirigido: guía para estudiantes y profesores, México, Alhambra.

<sup>109</sup> Sparrow S & Robinson J (1992) The use and limitations of Phaneuf's nursing audit. Journal of Advanced Nursing 17, 1479– 1488.

<sup>110</sup> Sparrow S & Robinson J (1992) The use and limitations of Phaneuf's nursing audit. Journal of Advanced Nursing 17, 1479– 1488.

<sup>111</sup> McElroy A, Corben V & McLeish K (1995) Developing care plan documentation: an action research project. Journal of Nursing Management 3, 193–199.

<sup>112</sup> Adamsen L & Tewes M (2000) Discrepancy between patients perspectives, staff's documentation and reflections on basic nursing care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 14, 120– 129.

<sup>113</sup> Ehrenberg A, Ehnfors M & Smedby B (2001) Auditing nursing content in patient records. Scandinavian Journal of Caring Sciences 15, 133–141.

<sup>114</sup> Donabedian A (1988) The quality of care. How can it be assessed? Journal of the American Medical Association 260, 1743–1760.

---

<sup>115</sup> Yura H & Walsh MB (1988) *The Nursing Process: Assessing, Planning, Implementing, Evaluating*, 5th edn. Appleton & Lange, New York.

<sup>116</sup> Gryfinsky JJ & Lampe SS (1990) Implementing focus charting: process and critique. *Clinical Nurse Specialist* 4, 200–205.

<sup>117</sup> Donabedian A (1988) The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association* 260, 1743–1760.

<sup>118</sup> McWay D (2002) *Legal Aspects of Health Information Management*, 2nd edn. Thomson Delmar Learning, New York.

**(ANEXO I)**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAestrÍA EN ENFERMERÍA

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN**

TITULO: "LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA COMO EVIDENCIA DEL CUIDADO OTORGADO"

**APARTADO 1**

**PRIMERA SECCIÓN: Datos sociodemográficos**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Años de antigüedad: \_\_\_\_\_  
Número de empleos que tiene actualmente: \_\_\_\_\_ Número de pacientes atendidos: \_\_\_\_\_  
Turno de trabajo: Matutino ( ) Vespertino ( ) Nocturno A ( ) B ( ) Otro: \_\_\_\_\_  
Años de Experiencia profesional: \_\_\_\_\_ Antigüedad en el servicio actual: \_\_\_\_\_

**Instrucciones: de las siguientes preguntas marque con una "X" la opción correspondiente a lo que se le pregunta:**

**I.I. TIPO DE CONTRATACIÓN**

- 1( ) Enfermera Jefe de Servicio
- 2( ) Enfermera Especialista
- 3( ) Enfermera General
- 4( ) Auxiliar de enfermería

**I.II. PERFIL PROFESIONAL (AÑOS DE ESCOLARIDAD)**

- 1( ) Doctorado en Enfermería
- 2( ) Maestría en Enfermería
- 3( ) Licenciado en Enfermería con Especialidad
- 4( ) Licenciado en Enfermería
- 5( ) Técnico en enfermería con Postécnico
- 6( ) Técnico en enfermería

Área de codificación	
I.I.	
I.II.	

**SEGUNDA SECCIÓN:** Aspectos como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

**Instrucciones:** Marque con una "X" los elementos según sea el caso si registrados o no lo están en los registros clínicos de enfermería auditados.

II.I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (DATOS COMPLETOS)			
Indicadores	Valor	Registrado	No registrado
Nombre de la institución	1		
Nombre del paciente	1		
Cama	1		
Edad	1		
Sexo	1		
Número de expediente	1		
Subtotal	6		

II.II. DIAGNOSTICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
Indicadores	Valor	Registrado	No registrado
Diagnostico principal	1		
Grafica de signos vitales	1		
Dieta indicada	1		
Medicamentos: nombre, dosis, vía y hora	1		
Nombre de la enfermera por turno.	1		
Subtotal	5		

II.III. INTEGRIDAD DEL DOCUMENTO U HOJA DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA			
Indicadores	Valor	Registrado	No registrado
Sin enmendaduras	NA		
Sin tachaduras	NA		
Sin borraduras	NA		
Sin manchas	NA		
Subtotal			

II.IV. LEGIBILIDAD DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA			
Indicadores	Valor	Registrado	No registrado
Letra de molde	NA		
Coherencia en los datos descritos	NA		
Claridad de las notas o registros	NA		
Relación de las notas con el diagnostico	NA		
Subtotal			
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>		

TERCERA SECCIÓN: Actividades realizadas registros clínicos de enfermería la aplicación de la teoría de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson.				
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.				
No	Indicadores	Valor	Registrado	No registrado
1	<b>VALORACIÓN INICIAL:</b> la enfermera realiza registros clínicos de signos o síntomas al iniciar el turno o cuando se presenta un evento.	1		
2	<b>OXIGENACIÓN:</b> la enfermera registra datos en relación a la frecuencia respiratoria en:			
	La grafica de signos vitales	1		
	Signos y síntomas relacionados	1		
3	<b>ALIMENTACIÓN:</b> la enfermera registra:			
	Tipo de dieta	1		
	Soluciones parenterales	1		
	Tolerancia vía oral	1		
	Alimentos ingeridos en desayuno, comida y cena	1		
4	<b>ELIMINACIÓN:</b> la enfermera registra:			
	Numero de evacuaciones y características	1		
	Numero de micciones y características	1		
	Característica o tipo de drenes, sondas o succión con las que cuenta el paciente.	1		
5	<b>MOVILIZACIÓN:</b> la enfermera registra:			
	Cambios de posición	1		
	Deambulación	1		
	Intervenciones preventivas para úlceras por presión	1		
6	<b>REPOSO Y SUEÑO:</b> la enfermera registra:			
	Tipo de reposo: absoluto o relativo	1		
	Alteración del sueño o problemas detectados que se relacionen	1		
7	<b>VESTIRSE:</b> la enfermera registra:			
	Capacidades del paciente para vestirse	1		
8	<b>TEMPERATURA:</b> la enfermera registra:			
	Las dos tomas de temperatura por turno en la grafica	1		
	Datos como: hipertermia o hipotermia	1		
	Si fuese el caso el medio de control de la temperatura.	1		
9	<b>HIGIENE Y PIEL:</b> la enfermera registra			
	El tipo de baño	1		
	Aseo parcial	1		
10	<b>SEGURIDAD:</b> la enfermera registra:			
	Si cuenta con barandales	1		
	El riesgo de caída	1		
	Código de seguridad, escala de Crichton: verde, amarilla, roja.	1		
11	<b>COMUNICACIÓN:</b> la enfermera registra:			
	Información proporcionada al paciente o familiar	1		
	Trasmitió educación para la salud	1		
12	<b>RELIGIÓN Y CREENCIAS:</b> la enfermera registra :			
	Apoyo emocional	1		
13	<b>TRABAJAR Y REALIZARSE:</b> la enfermera registra:			
	Datos significantes o relacionados sobre su comportamiento del paciente	1		
14	<b>ACTIVIDADES LÚDICAS:</b> la enfermera registra:			
	Actividades a desarrollar durante su estancia	1		
15	<b>APRENDER:</b> la enfermera registra			
	Actividades de orientación al paciente o alguna actividad educativa al paciente o familiar.	1		
16	<b>EVALUACIÓN FINAL:</b> la enfermera registra una evaluación de los cuidados otorgados y la respuesta a las intervenciones brindadas.	1		
	<b>SUBTOTAL</b>	31		
	<b>TOTAL</b>	42		

---

**(ANEXO 2)**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN**

TITULO: Encuesta de opinión expresada sobre los registros clínicos de enfermería

**APARTADO 2**

<b>I. OPINIÓN QUE LE ASIGNAN LAS ENFERMERAS A LOS REGISTROS CLÍNICOS</b>		Área de codificación
I.I. ¿Los registros clínicos de enfermería son importantes en el ejercicio laboral en el área asistencial?		I.I
1 ( ) Totalmente en desacuerdo 2 ( ) En desacuerdo 3 ( ) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 ( ) De acuerdo 5 ( ) Totalmente de acuerdo		
I.II. ¿Los registros clínicos de enfermería son importantes como parte en la continuidad del cuidado otorgado?		I.II
1 ( ) Totalmente en desacuerdo 2 ( ) En desacuerdo 3 ( ) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 ( ) De acuerdo 5 ( ) Totalmente de acuerdo		
I.III. La forma de llevarse a cabo los registros clínicos de enfermería contribuyen a la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria		I.III.
1 ( ) Totalmente en desacuerdo 2 ( ) En desacuerdo 3 ( ) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 ( ) De acuerdo 5 ( ) Totalmente de acuerdo		
I. IV. Los registros clínicos de enfermería son una evidencia del cuidado si se realizan con los estándares de calidad que se requiere		I.IV.
1 ( ) Totalmente en desacuerdo 2 ( ) En desacuerdo 3 ( ) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 ( ) De acuerdo 5 ( ) Totalmente de acuerdo		