



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA



**Nivel de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168,
por el personal de Enfermería de un hospital de tercer nivel**

T E S I S

**Que para obtener el grado académico de:
Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

P R E S E T A:

Flor Lizet Villeda García

No. de cuenta: 406011330

DIRECTOR DE TESIS: Mtra. Gandhi Ponce Gómez

México, D.F., a 15 de Noviembre de 2010.



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.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	5
	7
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1 Justificación	11
1.2 Objetivos	
II. MARCO REFERENCIAL	
2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, para la integración y elaboración del expediente clínico	12
2.1.1 Generalidades	13
2.1.2 Hoja de Enfermería	13
2.1.2.1 Habitus exterior:	14
2.1.2.2 Gráfica de signos vitales	14
2.1.2.3 Ministración de medicamentos	14
2.1.2.3 Procedimientos realizados	15
2.1.2.4 Observaciones	16
2.2 Recomendaciones de la CONAMED para la elaboración de los registros clínicos de enfermería	16
2.2.1 Lineamientos para el manejo de la hoja de registros clínicos de enfermería	17
III MARCO TEORICO	
3.1 El Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	19
3.2 Sistemas Informáticos en Enfermería	22
3.3 Implicaciones ético legales acerca del manejo de sistemas informáticos en enfermería	25

IV. METODOLOGÍA	
4.1 Tipo de diseño	
4.2 Población de Estudio	27
4.3 Muestra	27
4.4 Operacionalización de Variables	27
4.4 Recolección de datos	29
4.5 Hipótesis	33
4.6 Procedimiento para la integración del instrumento	33
4.7 Procedimiento para la confiabilidad y validez del instrumento y prueba piloto	33
4.8 Procedimiento para la recolección de datos	34
4.9 Procedimiento para la tabulación de resultados	34
	34
V. RESULTADOS	
5.1 Análisis estadístico descriptivo	
5.2 Análisis estadístico inferencial	35
VI. DISCUSIÓN	40
VII. CONCLUSIONES	41
VIII. BIBLIOGRAFÍA	42
IX. ANEXOS	45
	47

Agradecimientos:

A ti que me hiciste posible concluir con esta meta, me procuraste todo lo necesario para cumplir mi sueño, te viviré eternamente agradecida. Siempre estarás en mi camino.

Gracias.

Jehová

Y a todas las demás personas que con su apoyo, cariño y entrega me dejaron ver que si se podía, me han enseñado mucho, si escribiera a cada uno de ellos y ellas esta página no sería suficiente, todos ustedes tienen un lugar en mi corazón, especialmente mis amigos y mi familia.

Gracias.

RESUMEN.

Los registros clínicos forman parte del trabajo que desarrolla enfermería en su labor asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la población, por ello, los profesionales, deben de conocer su importancia, y relevancia, así como la adecuada forma de cumplimiento de los mismos, debido a las repercusiones tanto a nivel profesional y legal, fomentando el desarrollo de la profesión, conociendo la legislación y las responsabilidades que deben asumir en el trabajo diario. Debido a la relevancia de esta parte del trabajo en enfermería y a través de una exhaustiva revisión bibliográfica de diversos textos, publicaciones y trabajos científicos, sea desarrollado un protocolo no sólo sobre la importancia y adecuado cumplimiento de los registros sino también su repercusión tanto a nivel profesional como legal, que conllevan. **Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y correlacional, con una muestra estratificada de 375 expedientes, se aplicó un instrumento de valoración, basado en los aspectos que marca la NOM-168-SSA1-1998, para la elaboración del expediente clínico. **Resultados.** Se identificó que el nivel de cumplimiento en la elaboración de los registros clínicos de enfermería es de 5% como inadecuado, 44% regular y 51% adecuado. El servicio de ortopedia presentó el 25% para la categoría de inadecuado, neurociencias 23% para regular y Oncología con el 27% para adecuado. La prueba paramétrica ANOVA efectuada en las variables: nivel de cumplimiento y servicio mostró que si existe diferencia con una F de 0.00. demostrando que el servicio de Oncología tiene el mejor cumplimiento con un 7.7% para adecuado, seguido de Infectología con un 4.8%, Terapia Intensiva con un 4.2%, Hematología con un 3.4% y Hematología con un 3.4%, siendo Urgencias-Hospitalización con el índice más bajo cumplimiento con un 0.2%.

Conclusiones. El cumplimiento a la normativa para la elaboración de los

registros efectuados por enfermería, indica la necesidad de incrementar esfuerzos para conseguir registros de calidad, a fin de alcanzar su objetivo de ser un instrumento de comunicación, sin dejar a un lado sus características éticas y legales, pues se encontró una incidencia por omisión de 96% en el registro del nombre de quién los elabora, en esta misma línea se encontró que los documentos contienen tachaduras, borraduras e ilegibilidad, por otro lado se omiten datos con respecto a el habitus exterior, así como, la vía de administración de medicamentos, lo que repercute directamente en la seguridad del paciente.

1. INTRODUCCIÓN

Los registros clínicos forman parte del trabajo que desarrolla enfermería en su labor asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la población, por ello, los profesionales, deben de conocer su importancia, y relevancia, así como la adecuada forma de cumplimiento de los mismos, debido a las repercusiones tanto a nivel profesional y legal, fomentando el desarrollo de la profesión, conociendo la legislación y las responsabilidades que deben asumir en el trabajo diario.

Debido a la relevancia de esta parte del trabajo en enfermería y, a través de una exhaustiva revisión bibliográfica de diversos textos, publicaciones y trabajos científicos, sea desarrollado un protocolo no sólo sobre la importancia y adecuado cumplimiento de los registros sino también su repercusión tanto a nivel profesional como legal, que tienen.

El planteamiento de la situación problemática que justifica la necesidad de este abordaje, así como el propósito y objetivos de la investigación se encuentran ubicados en el capítulo I.

El capítulo II denominado Marco Referencial incluye la revisión de la literatura, con el fin de situar investigaciones previas en torno a los lineamientos a nivel nacional para la elaboración de los registros clínicos de enfermería, así como recomendaciones al efectuarlos.

El Marco Teórico se encuentra el capítulo III, el cuál abarca los datos que deben tomarse en cuenta para elaborar planes de cuidado y asistencia a fin de proporcionar calidad en la atención y seguridad al paciente, por otro lado se habla de las nuevas tecnologías que sehan implementado en el registro del expediente clínico por medio de sistemas informáticos y sus implicaciones legales.

La metodología se ubica en el capítulo III, la cual contempla el tipo de estudio, la población, las variables de estudio, las hipótesis de investigación y los procedimientos para el estudio piloto, la recolección de datos y el análisis de éstos; además de la descripción del instrumento a utilizar y el procedimiento de cuantificación de respuestas. También se describe en el mismo capítulo, la base ética legal que sustenta la investigación en el campo de la docencia.

Los resultados tanto de tipo descriptivo como de análisis diferencial, se encuentran incluidos en el capítulo V, seguidos de la discusión y conclusiones, capítulo VI.

Por último se presenta las referencias bibliográficas y los anexos en que se incluye los instrumentos utilizados.

1.1 Justificación

Los registros de enfermería son un soporte documental donde queda plasmada la información de las actividades e intervenciones que efectúa el personal de enfermería referente al paciente, en cuanto a valoración, tratamiento, intervenciones, cuidado brindado y evolución.

Su principal objetivo es registrar las medidas asistenciales, enfocadas a prestar cuidados de calidad, tiene finalidad docente-investigadora y de gestión, permitiendo el análisis estadístico que contribuye al desarrollo de la profesión y a la mejora de los cuidados. Otro de sus propósitos es la jurídico-legal, debido a que los registros constituyen una prueba objetiva de los actos del profesional.¹

Por ello el personal de enfermería debe reconocer su importancia así como las implicaciones que conllevan las omisiones en el marco legal, ya que el desconocimiento de la ley no le exime de su cumplimiento.

Para elaborar un registro clínico correcto, este debe ser integrado conforme a los estándares básicos establecidos en las disposiciones legales; al lograrlo, indudablemente favorece la eficiencia de la actuación del personal, permitiendo diferenciar su actuación de los demás integrantes del equipo de salud; manifestando así el rol autónomo en beneficio de enfermería.

Una investigación efectuada en el Instituto de Cardiología sobre la trascendencia de los registros de enfermería, indicó que el 96.2% del personal lo considera importante, sin embargo el 80.6% desconoce las normas para elaborarlo correctamente, mientras que un 98.6% no efectúa anotaciones relacionadas a la atención espiritual y psicoemocional del paciente al realizar los registros. Las conclusiones del estudio fueron que no se anotan todas las intervenciones y cuidados que se realizan al paciente, además de tener poca

experiencia en el manejo de los registros de enfermería lo que tiene como consecuencia, registros deficientes.²

Otros estudios que han tenido como objetivo identificar la calidad de los registros de enfermería indicando ciertas irregularidades como las siguientes: tachaduras, enmendaduras, ilegibilidad, redacción sobre puesta, espacios en blanco, nombre incompleto y ausencia de firma. También se encontró empleo de abreviaturas que dificultan la comprensión de los registros repercutiendo así en la comunicación con el equipo de salud.³ De manera que pierde su objetivo principal de ser un instrumento que informe sobre el estado, tratamiento, intervenciones y cuidado del paciente, obstaculizando así brindar atención y asistencia de forma profesional y personalizada.^{4,5}

Cabe decir que la responsabilidad del profesional no es solamente la aplicación de procedimientos manuales aprendidos acríticamente, sino, que le es necesario tener pleno conocimiento de la ley que regula su ejercicio profesional, al respecto, la Norma Oficial Mexicana 168, para la integración del expediente clínico, indica las características que debe reunir, de no efectuarlo se estaría incumpliendo en las obligaciones de medios y de seguridad según lo marca la Ley General de Salud, particularmente, en el Artículo 77 bis 9, así como en su artículo No. 51, de su Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.⁶

Tomando en cuenta las implicaciones que conlleva un registro clínico de enfermería, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168, en los registros de enfermería en una institución de tercer nivel de atención?

1.2 OBJETIVOS

General:

- Determinar el nivel de cumplimiento a los lineamientos establecidos para la integración de registros clínicos de enfermería en una institución de tercer nivel.

Específicos:

- Identificar las principales omisiones en los Registros de Enfermería en relación a la NOM 168 SSA1-1998.
- Correlacionar el nivel de cumplimiento con indicadores como: servicio y turno.

2. MARCO REFERENCIAL

NORMATIVIDAD NACIONAL DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA

2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, para la integración y elaboración del expediente clínico

El Programa de reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, para alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

Destaca por su importancia por el ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras, constituyéndose como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico. Es importante señalar que para la correcta interpretación de la Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.⁷

En este contexto la NOM 168, en su numeral 4.4 el Expediente clínico se define como: el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias. El cual debe tener las siguientes características:

2.1.1 Generalidades

Las notas médicas y reportes deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo, en su caso, número de cama o expediente.

Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservándose en buen estado. En este sentido, el Código de Procedimiento Penales para el Distrito Federal, Capítulo III, Artículo 13 señala que: en ninguna actuación penal se emplearán abreviaturas ni raspaduras. Las palabras o frases que se hubieran puesto por equivocación, se testarán con una línea delgada, de manera que queden legibles, salvándose al final con toda presión antes de las firmas. En la misma forma se salvarán las palabras o frases omitidas por error que se hubieren enterrrenglonado. Toda actuación penal terminará con una línea tirada de la última palabra al fin del renglón; si éste estuviere todo escrito, la línea se trazará debajo de él antes de las firmas.⁸

Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la Norma:

2.1.2 Hoja de Enfermería

De acuerdo con la NOM 168 en su apartado 9.1 establece que deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

2.1.2.1 Habitus exterior:

- Facies
- Actitud
- Estado de marcha
- Constitución
- Conformación
- Movimientos anormales
- Estado de conciencia

2.1.2.2 Gráfica de signos vitales

- Temperatura
- Frecuencia Respiratoria
- Frecuencia Cardíaca
- Tensión Arterial

2.1.2.3 Ministración de medicamentos

- Nombre de medicamento
- Fecha
- Hora
- Cantidad
- y vía

Con base a este respecto la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, establece en su numeral 5.4.2.5 la obligación del registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto.

2.1.2.3 Procedimientos realizados

Cabe señalar que la NOM-168-SSA1-1998, para este apartado menciona que se tomaran en cuenta los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, primordialmente la libertad prescriptiva a favor del personal de salud, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se presten los servicios. Se registran las acciones concretas de enfermería independientes, o derivadas de la prescripción médica encaminadas a dar solución al problema.

La Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, en su apartado 17.11 establece que el personal responsable de la transfusión deberá registrar en el expediente clínico del receptor, como mínimo la siguiente información:

- Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos.
- Fecha, hora de inicio y finalización de la transfusión.
- Control de signos vitales y estado general del paciente, antes, durante y después de la transfusión.
- En caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo, manejo, así como los procedimientos.
- Nombre completo y firma de médico que indicó la transfusión, así como, del personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión.⁹

2.1.2.4 Observaciones

En este apartado enfermería registra diariamente datos objetivos y subjetivos que ayudan a documentar la frecuencia y extensión de varias funciones orgánicas y mencionar la respuesta o reacción adversa al tratamiento.¹⁰

La información que se registra incluye:

- Inicio de una condición clínica nueva o exacerbación de una condición clínica crónica.
- Rechazo del paciente a alguna medicación
- Aparición de reacciones adversas medicamentosas
- Aparición de eventos adversos
- Aparición de eventos centinela
- Cambios de catéteres
- Quejas del paciente.
- Notas de fisioterapeutas, dietistas, inhaloterapia, etc.¹¹

2.2 Recomendaciones de la CONAMED para la elaboración de los registros clínicos de enfermería

- Establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud.
- Realizar los registros en forma: clara, legible, veraz, oportuna y confiable.
- Utilizar terminología técnico-médica de usos y aceptación universal.
- Elaborar y considerar a los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado.

2.2.1 Lineamientos para el manejo de la hoja de registros clínicos de enfermería

Reglas para el registro de datos: en los 3 turnos los datos del encabezado se llenara con tinta azul. La información que se registre corresponde a los colores; Azul, primer turno. Verde, segundo turno. Rojo, tercer turno. La enfermera hará anotaciones de los datos variables de la información, simultáneamente cuando se sucedan los hechos. La redacción y las anotaciones deberán ser de buena calidad con la brevedad necesaria.

Esta forma se conservará en el expediente clínico hasta el momento de la depuración de este.

La hoja debe de ser llenada con:

OBJETIVIDAD: Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

- No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos.
- Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.
- Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas.
- Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

PRECISIÓN Y EXACTITUD: Deben ser precisos, completos y fidedignos.

- Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.
- Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.

- Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.
- Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficientes. Lo que llevaría a pensar es que lo no está escrito, no está hecho.^{12,13}

III. MARCO TEORICO

3.1 El Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad.

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 enfermería
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

De acuerdo a lo expresado, se considera importante que los datos de la valoración registrados por el personal de enfermería sirvan como base para la planeación, presentación y evaluación de los cuidados del paciente. Por ello se debe tener presente que la valoración comienza con la recolección de datos y culmina con la verificación de un estado de enfermedad o de bienestar con la selección de diagnósticos.

Su propósito del registro de los diagnósticos consiste en la interpretación de los datos recopilados de la valoración; estos diagnósticos, describen la naturaleza, el origen de las manifestaciones de los cambios en la salud que las enfermeras están autorizadas a identificar y tratar mediante intervenciones independientes, interdependientes y de colaboración.

La etapa de planeación se considera como el núcleo o centro del proceso de enfermería, ya que en él se plantean problemas, objetivos, acciones y respuestas y, por tanto, es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir al paciente en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades.

Para redactar planes también se sugieren los siguientes lineamientos:

- El plan debe tener fecha y la firma de la enfermera responsable. La fecha se usa como punto de referencia para evaluación y planeación futura, y la firma demuestra su responsabilidad tanto ética como legal.
- Debe ser actual y flexible. Esto quiere decir que el plan puede concluirse a medida que las necesidades del paciente varían, o también estar sujetos a revisión si se desea.
- Deben redactarse en términos del estado del paciente y de las acciones de enfermería para lograr las metas y objetivos.
- Deben expresarse en términos específicos, dando dirección a la conducta de la enfermera y del paciente.
- Deben incluir aspectos preventivos, de promoción y rehabilitación, no solamente los de curación.
- Deben incluir la colaboración y coordinación de actividades con otros profesionistas que están al cuidado del paciente, o también con las mismas enfermeras.
- Los planes deben ordenarse en una secuencia apropiada basada en la prioridad o jerarquización de los problemas del paciente.
- Deben prescribir las medidas de acción de enfermería que deben basarse en principios científicos para proporcionar una eficiencia terapéutica.

La fase de ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente, en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares.

En esta etapa debe continuar la comunicación terapéutica para identificar otras necesidades y problemas, resultados de las acciones planeadas y determinar modificaciones o posibles soluciones para su resolución.

Esta fase del proceso de enfermería incluye cinco elementos: validación del plan, fundamentación científica en cada una de las acciones, otorgamiento de cuidados, continuidad y registro de éstos.¹⁴

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 sanitario.
- Calidad de cuidados, al poder compararse con determinadas normas de calidad.
- Un sistema de evaluación para la gestión de servicios enfermeros, permitiendo: la investigación en enfermería; la formación pre/post-grado y una prueba de carácter legal.¹⁵

Para poder organizar y registrar cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería, debemos clasificar las necesidades y demandas de los pacientes, según un modelo de cuidados, siendo los más utilizados: Necesidades Básicas de Virginia Henderson o 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.^{16,17}

3.2 Sistemas Informáticos en Enfermería

Actualmente el soporte papel habitual de la Hoja de enfermería está siendo sustituido por soporte informático, por medio de diversos programas que representan gráficas en un monitor de ordenador y que permiten guardar, recuperar o imprimir los datos siempre que sea necesario, aporta información rápida y precisa sobre la evolución del paciente, la cual por contener información del proceso de salud-enfermedad, ésta, se convierte en la protección legal; en cuanto a confidencialidad, custodia y conservación de la misma. Enfermería debe dejar constancia escrita del acto de cuidado que refleja el ejercicio profesional, es la prueba de los lineamientos humanos, éticos y científicos desarrollados. El acto de cuidado que no se registra "NO SE REALIZÓ" esta frase es un llamado que justifica la importancia de valorar el registro de enfermería, el cual cada centro hospitalario diseña los modelos o formatos más acordes a los servicios a los que va destinada.^{18,19}

Existen investigaciones que se han centrado en evaluar la documentación de los registros de enfermería antes y después de la implementación de un sistema de información de enfermería; mientras que en algunos se reporta que después de implementar el sistema de la documentación de la atención del paciente es más precisa, complementa y oportuna, otros hallazgos no reportan diferencias de la documentación de enfermería después de la implementación.

En algunos las enfermeras consideran el sistema informatizado como una mejora del método de trabajo, frente al sistema de bolígrafo-papel. Estos resultados se asocian con los factores de tipo organizacional donde el tipo y la duración de la capacitación juegan un papel importante. Ante estos hallazgos existen autores que destacan la necesidad de evaluar la documentación de enfermería después de la introducción de un sistema y no considerar que

por el hecho de utilizar un sistema electrónico la información que se documentada sea completa y precisa para apoyar la toma de decisiones.^{20,21,22,23}

En un estudio titulado Categorización de los Registros escritos de Enfermería en la UCI del Hospital General de Alicante, se realizó un análisis de contenido de las actividades que se reflejan por escrito en los relevos de turno del personal de enfermería, y los principales resultados obtenidos fueron: que no se utilizan diagnósticos de enfermería sino médicos. Los acontecimientos reflejados por escrito son mayoritariamente de tipo biomédico, concediendo escasa importancia a los aspectos psicosociales. La información reflejada en las gráficas es repetitiva.²⁴

Varios artículos evalúan los efectos de los sistemas de registros de enfermería sobre la práctica de enfermería y los resultados de los pacientes, en la cual se incluyeron 8 ensayos en los que se involucran 1407 personas. En tres estudios de registros mantenidos por los clientes, no se encontró ningún efecto positivo o negativo, aunque se sugirió algún beneficio administrativo por la menos pérdida de notas. Un estudio computarizado de planificación de atención de enfermería mostró un efecto negativo sobre la planificación de la atención de enfermería documentada, aunque otros dos estudios computarizados de información de enfermería mostraron un aumento en el registro, pero ningún cambio en los resultados de pacientes. La planificación de la atención tardó más con estos sistemas computarizados, pero los números de pacientes y enfermeras incluidos en estos estudios fueron pequeños. Un estudio controlado de antes y después de dos sistemas de registro sobre papel mostró una mejora en cumplimiento de los estándares de documentación. 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 que según la literatura, que es posible

establecer ensayos aleatorios u otros diseños cuasi-experimentales necesarios para producir pruebas para la práctica.²⁵

Con relación a la calidad de los cuidados y los registros de enfermería la literatura es imprecisa, algunos autores piensan, que los registros no reflejan necesariamente la realidad de los cuidados ya que sólo una tercera parte de los problemas de los pacientes conocidos por la enfermera se reflejan en los registros.²⁶ Otros; consideran que no se pueden realizar unos cuidados de calidad sin unos registros escritos claros siendo por lo tanto, según ellos, razonablemente pensar que la claridad en la escritura podría reflejar claridad en el propósito y dirección de los cuidado,²⁷ también hay quien opina que la calidad de los cuidados se pueden reflejar en los registros, dice que podría asumir que si un alto número de cuidados está bien documentado en los registros es que estos se hicieron con calidad.²⁸

Con el fin de aumentar la calidad de los registros de enfermería se han creado diversas propuestas en escenarios diferentes se pueden encontrar: instrumentos de valoración inicial para favorecer la continuidad de los cuidados a través del cumplimiento riguroso de los registros de los cuidados y de estrategias de la comunicación con los diferente niveles y sectores; estos estudios concluyen que las enfermeras consideran que el trabajo es fácil y rápido de realizar, facilita la comprensión y aceptación por otras enfermeras; ya que se planifica mejor el cuidado que se aporta a los paciente, el intercambio de información sobre el paciente entre el personal de enfermería se favorece, promueve la continuidad de los cuidados del paciente dentro y fuera de la unidad y aumenta la satisfacción en el trabajo diario de la enfermera.²⁹

Los indicadores de calidad utilizados en auditorias de proceso son otra de las estrategias empleadas para detectar deficiencias y proponer medidas correctivas para mejorar el sistema de registros y por consiguiente, la calidad de atención de Enfermería, en este caso los resultados mostraron que el cumplimiento del indicador considerado como bueno y el aspecto con menor puntaje fue la visita que alcanzó un 65% de cumplimiento. Los

programas de mejora continua son efectivos puesto que se consigue incrementar la cantidad y calidad del registro.³⁰

Otros incluyen parámetros alineados con la Norma ISO 9001: 2005, en donde las enfermeras encuestadas refirieron que con el sistema anterior habitualmente tenían dificultades para elaborar el registro y leer las anotaciones realizadas por sus colegas; en cuanto al trabajo realizado se reflejaba poco o nada el trabajo en los registros y que las implicaciones legales condiciona al profesional a la hora de escribir a comparación con el nuevo sistema.³¹

En general las investigaciones coinciden que la etapa del proceso de enfermería menos registrada es el diagnóstico de enfermería, sin embargo el registro de diagnósticos de enfermería se encuentra asociado a instituciones que tienen un programa formal de educación continua y planes de cuidado informatizado.³²

3.3 IMPLICACIONES ETICO LEGALES ACERCA DEL MANEJO DE SISTEMAS INFORMATICOS EN ENFERMERIA

El registro correcto y completo de la documentación clínica generada en el proceso asistencial es un aspecto básico de la calidad de la asistencia: sin dicha documentación no es posible evaluar la calidad de los actos enfermeros. Además, la hoja de Enfermería es el instrumento mediante el cual se comunica la información clínica a otros profesionales que puedan tener responsabilidad asistencial sobre el paciente y permite el seguimiento clínico del mismo, de modo que un acto enfermero no puede considerarse completo y de calidad sin una hoja de Enfermería bien documentada y registrada de acuerdo a unas pautas comunes establecidas.

Sobre la aceptación de la responsabilidad sobre nuestras actuaciones

En la carta de los derechos de Enfermería dice que " Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna ", por tanto las decisiones, como las consecuencias que de ellas se deriven deben quedar registradas. Desde este principio moral profesional la ausencia de registros puede entenderse como una falta, por parte de la enfermera, que pone en cuestión si asume o no la responsabilidad de su actuación.³³

Desde nuestro punto de vista, el registro puede dar cobertura legal a las actuaciones profesionales pero además nos permite mostrar al resto del equipo y a la sociedad en general que la acción cuidadora la desarrollamos a través de la autonomía profesional.

Hablar de autonomía profesional significa asumir responsabilidades sobre nuestras actuaciones, permitiéndonos respetar, siempre, las áreas de competencia del resto de los miembros del equipo de salud, favorecer la colaboración y asegurar un servicio de mejor calidad.

Objetivos que nos planteamos con el registro de Enfermería

- El derecho de los usuarios a tener una información por escrito de todas las acciones que llevamos a cabo.³⁴
- La obligación que tenemos las enfermeras de llevar a cabo nuestro trabajo desde la autonomía profesional.
- La obligación de asumir la responsabilidad de nuestras acciones.
- La obligación de contribuir al desarrollo profesional.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de diseño

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrolectivo y correlacional, en el que se evaluará el nivel de cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana 168 por el personal de Enfermería, en un instituto de tercer nivel de atención, mediante un instrumento basado en los requerimientos de NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, el cual consta de dos áreas, aplicado por una pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

4.2 Población de Estudio

- La población en la cual se llevo a cabo el estudio comprende los expedientes realizados en el mes de junio de 2010.

4.3 Muestra

- Se calculó una muestra aleatoria-estratificada considerando el total de ingresos hospitalarios promedio que se atienden en el Instituto, con un nivel de confianza de 95% y un error máximo aceptable de 5% utilizando la formula de poblaciones finitas:

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

$$n = \frac{215(3.92)(.1875)}{.0025(214)+3.96 (.1875)}$$

$$n = \frac{215(.735)}{.53+0.735}$$

n=158.025

1.265

n=125

El total de la muestra se multiplico por los turnos, resultando: 375 registros, los cuales se distribuyeron por servicio de la siguiente manera:

Servicio	Cantidad	Servicio	Cantidad
1.Urgencias Prehospitalización	4	10.Hematología	7
2.Urgencias Hospitalización	5	11.Oncología	15
3.Neurociencias	13	12.Neonatología	5
4.Nefrología	5	13. Gastroenterología	9
5.Ortopedia	9	14. Infectología 1	10
6.Cardiología	10	15. Infectología 2	2
7.Cirugía General	5	16. Infectología 3	7
8.Unidad de terapia intensiva	7	17. Infectología 4	9
9.Unidad de terapia cardiológica	3	18. Pensionados	4

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Registros de la hoja de enfermería pertenecientes a los servicios de hospitalización de un Instituto de tercer nivel de atención durante la realización del estudio comprendida en el mes de junio de 2010.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Los registros contenidos en la hoja de enfermería que no se encuentren disponibles en el expediente clínico ó de meses anteriores o posteriores al mes de junio de 2010.

4.4 Operacionalización de Variables

Variable: Cumplimiento de la Norma 168, en los registros clínicos de enfermería.

Definición conceptual: la información y registro de sucesos y atención, asegura la continuidad y calidad del proceso de enfermería en los diferentes turnos para que los integrantes del equipo de salud los conozcan con detalle y los considere en la atención interdisciplinar que debe presentarse al paciente.

El personal de enfermería tiene acceso importante al expediente clínico, por tanto debe considerar la normatividad para elaborar notas y gráficas, integración del expediente clínico para:

- Definir los objetivos del proceso de enfermería
- Garantizar la calidad de la información para análisis médico, administrativo y legal.
- Diferenciar la responsabilidad que tiene el personal de enfermería.
- Evaluar los cuidados de enfermería planeados y ejecutados. (Rosales, 2005)

Definición operacional: Representan el grado de cumplimiento que presentan los registros clínicos de enfermería a la norma sanitaria correspondiente en nuestro país, respecta a las áreas: generalidades, hoja de enfermería y datos no observados por la normativa pero registrados.

Tipo y nivel de medición: Cualitativa, intervalar.

Valores: Los valores de acuerdo con cuestionario tipo dicotómico son:

Si cumple (1)

No cumple (0)

Medición: Índice de cumplimiento a la NOM 168, obtenido de la sumatoria total de puntos

dividido entre 30 ítems, utilizando parámetros de referencia para la evaluación comparativa entre los diferentes servicios, que fueron definidos de la siguiente manera:

Cumplimiento adecuado:	30 - 24
Cumplimiento regular:	23 - 18
Cumplimiento con inadecuado:	17 - 15

Dimensiones áreas evaluadas:

Generalidades

Identificación referente al paciente como: nombre, edad, sexo, No. de cama o expediente, fecha, así como, identificación personal de quién elabora el registro como: nombre completo y firma. También contempla las características del expediente como: lenguaje técnico médico, abreviaturas, legibilidad, enmendaduras, tachaduras y conservación del expediente (Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13 y 14)

Hoja de enfermería

La cual esta subdivida en subáreas como: Habitus exterior (Ítems: 15,16,17,18,19 y 20), signos vitales (Ítems: 21,22,23,24), ministración de medicamentos (Ítems: 25,26,27 y 28), procedimientos realizados (Ítem: 29) y observaciones (Ítem: 30).

VARIABLES INTERVINIENTES:

Variable	Definición	Tipo y nivel de medición	Valores
Turno	Se entiende por jornada de trabajo "el tiempo durante el cual el trabajador debe prestar efectivamente sus servicios en conformidad al contrato". Se considera también como jornada de trabajo el tiempo en que el trabajador se encuentra a disposición del empleador sin realizar labor, por causas que no le sean imputables. Art. 21 del Código del Trabajo.	Nominal	Matutino 1 Vespertino 2 Nocturno 3
Servicio	Clasificación de servicios de atención médica en de los recursos necesarios para atender los daños función de los niveles de atención médica, la especialización del personal y la complejidad a la salud. (NOM-015-SSA2-1994, Definiciones 2.18)	Nominal	Traumatología 1 Urgencias 2 Cirugía General 3 Ortopedia 4
Nombre completo del paciente	Identifica al paciente, se debe registrar tal y cual aparece en el acta de nacimiento.	Nominal	No adecuado 0 Registrado adecuado 1
Nombre de enfermera tratante	Se integrara la primera letra del nombre de la enfermera seguido de su apellido paterno	Nominal	No adecuado 0 Registrado adecuado 1
Firma	Rubrica que se pone al final de un documento (http://es.thefreedictionary.com/firma , 2010)	Nominal	No adecuado 0 Registrado adecuado 1
Legibilidad	La legibilidad es la cualidad que tiene un texto para que pueda ser leído. Pero afinando más se puede decir que la legibilidad se entiende como la cualidad formal que posee el texto para que se pueda percibir con claridad lo escrito.	Nominal	No adecuado 0 Registrado adecuado 1
Alteración en los documentos	Los documentos deben requerir un examen detallado e investigación por diversas razones, si tienen que ser utilizados como pruebas legales, su verdadera naturaleza y su contenido deben ser conocidos y comprobados. Los documentos falsificados pueden clasificarse en: borradura, tachadura, enmendadura. (http://www.periciascaligraficas.com , 2010)	Nominal	No adecuado 0 Registrado adecuado 1
Frecuencia cardiaca	Es el número de latidos del corazón o pulsaciones por unidad de tiempo. Su medida se realiza en unas condiciones determinadas (reposo o actividad) y se expresa en latidos por minutos (lpm). La medida del pulso se puede efectuar en distintos puntos, siendo los más habituales la muñeca, en el cuello (sobre la arteria carótida) o en el pecho. (Wikipedia,2010)	Nominal	No adecuado 0 Registrado adecuado 1
Tensión arterial	Es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo para que puedan funcionar. (Wikipedia, 2010)	Nominal	Inadecuado 0 Registrado adecuado 1
Temperatura	Control de la producción y de la pérdida de calor; específicamente, mantenimiento de la temperatura corporal mediante mecanismos fisiológicos regulados por el hipotálamo. (Directorio Mosby Póker, 2009)	Nominal	No adecuado 0 Registrado adecuado 1
Frecuencia respiratoria	La frecuencia respiratoria se define como las veces que se respira (ciclo de respiración: se contraen y se expanden los pulmones) por unidad de tiempo, normalmente en respiraciones por minuto. (Rosales, 2004)	Nominal	No adecuado 0 Registrado adecuado 1

Variable	Definición	Tipo y nivel de medición	Valores
Ministración de medicamentos	Es la responsabilidad del enfermero en el uso racional de los medicamentos como marco de referencia el proceso de atención de enfermería a través de la valoración del estado del paciente, el diagnóstico de enfermería a través de la valoración del estado del paciente, el diagnóstico de enfermería, la planificación, la administración de la medicación y la evaluación de los efectos del medicamento	Nominal	No adecuado 0 Registrado adecuado 1
Horario	Indica la hora en que fue administrado el medicamento, el cual debe de tomar en cuenta la farmacoterapia, la compatibilidad entre fármacos o entre un fármaco y los alimentos, estudios de diagnóstico, biodisponibilidad del fármaco (como la necesidad de un fármaco suministrado a horas fijas a fin de mantener su nivel sanguíneo), acciones farmacológicas y cualquier efecto sobre el biorritmo, como ocurre con los esteroides. (Lane, 2000)	Nominal	No adecuado 0 Registrado adecuado 1
Vía de administración	La absorción de los fármacos puede ser por diversas vías como son: parenteral, tópica, óptica, epidural ó intratecales (Flórez, 2005)	Nominal	No adecuado 0 Registrado adecuado 1
Intervenciones	Todo tratamiento basado en el conocimiento y el inicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para obtener resultados sobre el paciente/cliente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, así como aquellos iniciados por la enfermera, el médico y otros proveedores de tratamiento. (Luis, 2006)	Nominal	No adecuado 0 Registrado adecuado 1
Evolución	Proceso gradual, ordenado y continuo, de cambio y desarrollo desde un estado a otro. (Diccionario Mosby, 2010)	Nominal	No adecuado 0 Registrado adecuado 1

4.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se llevo a cabo mediante un instrumento basado en la NOM-168-SSA1-1998, para la elaboración del expediente clínico.

Variables Independientes: Nivel de apego a la NOM 168 en los registros clínicos.

Variable Dependiente: Servicio y turno

4.5 Hipótesis:

H1=Existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento de la NOM-SSA1-168, para la elaboración de los registros clínicos de enfermería en relación al turno.

HO= No existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento de la NOM-SSA1-168, para la elaboración de los registros clínicos de enfermería en relación al turno.

H1= Existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento de la NOM-SSA1-168, para la elaboración de los registros clínicos de enfermería en relación al servicio.

HO= No existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento de la NOM-SSA1-168, para la elaboración de los registros clínicos de enfermería en relación al servicio.

4.6 Procedimiento para la integración del instrumento

Se realizo y aplicó un instrumento de diseño dicotómico denominado "Correcto llenado de notas clínicas de enfermería", que identifico el nivel de cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana 168, de registros clínicos elaborados por el personal de enfermería.

El primer apartado constituido de 14 reactivos indagan el nivel de cumplimiento para el área de generalidades, donde se averiguó si se registraban adecuadamente los datos referentes al paciente, los datos referentes a quien efectuó el registro, así como atributos del documento y los últimos 16 reactivos evalúan el área comprendida para la Hoja de Enfermería, en las categorías: Habitus exterior, ministración de medicamentos, intervenciones y evolución del paciente.

4.7 Procedimiento para la confiabilidad y validez del instrumento y prueba piloto

El instrumento fue revisado por tres expertos, para realizar una validez de contenido, adaptándose aquellos ítems que se consideraron poco pertinentes, previo a la recolección de los datos se aplicó una prueba piloto, a 30 registros clínicos de enfermería elaborados en un Instituto de tercer nivel con características similares a la de la muestra seleccionada, obteniendo una confiabilidad de 0.998, al efectuar la prueba de Kuder Richardson.

4.8 Procedimiento para la recolección de datos.

Tomando en cuenta aspectos éticos y legales, así como el consentimiento de las autoridades competentes del Instituto, se aplicó el instrumento en un hospital de tercer nivel de atención del D.F.

Se evaluaron las unidades de análisis en un periodo de junio a julio de 2010 a través del cuestionario "Correcto llenado de notas clínicas de enfermería".

4.9 Procedimiento para la tabulación de resultados.

Finalmente se procesó la información recabada, analizándose mediante estadística descriptiva por medio de medidas de tendencia central, en los datos referentes a el área de generalidades y hoja de enfermería; para la estadística diferencial se efectuaron pruebas paramétricas ANOVA en las variables turno y servicio para averiguar si existía diferencia en el nivel de cumplimiento, por medio del editor de datos SPSS Versión 18, luego se graficaron los datos obtenidos en el programa de Microsoft Excel.

V. RESULTADOS

5.1 Análisis estadístico descriptivo

De un total de 375 registros clínicos de enfermería analizados el 33.9% corresponde a el turno matutino, 32.5% al turno vespertino y 33.6% al turno nocturno (Cuadro1).

Cuadro 1. Registros por turno

Turnos	Fo	%
Matutino	127	33.9%
Vespertino	122	32.5%
Nocturno	126	33.6%
Total	375	100%

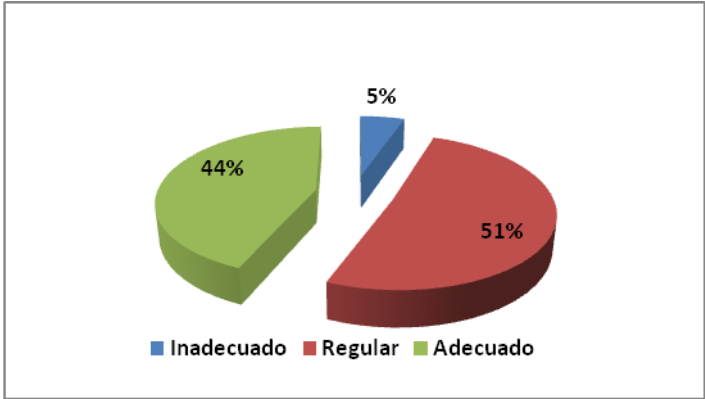
Con respecto a los servicios donde se efectuó el estudio se presentan a continuación los más significativos: Oncología 12.8%, Neurociencias 9.6%, Cardiotórax 7.2%, Gastroenterología 7.2%, Infectología 20.35%, Nefrología 4.8%, Ortopedia 6.4% y otros servicios sumaron 31.5% (Cuadro 2).

Cuadro 2. Servicios estudiados

Servicios	Fo	%
Oncología	48	12.8 %
Neurociencias	36	9.6 %
Cardiotórax	27	7.2 %
Gastroenterología	27	7.2 %
Infectología	77	20.5 %
Nefrología	18	4.8 %
Ortopedia	24	6.4 %
Otros	118	31.5 %
Total	375	100 %

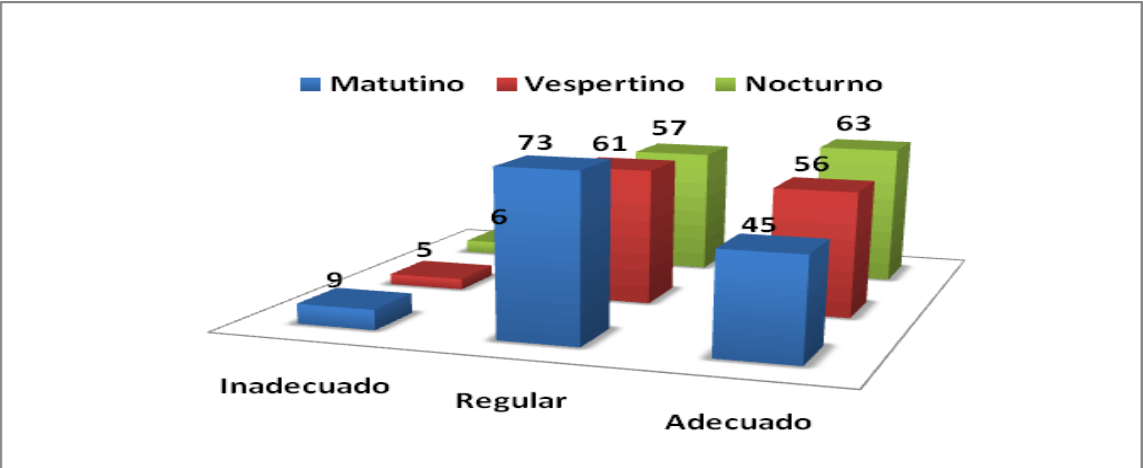
Se encontró que el nivel de cumplimiento de los lineamientos nacionales para la integración de los registros de enfermería fue de 5% como inadecuado, el 51% como regular y de 44% para adecuado (Figura 1).

Figura 1. Nivel de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168, para la elaboración de los registros clínicos de enfermería.



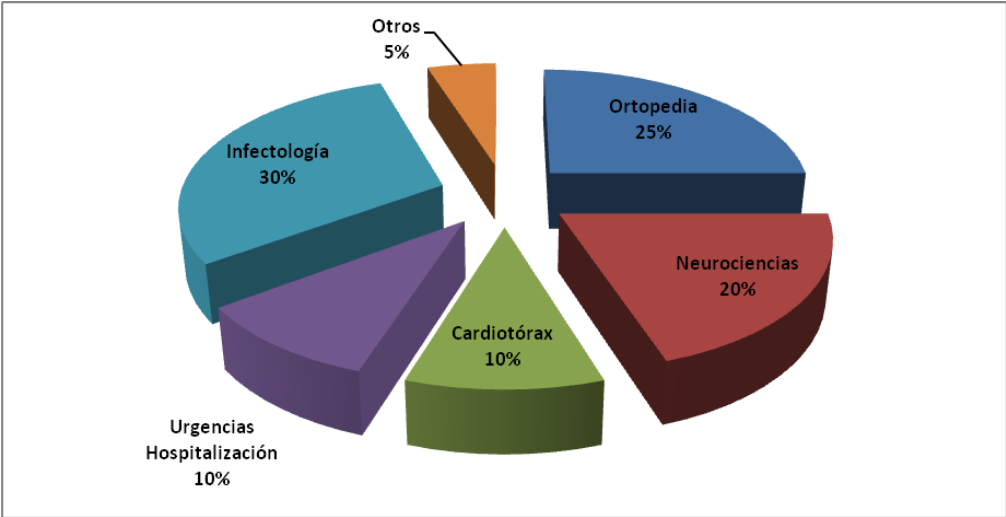
Mientras que el nivel de cumplimiento de la normativa para la elaboración de los registros clínicos de enfermería por turno presento las siguientes características: para el turno matutino, 9 registros como inadecuados, 73 registros como regulares y 45 registros como adecuados, mientras que el turno vespertino tiene 5 registros como inadecuados, 61 registros como regulares y 56 registros como adecuados y por último el turno nocturno con 6 registros como inadecuados, 57 registros como regulares y 63 registros como adecuados (Figura 2).

Figura 2. Nivel de cumplimiento de la NOM 168, por turno.



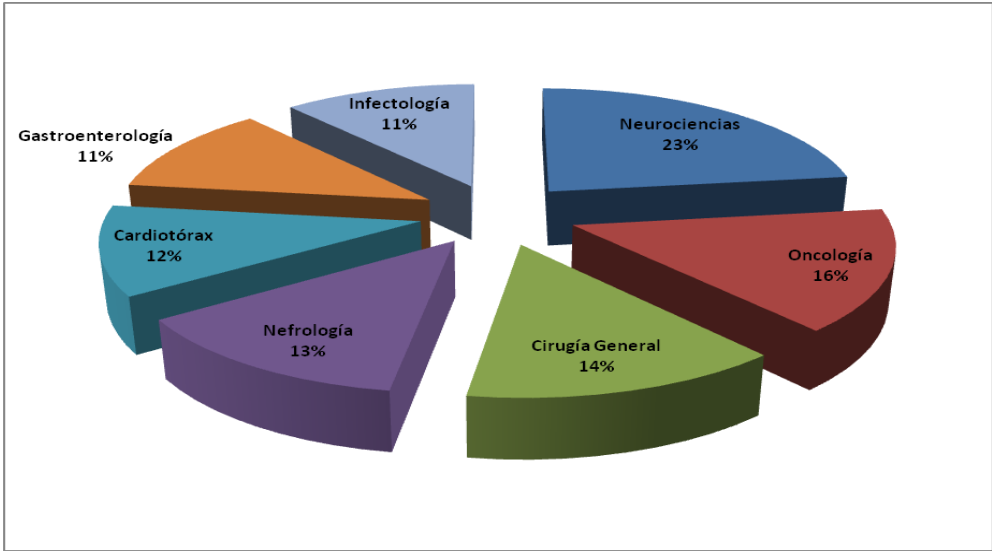
Al efectuar el análisis del nivel de cumplimiento por servicio y por la categoría “Inadecuado”, 25% corresponde al servicio de Ortopedia, 20% para Neurociencias, 10% Cardiotorax, 10% Urgencias Hospitalización, 30% Infectología y 5% para otros servicios. (Figura 3)

Figura 3. Nivel de cumplimiento por servicio en la categoría “Inadecuado”.



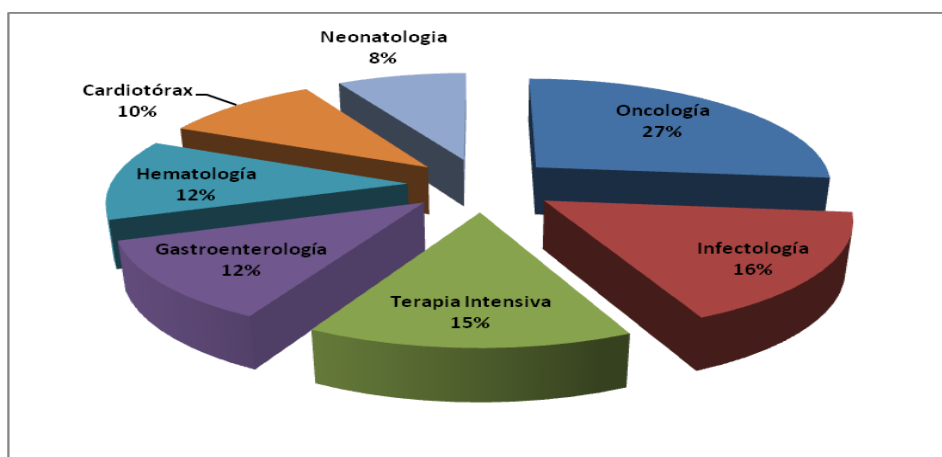
El nivel de cumplimiento encontrado para la categoría “Regular” y por servicio fue de 23% para el servicio de Neurociencias, 16% para Oncología, 14% Cirugía General, 13% Nefrología, 12% Cardiotorax, 11% Gastroenterología y 11% Infectología (Figura 4).

Figura 4. Nivel de cumplimiento por servicio en la categoría “Regular”.



El nivel de cumplimiento de la NOM 168, por servicio y turno para la categoría “Adecuado” el 27% es correspondiente al servicio de Oncología, 16% para Infectología, 15% Terapia Intensiva, 12% Gastroenterología, 12% Hematología, 10% Cardiotorax y 8% para Neonatología (Figura 5).

Figura 4. Nivel de cumplimiento por servicio en la categoría “Adecuado”.



Los datos obtenidos en el área de Generalidades fueron que un 21.6% no registra la edad del paciente, 28.5% no registra el género del paciente, 26.1% del personal no registra su nombre, el 96% del personal no firma el registro que elaboro, 9.9% de los registros contiene abreviaturas, 14.9% de los registros son ilegibles, 22.1% tiene enmendaduras, y 22.7% contienen tachaduras (Cuadro 3).

Cuadro 3. Datos correspondientes a él área “Generalidades”.

Dimensión Generalidades	Fo No	%	Fo Si	%	Total
Edad Paciente	81	21.6 %	294	78.4 %	375
Sexo de Paciente	107	28.5 %	268	71.6 %	375
Nombre de quién elaboro	98	26.1 %	277	73.9 %	375
Firma de quién elaboro	360	96 %	15	4 %	375
Con abreviaturas	37	9.9 %	338	90.1 %	375
Legible	56	14.9 %	319	85.1 %	375
Con enmendaduras	83	22.1 %	292	77.9 %	375
Tachaduras	85	22.7 %	290	77.3 %	375

Con respecto al área de “Hoja de enfermería”, los datos encontrados fueron que el 35.5% no registra la facies del paciente, 21.6% no registra la actitud, 58.9% no indica la marcha, 96% omite la constitución, 21.3% no registra el estado de conciencia, 12% no anota la vía de administración de los medicamentos, 4.5% no registra sus intervenciones y el 2.1% no registra la evolución del paciente (Cuadro 4).

Cuadro 4. Datos correspondientes a él área “Hoja de enfermería”.

Dimensión Hoja de Enfermería	Fo	%	Fo	%	Total
	No		Si		
Facies	133	35.5%	242	64.5%	375
Actitud	81	21.6%	294	78.4%	375
Estado Marcha	221	58.9%	154	41.1%	375
Constitución	360	96%	15	4%	375
Estado de Conciencia	80	21.3%	295	78.7%	375
Vía	45	12.0%	330	88.0%	375
Intervenciones	17	4.5%	358	95.5%	375
Evolución	8	2.1%	367	97.9%	375

5.2 RESULTADOS INFERENCIALES.

Para la comprobación de la hipótesis al realizar la prueba de correlación ANOVA, entre turno y nivel de cumplimiento de la NOM-SSA1-168, para la elaboración de los registros clínicos de enfermería, se obtuvo una probabilidad de 0.62, lo que quiere decir que el nivel de cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998, por turnos no tiene una diferencia significativa. Por lo que se acepta la hipótesis nula.

Mientras que al efectuar la misma prueba entre servicio y nivel de cumplimiento de la NOM-SSA1-168, se obtuvo una probabilidad de 0.00 que es menor de 0.05 ($F=7.66$, gl entre grupos=32.744 y gl intragrupos = 128.704) lo que quiere decir que el nivel de cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998, por servicio si existe diferencia, por lo que se infiere que es el servicio de Infectología el que cumple adecuadamente con este registro, seguida por el servicio de oncología. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Indicador de nivel de cumplimiento a la NOM 168, por servicio.

SERVICIO	Total	Cumplimiento		
		Inadecuado	Regular	Adecuado
Oncología	48	0	19	29
Neurociencias	36	4	28	4
Cardiotórax	27	2	14	11
Gastroenterología	27	0	14	13
Infectología	77	6	23	48
Nefrología	18	0	16	2
Ortopedia	24	5	12	7
Otros	117	3	65	50
Total	375	20	191	164

VI. DISCUSIÓN

Los resultados aquí observados concuerdan con investigaciones previas de Varga-Cubero, ya que se encontró que un 22.7% de los registros contienen tachaduras, 14.9% no eran legibles, y un 9.9% tienen abreviaturas, lo que indica que no cumplen con el objetivo de ser un medio de comunicación entre los diferentes profesionales de salud, por otro lado se observó inconsistencias en el documento contrario a lo indicado en el Código civil, pues los registros en 96% no son firmados y un 26.1% carecen de nombre de quién los elaboró.^{3, 13}

Cabe señalar que en el área de registros pertenecientes a la “Hoja de enfermería”, las principales omisiones tienen que ver en aspectos como la descripción del habitus exterior del paciente, relacionados a facies, actitud, estado de marcha y constitución, además se observó que el 12% de los registros no contaban con el registro de la vía de administración de medicamentos, lo que resulta, en una omisión administrativa, la cual, tiene que ver directamente con la seguridad del paciente, tal como refiere Fajardo-Dolci, al indicar en su estudio que, los errores por administración de fármacos constituyen más del 50% del total de errores consignados por causas diferentes y las cuales se relacionan con los recursos humanos que laboran en una institución y con el personal en formación de pregrado y de posgrado.¹⁷ En este mismo estudio concuerda que el turno que presenta el mayor índice de incumplimiento es el turno matutino con un 37%, mientras que el servicio con menor inobservancia fue Nefrología con un 24%.

Por otra parte, las publicaciones internacionales enfocadas en la frecuencia, factores de riesgo y eventos adversos en pacientes hospitalizados, indican que los errores se presentan con una media de 5.7% de todas las administraciones de fármacos, encontrándose una gran variabilidad en función de la metodología utilizada para detectarlos, ya sea por medio de revisión de expedientes, comunicación directa con los pacientes, reporte espontáneo, etc., así como la forma en que se realizó la ministración. De igual manera, la organización

administrativa, el exceso de trabajo, la falta de fluidez de recursos económicos para la adquisición de los medicamentos o dispositivos necesarios, problemas para su almacenaje y su distribución institucional, son aspectos que pueden identificarse como causas para una ministración incorrecta.

Se observó que el 55% de los registros están en la categoría de “regulares”, lo que contraviene con relación directa a la seguridad del paciente, de manera que se está dejando a un lado las obligaciones ético-legales a las que están sometidos los prestadores de servicios médicos, como son a integrar y conservar el expediente clínico, tales implicaciones abarcan a los establecimientos donde prestan servicios de salud independientemente a la forma en son contratados, ya que desde el ángulo jurídico es un instrumento probatorio que tiene por objeto acreditar la atención médica a un paciente. (Mazón 2009).

VII. Conclusiones

La NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, indica las variables de enfermería que deben registrarse en forma obligatoria. Su cumplimiento es un factor relevante para asegurar la calidad de la atención médica así como la seguridad de los pacientes. El presente estudio logró identificar algunas desviaciones que se presentan en un instituto nacional de salud y que pudieran estar presentes en otros del mismo nivel. El cual indicó, diferencias de cumplimiento por servicio, donde se observó que, servicios en donde el paciente permanece por una corta estancia, tienen mayor recurrencia de omisiones, tal es el caso de urgencias y urgencias hospitalización, mientras que servicios con mayor rango de estancia hospitalaria como lo es Oncología, Neurología e Infectología, siguen un mejor índice de cumplimiento a las normas establecidas.

Al comparar lo que indica la NOM-168-SSA1-1998, con lo que comprende un Plan de cuidado de enfermería, aún se deja ver que la Norma es vaga, pues no contempla

oficialmente el juicio crítico profesional de enfermería, en cuanto, al manejo de diagnósticos enfermeros, así como la implementación de intervenciones independientes, dependientes e interdependientes, que forman el proceso de atención de enfermería.

Asimismo, puede desprenderse de la información obtenida, que es necesario extender estudios a hospitales de segundo nivel, con el fin de identificar fallas en estos registros y que pudieran representar amenazas para los pacientes.

Por otra parte, resulta necesaria la implementación de estrategias educativas específicas para mejorar los registros de enfermería, mediante cursos, conferencias que busquen capacitar al personal, además de efectuar seguimiento del cumplimiento de los mismos, mediante estudios que permitan saber el cumplimiento de los estándares establecidos, de tal manera que se asegure la presencia de un estándar mínimo de calidad en que los aspectos éticos para que no sean obviados, homogenizando los conocimientos de los registros a nivel institucional, para garantizar la seguridad de la atención y desarrollando laboralmente la prevención, control y aseguramiento de la calidad en la atención de enfermería. Otro recurso disponible es el propio personal, quien fungiría como observador crítico al cambio de turno, donde, haría notar las omisiones en el registro y seguimiento del paciente que le parecieran convenientes.

Otra estrategia sería fortalecer los puntos positivos obtenidos, para mantener la calidad y capacitar al personal para superar las debilidades. Ya que gracias a esto se beneficiará a los profesionales de Enfermería contra posibles inconvenientes de tipo legal por lo escrito u omisión en los expedientes clínicos, ya que como anteriormente se trato esto tiene

altas repercusiones en la forma que la sociedad visualiza al profesional de enfermería.

Quedando claro que una buena actuación produciría un gran impacto en la imagen y profesionalización de enfermería.

VIII. Referencias Bibliográficas:

1. Ruiz Hontangas Antonio. Calidad en los Registros de Enfermería. Disponible en la dirección web: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php>, consultado el día 23 de Mayo de 2010.
2. Méndez Calixto Gabriela. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2001;9 (1-4): 11-17
3. Luz a. Martín AP, Dynewicz AM. Características de las anotaciones encontradas en auditoría. *Rev, Electr. Enf.[Internet]*. 2007; 9(2): 344-61. Disponible en la página web: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/v9n2a05.htm>, consultado el día 22 Julio de 2010.
4. Hernández Santos, C. E., *Factores que intervienen con el Cumplimiento de los registros de Enfermería en el hospital Juárez de México*, Julio 2008, UAM, México DF.
5. Corrales, D. Repercusiones de la Evolución de la Reforma de la Atención Primaria en el Papel de los Profesionales de Enfermería. *Atención Primaria*. 1996. Disponible en la página web: scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213...script, consultado el día 30 Julio de 2010.
6. Soto Verchér Mónica. Registros de Enfermería: Normas Legales (primera parte). Disponible en la página web: www.fuden.es/FICHEROS.../PROTOCOLO/PDF_protocolo28.pdf, consultado el 20 de Mayo del 2010.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de diciembre de 1998.
8. Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
10. Cibanal Luis. Importancia de una buena observación para una comunicación adecuada. Disponible en la página web: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_tecnic_comunicac_2.htm, consultado el día 20-May-2010
11. I. Castro M. Gámez. Historia Clínica. Disponible en la página web: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fttomo1/cap22.pdf>, consultado el día 20-May-2010.
12. Manual de Procedimientos. Técnico Administrativas de los Servicios, de Enfermería, IMSS, Capítulo 16, Pág. 155-157.
13. Mason Elizabeth J. "Normas de calidad de Enfermería", Editorial Doyma, 2a edición, Barcelona España, 1988.
14. Reyes Gómez Eva. Fundamentos de Enfermería, 3ª ed, Ed. Manual Moderno, México, D.F. 2005, p. 249-253.
15. García Ramírez Silvia, Navío Marco Ana María, Valentín Morganizo Laura. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. *Revista Científica de Enfermería*. Disponible en la página web: http://www.fuden.es/protocolos_obj.cfm?ID_PROTOCOLO=80, consultada el día: 20-May-2010.
16. Phaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. Un Sistema Integrado y Personalizado. Ed. Mc.Graw-Hill Interamericana. México.1999.
17. 1Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. Mosby. Madrid. 1996.
18. Hojas de registro de hospitalización Disponible en la página web: http://www.macmillanprofesional.es/fileadmin/files/online_files/profesional/enfermeria/imagenes%20y%20archivos%20CAE/TBE08p176-191.pdf, consultado el día 23 de Septiembre de 2010.
19. Guillén Ayala, José. Oportunidad en la mejora de recogida de datos en la Hoja de Enfermería Asistencial. *Revista de Enfermería Global*. No.18, Febrero 2010, página 1-7. Disponible en la página web: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/administracion4.pdf>, consultado el día 23 Septiembre de 2010.
20. Larrabe JH, Baldereghini S, Elder-Sorrelies K, Turner Z, Wender R, Hart J, Lenzi PS. Evaluation of documentation before and after implementation of a nursing information system in acute care hospital. *Computers, Informatics, Nursing*, 2001; 19(3): 56

21. Murphy Ch, Maynard M, Morgan G. Pretest and posttest attitudes of nursing personnel toward a patient care information system. *Computers in Nursing*. 1994; 12 (5): 239-244
22. Alegría-Capel A., Ruíz-Lopez FJ, Hernández-Pérez F, Alemán-Alemám M, Barcia-Planes MA, Bernal-Valverde I. Registros de Enfermería en UCI. *Enfermería Global*. [Internet]. 2003 (2). Available from: <http://www.um.es/eglobal/>
23. González SJ, Cosgaya OG, Simón MJ. Bles AIM. Registros de Enfermería: convencional frente a informatizado. *Unidad de Cuidados Críticos. Enferm. Intensiva*. 2004; 15 (2): 53-62.
24. Ruiz A, Calidad en los Registros de Enfermería, Conferencia Escuela de Enfermería de la Universidad Cardenal Herrera CEU de Valencia, España.
25. Currel R, Urquhart C. Sistema de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: la biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The CochraneLibrary, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Willey & SONS, Ltd), consultado el día 25 Mayo de 2010.
26. De pedro J, Zaforteza C. No más estudios sobre registros de enfermería: ¿hay resultados en términos de salud?. *Evidentia* 2005 sep-dic; 2 (6). En <http://www.idx-f.com/evidentia/n6/147.php>, consultado el día 25 Mayo de 2010.
27. Griffiths J. Hutchings W. The wider implication of fan audit.. Of care plan documentation. *J Clin Nurs*. 1999; 8 57-65, consultado el día 25 Mayo de 2010.
28. Admenson L. Tewes M. Discrepancy between patients' perspectives, staff's documentation and reflections on basic nursing care. *Scand J Caring Sci*. 2000;12:120-129
29. Bjoarn A. Quality in care and research [Editorial]. *Scand J Caring Sci*. 2004; 18: 237-238
30. Palacios GR, Bejuca MA, Bejuca MM, Sálces SE. De la teoría a la práctica: registros para el cuidado del paciente renal. *Enfermería Global*. 2004. [en red]. Disponible en: www.um.es/eglobal/, consultado el día 25 Mayo de 2010.
31. Simón-García MJ et al. Efectividad de un programa de la calidad de los registros enfermeros en Ginecología y obstetricia. *Enfermería Clínica*. 2006: 15 (6): 300-5.
32. Higuchi KA, Dulberg C, Duff V. Factors associated with nursing diagnosis utilization in Canada. *Nurs Diagn* 1999; 10 (4):137-47
33. Derechos de las enfermeras y los enfermeros. Disponible en la página web: http://www.nl.gob.mx/?P=c:_arbitraje_denfermeras. Consultado el día 23 de Septiembre de 2010.
34. Carta de los derechos del paciente. Disponible en la página web: <http://www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/&destino=cartapacientes.php&seccion=22>, Consultado el día 25 de Septiembre de 2010.

IX. Anexos

4.10 Nivel de cumplimiento de la NOM 168 SSA1-1998 por el personal de enfermería que realiza los registros clínicos en el Instituto Nacional de Pediatría

Objetivo: Identificar el nivel de apego a los lineamientos establecidos para la integración de registros clínicos de enfermería.

Folio: _____ Servicio: _____ No. de Expediente: _____ Turno: _____

Categoría: _____ No. de pacientes asignados: _____ Experiencia laboral: _____

I. Generalidades:	SI	NO	D. Procedimientos realizados	SI	NO
1. Nombre completo del paciente			29. Registro de intervenciones		
2. Edad			E. Observaciones	SI	NO
3. Sexo			30. Evolución del estado de salud del paciente		
4. No. de Cama					
5. No. de Expediente					
6. Fecha					
7. Nombre completo de quién elabora					
8. Firma de quién elabora					
9. Lenguaje técnico médico					
10. Sin abreviaturas					
11. Letra legible					
12. Sin enmendaduras					
13. Sin tachaduras					
14. Se conserva en buen estado					
II. HOJA DE ENFERMERÍA					
A. Habitus exterior	SI	NO			
15. Faciess					
16. Actitud					
17. Estado de la Marcha					
18. Constitución					
19. Movimientos anormales					
20. Estado de conciencia					
B. Signos Vitales	SI	NO			
21. Temperatura					
22. Frecuencia Respiratoria					
23. Frecuencia Cardíaca					
24. Tensión Arterial					
C. Ministración de medicamentos	SI	NO			
25. Nombre del Medicamento					
26. Hora					
27. Dosis					
28. Vía					

