



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE LOS
REGISTROS CLÍNICOS DE LA ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA DEL ADULTO CON DOLOR ORTOPÉDICO
POSTOPERATORIO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA
(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)**

PRESENTA

**L. E. O. MARIBEL VILICAÑA LÓPEZ
(Becaria del proyecto PAPIIT IN307708)**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LAURA MORÁN PEÑA

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE, 2012



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 **25 de mayo 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) de la alumna **MARIBEL VILICAÑA LÓPEZ** con número de cuenta **9604374-3**, con la tesis titulada:

“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL ADULTO CON DOLOR ORTOPÉDICO POSTOPERATORIO”.

bajo la dirección del(a) **Doctora Laura Morán Peña**

Presidente : **Doctora Ana María Lara Barrón**
Vocal : **Doctora Laura Morán Peña**
Secretario : **Doctora María Susana González Velázquez**
Suplente : **Maestra Rosa Amarilis Zarate Grajales**
Suplente : **Doctor Juan Pineda Olvera**

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 6 de agosto del 2012.


MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

PROGRAMA DE MAESTRÍA
EN ENFERMERÍA

C.c.p. Expediente del interesado
C.c.p. Ibeth Ramos Control Escolar

JEG-F6

DR. MANUEL ENRIQUE VÁZQUEZ VALDÉS
Coordinador de la Unidad de Administración
del Posgrado
Presente:

Me permito informar a usted a través del presente que el Comité Académico del Programa de Maestría en Enfermería, autorizó a la **LIC. EN ENF. MARIBEL VILICAÑA LÓPEZ con No. de Cuenta 9604374-3** prorroga por 6 meses a partir de esta fecha, para presentar el examen de grado de la **Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería)** con base en lo estipulado en el artículo 11 del título I del Reglamento General de Estudios de Posgrado.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ MI ESPÍRITU"
México D. F., a 6 de agosto del 2012.



MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



Agradecimientos

En primer lugar otorgo el mayor reconocimiento a mis padres por haberme dado la vida, pero sobre todo por las enseñanzas brindadas a través de su ejemplo de lucha, trabajo y honestidad, gracias al cual he logrado cada una de mis metas.

Sin lugar a dudas la máxima casa de estudios del país merece toda mi gratitud por haberme permitido crecer en sus aulas, por brindarme la oportunidad de aprender de sus docentes, de convivir con mis compañeros, pero sobre todo por fomentar el desarrollo humano que complementa mi formación politécnica.

Es también necesario emitir mi reconocimiento y gratitud a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) de la UNAM por la oportunidad de ser becaria del proyecto PAPIIT IN307708 durante el año 2009, bajo la responsabilidad de la Dra. Laura Morán Peña, pues durante ese periodo tuve experiencias de aprendizaje con el equipo de investigación y en la organización de eventos académicos.

La esfera laboral es sin duda una de las que ocupa el mayor tiempo de la vida económicamente activa de cualquier ser humano, por lo tanto es necesario expresar una enorme gratitud al Instituto Nacional de Rehabilitación, por permitir la realización de esta investigación, pero sobre todo a mis colegas del Turno Nocturno por las facilidades prestadas en la aplicación del instrumento y por su gran compromiso con la enfermería.

Finalmente todo mi reconocimiento a mi tutora, Dra. Laura Morán Peña, por sus valiosas enseñanzas y apoyo durante el desarrollo de la tesis; a los docentes que me brindaron asesoría metodológica durante el periodo académico de la maestría, en especial al Dr. Víctor Manuel Manuel Mendoza y a la Dra. Mayte Vallejo; sin olvidar el apoyo académico y moral de mi compañera y amiga ME Sandra Hernández Corral.

Un especial reconocimiento al grupo de los cinco fantásticos: Dulce, José, Azucena y Cecilia por vivir junto a mí la gran aventura académica que significó cursar la maestría ¡Gracias amigos!



Contenido

RESUMEN	5
ABSTRACT	7
I) Introducción	9
II) Marco Teórico	12
2.1 Revisión de la literatura	12
2.2 La Calidad de los Servicios de Salud	15
2.2.1 NOM 168 SSA1-1998	15
2.2.2 Decálogo del Código de Ética para las enfermeras(os) en México	16
2.2.3 Código de Ética para las enfermeras y los enfermeros	18
2.3 El Proceso de Atención de Enfermería y las Habilidades de Razonamiento Clínico su presencia en los registros clínicos de enfermería	23
2.3.1 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	23
2.3.2 Habilidades de Razonamiento Clínico (HRC)	24
2.3.2.1 Elementos del razonamiento clínico	25
2.3.3 Pensamiento Crítico	26
2.3.3.1 Habilidades del pensamiento crítico: <i>Scheffer y Rubenfeld</i>	26
2.3.3.2 Habilidades de pensamiento crítico: el reporte <i>Delphy</i>	27
2.3.3.3 Habilidades de pensamiento crítico cognitivo	28
2.4 Los estilos de toma de decisión en los registros clínicos de enfermería	30
2.4.1 Definición	30
2.4.2 Etapas de la toma de decisiones	30
2.4.3 Proceso de toma de decisiones	33
2.4.4 Pasos de la toma de decisiones	34
2.4.5 Estilos de toma de decisión	36



2.5 Los registros clínicos de enfermería en la atención del adulto con dolor ortopédico postoperatorio	37
III) Esquema de investigación	41
3.1 Planteamiento del problema	42
3.2 Hipótesis	44
3.3 Objetivos	45
3.3.1 Objetivo General	45
3.3.2 Objetivos específicos	45
IV) Material y métodos	46
4.1 Tipo de estudio y universo de estudio	46
4.2 Variables de estudio	46
4.3 Técnicas para la obtención de datos	46
4.4 Análisis estadístico	47
4.5 Definición operacional de las variables	47
4.5.1 Variable dependiente: Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería	47
4.5.2 Variable independiente: Factores Académicos	48
4.5.3 Variable independiente: Factores Personales	48
4.5.4 Variable independiente: Factores Laborales	49
4.5.5 Variable independiente: Estilos de Toma de Decisión	50
4.6 Consideraciones éticas	51
V) Resultados	52
5.1 Exploración de los datos	52
5.2 Caracterización de la muestra	52
5.3 Factores personales	53
5.4 Factores académicos	54
5.5 Factores laborales	55



5.6 Calidad del registro clínico de enfermería	57
5.7 Cuadros de resultados	58
5.8 Figuras de los resultados	66
VI) Discusión	73
6.1 Factores personales	73
6.2 Factores académicos	74
6.3 Factores laborales	77
6.4 Calidad de los registros clínicos de enfermería	78
VII) Conclusiones	82
VIII) Limitantes del estudio	85
Sugerencias	86
Referencias bibliográficas	88
Bibliografía consultada	93
ANEXOS	96
Anexo 1: Instrumento de medición	97
Anexo 2: Matriz de recolección	106
Anexo 3: Respuestas ideales del instrumento sección A	107
Anexo 4: Respuestas del instrumento mapa de enunciados	108
Anexo 5: Puntuación del mapa de enunciados	109
Anexo 6: Resultados del indicador del dolor INR 2008	110
Anexo 7: Modelo Dreyfus de Patricia Benner	111
Anexo 8: Formato de Registros Clínicos de Enfermería (INR)	112



RESUMEN

Antecedentes: el cuidado de enfermería cobra relevancia en problemáticas sanitarias de alto impacto, como el control del dolor, ya que éste determina la percepción de la calidad de los servicios en los usuarios. Su atención es puesta en práctica mediante el Proceso de Atención de Enfermería y plasmada en el expediente a través de los registros clínicos de enfermería, éstos deben evidenciar el control del dolor. Es claro que en este proceso existen factores que influyen en su calidad, y estos son de índole académica, personal y laboral.

Objetivos: analizar la influencia de los factores académicos, personales y laborales en la calidad del registro clínico de enfermería.

Material y métodos: estudio transversal, descriptivo, comparativo, realizado a 90 enfermeras y 90 hojas de registros clínicos de enfermería de los tres turnos, del área de hospitalización-ortopedia, excluyendo áreas pediátricas, auxiliares de enfermería, pasantes y estudiantes de enfermería. Las variables de estudio incluyen tres grandes grupos de factores que intervienen en la calidad de los registros clínicos de enfermería: los académicos (escuela de procedencia, nivel académico y habilidades de razonamiento clínico), los personales (edad, estado civil, número de hijos y estilos de toma de decisión) y los laborales (turno, servicio, antigüedad laboral, antigüedad en el servicio, segundo empleo y tipo de nombramiento), éstas fueron medidas a través de los instrumentos para medir Habilidades de Razonamiento Clínico Valades y Moran (2005), el de Maciá y Barbero (1993) que mide Estilos de Toma de Decisión y finalmente la matriz de recolección de los registros clínicos de enfermería. El análisis de resultados se realizó mediante el programa SPSS versión 17 y a través de estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: El cumplimiento en la calidad del registro clínico general es del 74.1%. Las variables que demostraron influencia en la calidad del registro clínico, por su significancia estadística fueron: **factores personales;** las enfermeras más jóvenes, 26 a 30 años, tuvieron mayor puntaje en la nota de enfermería (1.56 de 5 posibles) versus las de 36 a 40 el más bajo (0.50); los estilos positivos presentaron mayor puntaje en la nota de enfermería (1.15 de 5 posibles) y en la calificación del registro clínico (12.88 de 20 posibles) versus estilos regulares con puntuación más baja en ambos casos (0.58 y 11.72).

Factores académicos: las enfermeras de escuelas de origen universitario presentan mayor calidad en sus registros (12.82 de 20 posibles) al ser comparadas con las no universitarias (11.11); nivel técnico obtuvo menor calidad de registro (35.41 de 60 posibles) y



la especialidad de posgrado mayor calidad (40.22). La calidad del registro fue mayor en enfermeras con nivel bajo de Habilidades de Razonamiento Clínico (38.69 de 60 posibles) que en el nivel alto (35.33), también obtenido en el Conocimiento Declarativo, nivel bajo (37.43 de 60 posibles) versus nivel alto (35.31).

Factores laborales: el turno con menor calidad en el registro fue el nocturno A (9.93 de 20 posibles) el de mayor calidad el matutino (12.74). Las enfermeras con mayor antigüedad en el servicio realizan registros con más calidad (12.44 versus 11.82 de 20 posibles). El servicio de la enfermera influye en la calidad del registro por la frecuencia de intervenciones necesarias para el control del dolor (12.85 versus 11.38 de 20 posibles).

Conclusiones: todos los factores demostraron tener influencia en la calidad del registro, siendo lo más destacable la relación inversamente proporcional entre calidad del registro y Habilidades de razonamiento clínico lo que refleja una pobre vinculación de la teoría con la práctica.



ABSTRACT

Title: Factors influencing the quality of the clinical records of nursing care to the adult with postoperative orthopedic pain

Background: nursing care becomes important in issues of high impact, such as pain control, since this determines the perception of the quality of services to users. Your attention is put into practice through the nursing process of care and embodied in the file through the clinical nursing records, these must demonstrate control of pain. It is clear that in this process there are factors affecting its quality, and these are academic, personal and labour.

Objectives: analyze the influence of occupational, personal and academic factors in the clinical nursing record quality.

Material and methods: descriptive, comparative, transverse study 90 nurses and 90 sheets of clinical records of nursing of the three shifts, the hospitalizacion - ortopedia area, excluding areas paediatric, auxiliary nurses, interns and nursing students. The variables of study include three groups of factors that contribute to the quality of the clinical records of Nursing: academics (School of origin, academic and clinical reasoning skills), personal (age, marital status, number of children and decision making styles) and the labour (shift, service, seniority, seniority in service, second job and type of appointment), these were measured through the instruments to measure skills of reasoning clinical Valadés and Moran (2005), Macià and Barber (1993) measured Decision making styles and finally the array of clinical nursing records collection. The analysis of results was carried out using the SPSS version 17 program and through descriptive and inferential statistics.

Results: compliance with the quality of general clinical registry is the 74.1%. The variables that showed influence on the quality of the clinical record, by their statistical significance were: personal factors; the younger nurses, 26 to 30 years old, your - saw higher score in the note of nursing (possible 5 1.56) versus 36 to 40 low (0.50); positive styles presented higher score in the note of nursing (possible 5 1.15) and in the qualification of the record (12.88 possible 20) clinical versus regular styles with lowest score in both cases (0.58 and 11.72). Academic factors: nurses in schools of University origin have higher quality in their records (12.82 possible 20) to be compared with the non-University (11.11); technical level was lower quality recording (35.41 possible 60) and the specialty of higher quality (40.22) graduate. The quality of the registration was greater in nurses with level low skills of



reasoning clinical (possible 60 38.69) that high level (35.33), also obtained in the declarative knowledge, low-level (possible 60 37.43) versus high level (35.31).

Labour factors: the turn with lower quality in the register was the night (9.93 possible 20) the higher quality of the morning (12.74). Nurses with more seniority in the service made records with higher quality (12.44 versus possible 20 11.82). Nurse service influences the quality of the register by the frequency of necessary interventions for the control of pain (12.85 versus possible 20 11.38).

Conclusions: all factors proved to have influence on the quality of the register, the most notable being the inversely proportional relationship between quality of the registry and clinical reasoning skills reflecting a poor linking theory with practice.

Key words: clinical nursing, pain, quality registration



Introducción

La calidad de los servicios de salud ha sido una preocupación internacional y en nuestro país tiene su origen en el siglo pasado: 1980, con la implementación de procesos de mejora continua en instituciones públicas como el IMSS. En años recientes se da inicio al proceso de gestión de la calidad institucional a través de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, donde se incluye la evaluación de la atención de enfermería con la medición de forma inicial de tres indicadores del cuidado: trato digno de enfermería, control de venoclisis instaladas y prevención de caídas.

No obstante, un elemento vital para medir la calidad de la atención de enfermería es el registro clínico, pues debiera reflejar su actividad profesional y ofrecer la oportunidad de ser plasmada durante las 24 horas del día, ventaja que ha sido ignorada, no solo por el equipo interdisciplinario de salud sino por la misma enfermera. Actitud que denota falta de profesionalismo, y debe ser erradicada a partir del uso del Proceso de Atención de Enfermería en la sistematización del registro o documentación del mismo y del estudio de los factores que afectan la calidad de éste.

El dolor, considerado el quinto signo vital por la IASP*, además de ser un elemento clave en la percepción de la calidad de la atención brindada, desde la perspectiva del paciente, representa un parámetro ideal para analizar los factores que influyen en la calidad del registro clínico de enfermería.

Por lo que se seleccionó una institución en la que la presencia del dolor sea cotidiano y un problema esperado en la atención de pacientes, tal es el caso de la especialidad de ortopedia, por su naturaleza lesiva desde el inicio de los padecimientos agudos, como fracturas y luxaciones; no sin obviar los padecimientos de origen crónico propios de las grandes articulaciones, como las del hombro, rodilla y cadera; además de los padecimientos agudos y crónicos que afectan la columna vertebral. Sin olvidar que el tratamiento mismo, cien por ciento quirúrgico, origina el dolor de forma aguda.

**International Association of Study of Pain* (Asociación Internacional para el estudio del Dolor)



El estudio se realizó en las áreas de hospitalización, ya que las unidades de análisis fueron las enfermeras de dichos servicios, así como los registros clínicos realizados por las mismas. La recolección de datos se llevó a cabo al día siguiente de la cirugía, con la finalidad de obtener datos acerca del dolor ortopédico postoperatorio en el adulto.

Después de haber revisado el estado del arte se decide incluir tres grandes grupos de factores que intervienen en la calidad de los registros clínicos realizados por las enfermeras: los académicos (escuela de procedencia, nivel académico y habilidades de razonamiento clínico), los personales (edad, estado civil, número de hijos y estilos de toma de decisión) y los laborales (turno, servicio, antigüedad laboral, antigüedad en el servicio, segundo empleo y tipo de nombramiento).

Los resultados obtenidos a partir de la variable dependiente: calidad de los registros clínicos de enfermería en contraste con los factores académicos, personales y laborales muestran una realidad que es digna de seguimiento, pues aun cuando se apostó por los factores personales y académicos como los que presentan mayor influencia, se encontró que los factores laborales presentan influencia en la calidad del registro clínico de enfermería, empezando por el turno, el servicio, el tipo de nombramiento y la antigüedad en el servicio.

Siendo un hallazgo relevante la influencia positiva de los factores académicos como escuela de procedencia, nivel académico y habilidades de razonamiento clínico. Su relevancia estriba en la posibilidad de mejorar las habilidades y aptitudes del profesional de enfermería en el área docente, a través de los planes y programas de estudio, reforzando el desarrollo gradual de las habilidades de pensamiento crítico.

Sin embargo no fue así con los factores personales, los cuales solo presentaron influencia positiva en apartados específicos del registro: la nota de enfermería y la calificación del registro, no así en la calidad global del mismo. En este grupo de variables se encontró que aun con los hallazgos presentados resulta difícil cambiar los estilos de toma de decisión, pues son resultado de la personalidad del profesional de enfermería, aunque si se pueden modificar mediante la capacitación, pues el acceso a la información, su



organización y utilización pueden reforzar los estilos de decisión de regulares a positivos, ya que no hubo presencia de estilos negativos en esta investigación.

Finalmente se contrastan los resultados encontrados con otros estudios que abordan la temática de manera similar, con la finalidad de aportar elementos que puedan ser de utilidad para los diferentes escenarios de la enfermería. Pudiendo encontrar que los avances de la profesión en México son considerables, pues el uso del PAE es una iniciativa nacional para estandarizar la atención de enfermería, y que dicha iniciativa ha demostrado representar mejoría en la calidad del registro clínico de enfermería al sistematizar el formato de registro mediante las fases del PAE, lo cual se hizo evidente al contrastar los resultados del indicador del dolor en la institución sede con los de la presente investigación, ya que el formato del registro que incluye las fases del PAE se comienza a implementar en marzo de 2009.

Para concluir la redacción final del proyecto se incluyen las perspectivas generadas a lo largo de la investigación, ya que el recorrido de la búsqueda, recolección, procesamiento y redacción deja cambios sustanciales en el investigador, en lo referente a los registros clínicos de enfermería, a la evaluación del dolor y sobre todo en lo referente a los factores que influyen en la calidad del registro clínico; ya que el conocimiento genera cambios positivos y permite revalorar el autoconcepto profesional.



II) Marco Teórico

El registro clínico de enfermería en la atención del adulto con dolor representa un reto para la gestión actual de enfermería, por lo que para iniciar cualquier tipo de investigación es necesario tener los referentes a nivel nacional e internacional, los cuales guiaron la investigación, en lo relativo a la pregunta de investigación, la hipótesis y los objetivos. Dicha búsqueda proporcionó los siguientes resultados, presentando solo los de mayor impacto.

2.1 Revisión de la literatura

País/ año	Autor	Título	Objetivo	Resultados	Sujetos de estudio
México 1994 IMSS	Aguirre Gas-HG ¹	Evaluación de la calidad de la atención médica ¿una tarea para médicos?	Determinar de quién es la responsabilidad de las auditorías médicas	La evaluación de la atención de la salud ha tenido éxito en el manejo de expedientes clínicos, En 1982 se anexa la evaluación de los registros de enfermería con grandes mejoras en 1985 y 1994. Las auditorías médicas son responsabilidad del profesional de la salud	Artículo Editorial
México 2001 SSA	Méndez CG y Cols. ²	La trascendencia del registro de enfermería en el expediente clínico	Determinar la trascendencia de los registros de enfermería	Enfermería identifica el concepto de expediente clínico, no así su importancia dentro del mismo. Concordancia del registro con el nivel de conocimientos.	62 enfermeras
Suecia 2002	Idvall E y Ehrenberg A ³	Documentación de enfermería del tratamiento del dolor postoperatorio	Determinar el cumplimiento del registro clínico de enfermería en la atención del dolor	73% de enfermeras informó y documento conforme a la norma. El dolor fue documentado solo en el 50%. Menos del 10% reflejan el uso sistemático de escalas de medición para el dolor. Fallas significativas en el registro de enfermería en el tratamiento del dolor postoperatorio	172 Registros 63 Enfermeras
Reyno Unido 2003	Currel R, Urquhart ⁴ Revisión Sistemática	Sistemas de registros de enfermería: efectos sobre la práctica de enfermería y resultados en la asistencia sanitaria	Evaluar los efectos de los sistemas de registros de enfermería sobre la práctica y los resultados en los pacientes	Efectos positivos sobre la intensidad del dolor en niños. Algunos beneficios administrativos por la menor pérdida de notas.	1407 Registros
México 2007	Fonseca- Niño EE ⁵	Factores asociados con la intensidad del dolor en el paciente postoperado hospitalizado	Determinar la asociación entre la intensidad del dolor reportado con algunas características del paciente y del personal de enfermería	Alta proporción de pacientes con dolor postoperatorio de moderado a severo durante las primeras 24 horas, en donde el sexo femenino presentó mayor intensidad, también se encontró asociación entre la intensidad del dolor promedio experimentado con el número de pacientes por enfermera en las 1 ^{as} 24 hrs.	231 Enfermeras



País/año	Autor	Título	Objetivo	Resultados	Sujetos de estudio
México 2007	González-Aguirre RM ⁶	Valoración y documentación de Enfermería del manejo del dolor en el periodo postoperatorio	Identificar la presencia, intensidad y localización del dolor por turno, en pacientes durante el periodo postoperatorio, así como su documentación en la hoja de enfermería	90% de pacientes presentó dolor, predominando el dolor moderado en los 3 turnos, el severo predominó en el vespertino y nocturno; la localización del dolor fue en herida quirúrgica (46%). El 97% de las notas no tenían registrada la presencia del dolor y el 95% no registran intervenciones farmacológicas. El 100% de las notas carecían de documentación de la valoración del dolor.	207 Enfermeras 621 Registros
Iran 2008	Rejeh N Ahmadi F Mohammadi E, Anoosheh M, Kazemnejad A ⁷	Obstáculos y facilitadores de la gestión del dolor postoperatorio en la enfermería de Iran: un estudio cualitativo	Identificar cuáles son los obstáculos y facilitadores en la gestión del dolor postoperatorio	Factores que han entorpecido o facilitado el manejo del dolor postoperatorio: barreras; falta de poder, políticas y normas de la organización, tiempo, comunicación e interrupción de las actividades relacionadas con el dolor. Facilitadores: relación enfermera paciente, responsabilidad, relación de colega con el médico, conocimiento y competencias de la enfermera	26 Enfermeras
España 2008	Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez Guerrero JC, Gil M ⁸	Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes	Determinar la relación de la prevalencia del dolor con la satisfacción del paciente	El control del dolor determina la percepción de la calidad de los pacientes. El dolor presenta dos características contradictorias: requiere de tratamiento rápido y eficaz, pero es imposible erradicar la causa que lo provoca	388 Pacientes
México 2009 IMSS	González MCI ⁹	Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería	Conocer que factores influyen en el personal de enfermería para realizar el llenado del formato de origen	Principal factor la carga de trabajo (49%), Falta de unificación de criterios (25%), Espacio insuficiente (16%) y la falta de conocimiento (10%), En la opinión de la enfermera	208 Enfermeras
México 2011 SSA	Torres Santiago M ¹⁰	Calidad de los registros clínicos de enfermería: continuidad del cuidado y seguridad del paciente	Evaluar el grado de calidad de los registros clínicos de enfermería y su relación con la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente	Calidad general del registro 72%, calidad en la dimensión de estructura 83.90%, dimensión en continuidad del cuidado 61.35%, dimensión seguridad del paciente 60.50%, nivel académico (auxiliar), turno (nocturno) con menor puntaje; mayor calidad del registro a menor antigüedad laboral.	423 Registros

El panorama internacional muestra una creciente preocupación por la realización profesional de los registros clínicos de enfermería, intentando resaltar su calidad, relevancia, utilidad y cumplimiento de la normatividad. Sin embargo, no han sido evaluados completamente los factores que influyen en la realización de los mismos a partir de instrumentos que evalúen sus habilidades de razonamiento clínico ni los estilos de toma de decisión.



La realización del análisis de la información obtenida nos permitirá implementar estrategias propias de la enfermería que nos lleven a mejorar la calidad de la atención y a documentar la realización del cuidado, con el fin de hacerlo tangible y posibilitar programas de mejora fundamentados en la realidad manifestada a través de los registros. De esta manera contribuiremos a las políticas de calidad vigentes y aportaremos elementos clave para estrategias que mejoren la calidad del cuidado.

De igual forma se aportan elementos al escenario de la docencia en enfermería, ya que al analizar los Estilos de Toma de Decisión (ETD) y las Habilidades de Razonamiento Clínico (HRC) en profesionales de salud se pueden comparar con los resultados obtenidos con estudiantes con el objeto de evaluar posibles cambios con la práctica profesional debido a la evolución del profesional y la aplicación de los conocimientos de forma cotidiana, con lo cual se pueden implementar estrategias futuras en la enseñanza de la disciplina enfermera con las nuevas generaciones que puedan mejorar las HRC y modificar los ETD al vincular la teoría con la práctica.



2.2 La Calidad de los Servicios de Salud

La globalización económica ha permeado la implementación de políticas de salud encaminadas hacia la Gestión de la Calidad, implicando el hacer más con menos,¹¹ tradicionalmente interpretado como la eliminación del elemento más costoso: el recurso humano.

Contrario a lo anterior, en la atención a la salud el principal pilar es el recurso humano ya que es a través de él que los usuarios conocen y evalúan la calidad de la atención. Por ende es necesario conocer a fondo los procesos organizacionales en que participan los profesionales de la salud. Haciendo énfasis en los intangibles, quienes posicionan de manera positiva o negativa a la organización. Entendiendo que es solo a partir de la gestión del recurso humano que se puede lograr la eficiencia de las instituciones de salud, representada en este caso por la satisfacción de los usuarios.

Es por esto que la gestión de profesionales de la salud representa un reto mayor para los Sistemas de Gestión de la Calidad, ya que sus procesos afectan directamente a personas. Es decir, el desarrollo del profesional de la salud involucra valores, habilidades, capacidades, destrezas y motivaciones que afectan invariablemente su desempeño laboral, individual y social.¹²

En este sentido, la documentación debe ser objeto de la gestión, ya que ésta representa la oportunidad de retomar la información para la toma de decisiones, siempre encaminada hacia la mejora de los servicios de salud y hacia el logro de los objetivos institucionales. Con lo anterior se constata que los registros clínicos de enfermería representan información de primera mano, con lo cual se le otorga un alto valor por su relación con los elementos del Proceso de Atención de Enfermería en la práctica profesional de enfermería, vinculados directamente con las fases del PAE: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación, puesto que sin un buen registro clínico se resta calidad en la consecución de las fases y en el PAE mismo.

2.2.1 NOM 168 SSA1-1998

Siguiendo la misma lógica, la Secretaría de salud como eje rector del Sistema Nacional de Salud encabeza el proyecto de mejora en el manejo del expediente clínico, siempre basado en la **NOM 168 SSA1-1998**,¹³ en la cual se destaca la importancia de sistematizar,



homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico, el cual contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de problemas del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras, que constituyen una herramienta obligatoria para los sectores público y privado del Sistema Nacional de Salud.

Dicha normatividad ejemplifica las condiciones mínimas del registro de enfermería: se deberán elaborar por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberán contener como mínimo habitus exterior, gráfica de signos vitales, administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía, procedimientos realizados y observaciones. Dicha mención, además de ser breve es poco descriptiva acerca de las características con que debe cumplir el registro de enfermería por lo que se abordarán documentos de reciente creación, derivados de la profesionalización de enfermería: tales como el **CÓDIGO DE ÉTICA** para las enfermeras y enfermeros en México y el **DECÁLOGO** del código de ética.

2.2.2 Decálogo del Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México

En primer lugar mostraremos los principios del Decálogo del Código de Ética, solo en lo que se considera relacionado con los registros clínicos, el cual nos compromete a:

- Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño. (**PRINCIPIO 4**). El profesional de enfermería, como parte del equipo de salud, tiene la responsabilidad de dirigir los cuidados de enfermería hacia la resolución de necesidades de las personas que están a su cargo. Dicho objetivo solo se puede lograr mediante la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de la atención de enfermería, es decir a través del Proceso de Atención de Enfermería, lo cual requiere registrarse para poder dar seguimiento profesional a la atención de las personas.
- Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención del profesional de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud. (**PRINCIPIO 6**). La mejor forma para dar cumplimiento a este principio es a través del registro de las intervenciones de enfermería, los resultados obtenidos y la evaluación final al concluir el turno. Con lo cual se favorece un ambiente de



seguridad al prevenir la duplicidad de procedimientos, el seguimiento de la evolución del paciente y guiar las intervenciones en medicación o intervenciones mediante la dosis respuesta.

- Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería. (**PRINCIPIO 7**). La realización del registro de las intervenciones de enfermería permite compartir los resultados obtenidos en las intervenciones de enfermería con cada paciente, pudiendo estandarizar el cuidado por grupos de edad, patologías, respuesta psicológica, etcétera, con lo cual se contribuye al crecimiento de la disciplina.
- Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional. (**PRINCIPIO 8**). Los registros de enfermería deben reflejar los conocimientos aplicados para generar la difusión de los mismos y la curiosidad intelectual. ¹⁴

Para continuar con el marco legal de los registros clínicos de enfermería se consideran los apartados del Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México, que guardan relación con la elaboración de dichos registros. Tales apartados son:

LA DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS: la profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros. Para tales fines se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera. Para los fines de este trabajo los principios de mayor peso son:

VERACIDAD.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La



veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

El cumplimiento del principio de veracidad está íntimamente relacionado con la realización de los registros clínicos de enfermería, ya que se debe registrar las intervenciones realizadas, los resultados obtenidos y las repercusiones con su estado de salud en la hoja de registros clínicos de enfermería de cada institución, como parte del expediente clínico. El incumplimiento de este principio no solo implica una falta profesional y laboral, sino que hablamos de una falta legal que puede llegar a comprometer la salud de las personas.

CONFIABILIDAD.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas que atiende y a la comunidad.

El principio de confiabilidad es vital para el crecimiento de la disciplina, ya que permite que lo registrado por los profesionales de enfermería genere nuevas pautas de conocimiento en todas las áreas de aplicación del cuidado enfermero. Además de permitir la mejora en la práctica de procedimientos técnico científicos, a través del registro minucioso de la técnica y sus resultados.

2.2.3 Código de Ética para las enfermeras y los enfermeros

Finalmente el siguiente apartado es relevante para los registros clínicos de enfermería, en los siguientes capítulos del **Código de Ética**:

CAPÍTULO II. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS Artículo cuarto.- proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.



La mejor forma de proteger a la persona de una mala práctica es a través del registro de las intervenciones de enfermería y su relación con el padecimiento presentado.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Para prevenir riesgos es necesario llevar registro de los problemas de salud y su jerarquía, de esta manera se realizarán las acciones que tienen que ver con los riesgos de mayor impacto en la salud y de menor tiempo de aparición sin la debida intervención. De esta manera se previenen sistemáticamente los riesgos.

CAPÍTULO III. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo primero.- asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

La realización de los registros clínicos de enfermería permiten asumir la responsabilidad profesional en lo que se refiere a la realización del PAE, con lo cual se está acreditando como profesional, además de demostrar el alcance de sus conocimientos y de la disciplina en lo referente a la atención de la persona.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

La adecuada realización de los registros clínicos de enfermería permite favorecer un ambiente seguro en el trabajo, además de fortalecer la seguridad de las personas sujetas de la atención, pues al sentirse seguro el profesional de enfermería desempeña mejor su trabajo.

CAPÍTULO IV. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.



El paso inicial para compartir y difundir los conocimientos de cada profesional de enfermería es la realización veraz y confiable de los registros clínicos, ya que es a través de estos es que se da un seguimiento continuado del cuidado de enfermería y de la disciplina misma.

CAPÍTULO V. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN

Artículo vigésimotercero.- mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

La realización de registros de calidad permite el reconocimiento de colegas y de otros miembros del equipo de salud, ya que a partir de éstos se puede acelerar la recuperación total de las personas

Artículo vigésimo cuarto: contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.¹⁵

La investigación en cualquier disciplina es vital para su desarrollo y reconocimiento por parte de otros profesionales y de la sociedad.

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

Como podemos observar el marco ético y legal de la enfermería describe un ejercicio profesional en pro de la disciplina y a partir del rigor científico propio de una actividad profesionalizante que exige una metodología en la realización del informe de su desempeño, lo



cual nos debe llevar a una revisión actual del estado de los registros y los factores que influyen en su realización.

En el área asistencial los registros clínicos de enfermería son responsabilidad del profesional de enfermería en su labor asistencial, atendiendo necesidades y proporcionando cuidados a la población, sin los cuales no es posible evaluar la calidad del proceso de atención de enfermería.

Por lo que ha sido necesaria su definición conceptual para homogeneizar su realización, entonces tenemos que los registros de enfermería “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”¹⁶

En México los registros de enfermería son definidos como “el soporte documental donde queda plasmada la información sobre la actividad enfermera referente a una valoración, tratamiento y evolución de una persona concreta”¹⁷

La relevancia del registro estriba en su carácter versátil, ya que puede ser útil para la comunicación terapéutica interdisciplinaria de profesionales con responsabilidad en el proceso asistencial de las personas, permitiendo el seguimiento clínico de dicho proceso. Son también un elemento vital en la evaluación de procesos (auditoría), útiles también para la gestión de los servicios de enfermería como parte de un sistema de evaluación. Un buen registro de enfermería permite además la investigación en la disciplina y por lo tanto el desarrollo de la misma, cuya práctica profesional cuenta con un marco legal tendiente a perfeccionarse a partir de los esfuerzos de los profesionales que conforman la Comisión Permanente de Enfermería, quienes difunden y hacen las veces de voceros de los profesionales de enfermería de todo el territorio nacional.

El abordaje anterior de los registros clínicos de enfermería nos lleva a pensar que el cuidado de enfermería es un servicio intangible de alto impacto en las institución de salud, ya que es a través de él, y de su coordinación con el tratamiento interdisciplinario, que se lleva a los usuarios hacia la mejoría; por lo que la satisfacción del mismo depende de la atención brindada por dichos profesionales. Por lo tanto resulta vital para las organizaciones de salud, estudiar los procesos de control de dichos intangibles. Por lo que



entendemos que una sistematización en la documentación del cuidado puede representar una fortaleza para los profesionales de enfermería, y que la gestión de tales procesos puede influir en mejoras sustanciales en los Sistemas de Gestión de la Calidad, ya que un registro organizado, completo, conciso, preciso y sistematizado facilita el control de calidad mediante auditorías internas y externas exitosas.



2.3 El Proceso de Atención de Enfermería y las habilidades de razonamiento clínico, su presencia en los registros clínicos de enfermería

Los avances de la disciplina de enfermería han permitido sistematizar la forma en que se comunican sus profesionales, con la finalidad de transmitir datos importantes acerca de la persona enferma al equipo de salud que se encarga de su atención. Siendo uno de dichos avances teóricos el Método Enfermero, el cual abarca diferentes fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, con las cuales los profesionales de enfermería se permiten cierto grado de sistematización en la información diaria del cuidado.

2.3.1 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Dicha sistematización implica una estructura que plasme de forma sencilla las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), además de permitir un registro rápido para agilizar la atención de los usuarios. Siendo la única manera en que se puede informar la realización del cuidado el registro o documentación del PAE. La importancia del proceso enfermero radica en que sirve como modelo de pensamiento crítico, con lo que se promueve un nivel de cuidados competente al proporcionar una base para la toma de decisiones; además de apuntalar la mayoría de los modelos de cuidados. Entendiendo que el PAE es un método dirigido a resolver problemas y satisfacer necesidades de cuidado de las personas sujetas a la atención de enfermería en el transcurso del proceso de salud o de enfermedad, dentro o fuera de instituciones de salud. ^{18, 19, 20}

Según lo arriba descrito el PAE representa una herramienta para el pensamiento crítico, pues a través de sus 5 fases permite recoger, organizar, validar y registrar los datos del paciente (fase de valoración); analizar y sintetizar los datos (fase de diagnóstico); diseño del plan centrado en resultados, flexible en cuanto a persona y circunstancias, que promueva confort, funcionalidad e independencia, que proporcione un registro para monitoreo y comunicación efectiva (fase de planeación); realización y registro de las intervenciones de enfermería planificadas (fase de ejecución); finalmente determinar el grado de cumplimiento de los resultados, identificación de los factores que influyen de forma positiva o negativa en el logro de los objetivos, así como las oportunidades de mejora del proceso mismo (fase de evaluación). ^{19, 20}



Como podemos observar el registro de las actividades de cada fase del PAE es importante para concluir el proceso con éxito, por lo tanto la realización del registro clínico de enfermería está incluido en sus responsabilidades profesionales, teniendo que ver con actividades de investigación, educación y gestión del cuidado de pacientes.

El desarrollo del PAE es indispensable en las actividades diarias de la enfermería asistencial, para lo cual debemos tomar en cuenta que es un ciclo del pensamiento crítico que está presente en el diario devenir de la práctica profesional de enfermería, enfrentándolo al cuidado de personas con diferentes características culturales, morales, sociales, fisiológicas y patológicas, lo cual forzosamente lo lleva a ejercitar su capacidad de razonamiento clínico, donde se ponen en juego un sinnúmero de conocimientos y habilidades que deben ser llevadas a la práctica de forma eficaz y eficiente.

Con tal propósito, el de solventar y precisar las necesidades de cada paciente resulta indispensable establecer una serie de normas que en su conjunto están incluidas en el PAE. Para el desarrollo del mismo es necesario no olvidar que se trata de un proceso continuo integrado por diferentes fases ordenadas de manera lógica y consecutiva, cuyo objetivo principal es la adecuada planificación y ejecución de las intervenciones de enfermería, orientadas al bienestar de la persona.²¹ Es importante destacar que las fases del PAE pueden definirse y analizarse de manera independiente, pero en la práctica están íntimamente relacionadas, además de ser ininterrumpidas, lo cual hace indispensable el desarrollo de las Habilidades de Razonamiento Clínico en la puesta en práctica del mismo .

2.3.2 Habilidades de Razonamiento Clínico (HRC)

Por lo tanto, las habilidades de razonamiento clínico deben ser un elemento prioritario presente en todo profesional de enfermería, en sus actividades asistenciales, incluyendo el registro de las mismas, para lo cual es necesario conocer acerca de su conceptualización y componentes.

El Diccionario Manual de la Lengua Española define al razonamiento como una acción de pensar o relacionar ideas, un pensamiento o razones como medio de conocimiento. El razonamiento clínico es sinónimo de juicio clínico y razonamiento diagnóstico, en el área clínica se define como pensamiento crítico. El desarrollo del razonamiento clínico es un aspecto desafiante en el área de enfermería, es importante porque en el área clínica es



donde primero aprendemos a pensar como una enfermera en interacción con el paciente. Es un proceso que representa un reto ya que se tienen que tomar decisiones en poco tiempo y con frecuencia está acompañado de ansiedad y riesgo para el profesional de enfermería, más que otras situaciones.²²

El razonamiento clínico implica una serie de decisiones tales como las que a continuación se explican:

- Identificar datos esenciales indicativos de cambio agudo en problemas de salud.
- Diferenciar entre los problemas que requieren atención inmediata y los que requieren una acción posterior.
- Iniciar acciones independientes e interdependientes para corregir o minimizar los riesgos de salud.
- Saber porqué son apropiadas estas acciones.

2.3.2.1 Elementos del razonamiento clínico

En el pensamiento crítico los elementos del razonamiento son dimensiones esenciales que proporcionan una lógica general para razonar. Dichos elementos son:

- **Propósito u objetivo:** todo razonamiento tiene un propósito y requiere claridad, trascendencia, capacidad de logro y coherencia con el propósito u objetivo.
- **Problema o cuestión central:** todo razonamiento es un intento para resolver un problema, dar una explicación o contestar una pregunta. Para contestar a una pregunta o resolver un problema debe entenderse lo que se requiere. Se necesita claridad, importancia, relevancia y posibilidad de responder a la pregunta.
- **Punto de vista o marco de referencia:** todo razonamiento se realiza desde un punto de vista. Dicho razonamiento mejora si se buscan múltiples puntos de vista relevantes y si estos se articulan con claridad, destacándolos en forma lógica y equitativa, y aplicándolos de forma coherente y desapasionada.



- **Dimensión empírica:** un razonamiento es tan sólido como la evidencia en la que se basa. Dicha evidencia debe ser clara, relevante, precisa, adecuada, obtenida y comunicada de forma equilibrada y aplicada coherentemente.
- **Dimensión conceptual:** un razonamiento es tan relevante, claro y profundo como los conceptos que lo forman. Dichos conceptos deben ser claros, neutrales y relevantes.
- **Suposiciones:** todo razonamiento se basa en suposiciones. Un razonamiento es tan sólido como las suposiciones en las que se basa. Las asunciones deben ser claras, coherentes y justificables.
- **Implicaciones y consecuencias:** todo razonamiento posee implicaciones, consecuencias y dirección. Entender las implicaciones y las consecuencias es importante para razonar una decisión o aspecto. Debe considerarse claridad, plenitud, precisión, realidad e importancia de las implicaciones articuladas.
- **Deducciones y conclusiones:** todo razonamiento tiene deducciones mediante las que se describen las conclusiones y se explican los datos. Un razonamiento es tan sólido como lo son sus deducciones y conclusiones a las que se llega. Las deducciones deben ser claras y justificables. Las conclusiones deben ser coherentes, profundas y razonables.¹⁷

2.3.3 Pensamiento Crítico

En cambio el pensamiento crítico requiere de ciertas habilidades, las cuales han sido determinadas a través de algunos estudios de investigación.

2.3.3.1 Habilidades del pensamiento crítico según *Scheffer y Rubenfeld*

- **Analizar:** separar o partir el todo en partes para descubrir su naturaleza, función y relaciones.
- **Aplicar los estándares:** juzgar de acuerdo con las reglas o criterios personales, profesionales o sociales establecidos.
- **Discriminar:** reconocer las diferencias y similitudes entre cosas o situaciones y distinguirlas cuidadosamente según su categoría o rango.



- **Buscar información:** buscar evidencias, hechos o conocimientos identificando recursos relevantes y reuniendo a partir de esas fuentes datos objetivos, subjetivos, históricos y actuales.
- **Razonamiento lógico:** extraer inferencias o conclusiones que estén apoyadas o justificadas por las evidencias.
- **Predecir:** imaginar un plan y sus consecuencias
- **Transformar el conocimiento:** cambiar o convertir la condición, naturaleza, forma o función de los conceptos y contextos.
- **Interpretación:** categorizar, descodificar las frases y clarificar el significado de las mismas.²³

2.3.3.2 Habilidades de pensamiento crítico según la *American Philosophical association Delphi Report*:

- **Análisis:** examinar las ideas, identificar y analizar los argumentos.
- **Evaluación:** valorar las afirmaciones, valorar los argumentos.
- **Inferencias:** dudar de las evidencias, hacer conjeturas sobre las alternativas, extraer conclusiones.
- **Explicación:** establecer los resultados, justificar los procedimientos, presentar los argumentos.
- **Autorregulación:** autoexamen, autocorrección.²⁴

Las cuales tienen aplicación a la enfermería como a continuación se enumeran:

- **Interpretación:** en la recolección y sistematización de datos, en el uso de modelos para reconocer los datos (NANDA).
- **Análisis:** poner la mente abierta en la búsqueda de datos, sin dejarse guiar por las suposiciones.
- **Evaluación:** siempre a partir de observaciones objetivas y mediante el uso de criterios para los resultados obtenidos.



- **Inferencia:** confirmar hallazgos, realizar conclusiones y hacer uso de conocimientos para seleccionar estrategias de cuidado.
- **Explicación:** dar significancia e importancia a los hallazgos encontrados.
- **Autorregulación:** reflexionar sobre las experiencias e identificar cómo mejorar la propia actuación.

Las Habilidades de Razonamiento Clínico son representadas en los sistemas de conocimiento y éstas son aplicadas en la resolución de problemas. En el conocimiento declarativo se especifican los objetos, las propiedades y las relaciones generales, haciendo uso de los mecanismos generales de razonamiento ya descritos, por lo que se puede decir que es de tipo normativo.

El Pensamiento estratégico hace uso del conocimiento declarativo, manipulándolo en la búsqueda de decisiones y del momento de uso del mismo, en relación con los datos o antecedentes que se tengan para la toma de decisión, ya sean de origen local o global, lo que lo hace estratégico o táctico.

2.3.3.3 Habilidades de pensamiento crítico cognitivo

El pensamiento crítico es esencial para la práctica segura, competente y diestra de enfermería, ya que la rapidez de la generación de conocimientos en el área de la salud requiere de la adquisición de ciertas habilidades de pensamiento crítico.

Para lo cual es necesario saber que los procesos mentales complejos requieren de habilidades del pensamiento crítico cognitivo, tales como:

- **Análisis crítico:** determinación de la información esencial y descarte de la información superflua a partir de un conjunto de criterios relacionados con la idea central.
- **Cuestionamiento socrático:** técnica para buscar debajo de la superficie, reconocer y estudiar suposiciones, buscar inconsistencias, analizar múltiples puntos de vista y diferenciar lo que uno conoce de lo que uno simplemente cree. Los profesionales de enfermería deben utilizar el pensamiento socrático al recibir el turno, pues revisan la evolución y planifican o comentan la asistencia con los colegas.



- **Razonamiento inductivo:** se trata de generalizaciones hechas a partir de un conjunto de hechos u observaciones, que cuando se ven juntos sugieren una interpretación en particular. Pasando de una premisa inicial a una conclusión generalizada. Por ejemplo al reunir los signos y síntomas de un paciente podemos concluir el diagnóstico y podemos realizar las intervenciones.
- **Razonamiento deductivo:** es el razonamiento que va de la premisa general a la conclusión específica. Se debe utilizar para ayudarse a analizar situaciones y establecer cual premisa es válida.¹⁷

De acuerdo con lo revisado tenemos que las habilidades del pensamiento crítico así como las de razonamiento clínico son necesarias para llevar a cabo el PAE y por lo tanto influyen en la realización de los registros clínicos de enfermería. En este estudio fueron analizadas las Habilidades de Razonamiento Clínico.



2.4 Los estilos de toma de decisión en los registros clínicos de enfermería

Un estilo de decisión es la manera en la cual el individuo enfrentará un problema. Las funciones del profesional de enfermería es enfrentar y resolver problemas físicos, sociales y emocionales relacionados con la salud, lo cual implica una constante toma de decisiones al elegir las intervenciones, pero sobre todo al jerarquizar o priorizar las necesidades del paciente, para el logro de los objetivos del PAE. Por lo tanto es necesario conocer su concepto, su proceso y los estilos predominantes en el profesional de enfermería.

2.4.1 Definición

Las decisiones son los juicios que se hacen, los cuales moldean el curso de acción que deberá tomarse en situaciones específicas, tales como la vida y el trabajo de cada persona. Todos los seres humanos las toman, están basados normalmente en valores, metas, conocimiento y experiencias pasadas, son individuales, personales y subjetivas, van a depender de las circunstancias en que se presenten. El contexto en la cual se toman está relacionado con la situación específica. En ellas influye el tiempo, la cantidad de información y las personas que intervienen.²⁵

Tomar decisiones resulta fundamental en los profesionales de enfermería ya que determinan la serie de métodos, procedimientos y acciones específicas que se pondrán en práctica con las personas que cuidan. La toma de decisiones implica las siguientes etapas.

2.4.2 Etapas de la toma de decisiones

- **Clasificación del problema:** para tomar una decisión efectiva es necesario considerar la naturaleza de los problemas, los cuales pueden ser genéricos o únicos. El problema genérico (decisión estructurada) requiere fijar una regla, política o principio mediante modelos sistematizados de información, que pueden ser tablas o árboles de decisión; el problema excepcional y único (decisión no estructurada), debe ser tratado individualmente, porque quien decide debe proporcionar los criterios, la evaluación y los puntos de vista para la correcta caracterización del problema.
- **Definición del problema:** consiste en esclarecer la clave de la situación, determinando las circunstancias relevantes o significativas, y excluyendo las que no lo son.



- **Especificaciones de la respuesta:** es importante la claridad en las especificaciones de las condiciones límite, es decir, establecer las metas mínimas a alcanzar y las situaciones que se deben satisfacer, ya que de lo contrario podría producirse el fracaso de la decisión.
- **Decisión:** se debe prestar especial atención a que la decisión a adoptar sea la adecuada, y no sólo aceptable, para respetar las condiciones y límites antes fijados, es decir, primero satisfacer enteramente las especificaciones y posteriormente considerar qué compromisos, adaptaciones y concesiones son necesarias para que la decisión resulte aceptable. Cuando la decisión se relaciona con ahondar en el diagnóstico de la persona, tiene por objeto aclarar una incertidumbre clínica para poder hacer una decisión de manejo. En estos casos, la incertidumbre representa un conflicto de decisión.²⁶ O'Connors, Jacobsen y Stacey definen el conflicto decisonal como la incertidumbre acerca de cuál alternativa escoger cuando las diferentes posibilidades significan riesgos, pérdidas o rechazo de los valores personales. La primera manifestación de este conflicto es la expresión verbal de la incertidumbre frente a una decisión y sus resultados posibles. Para estas autoras, las manifestaciones de conflicto varían entre un individuo y otro y las más comunes son: incertidumbre acerca de la opción, preocupación acerca de resultados no deseados, vacilar entre opciones, posponer la decisión, cuestionar los valores personales involucrados en la decisión, preocuparse por la decisión, y mostrar síntomas y señales de angustia y tensión.

Los factores que contribuyen al conflicto en las decisiones emergen de dos fuentes: de la propia decisión, cuando se enfrentan las ventajas y desventajas de la alternativa elegida; de factores externos que rodean una decisión difícil, entre los que se encuentran: falta de conocimiento acerca de las opciones disponibles, expectativas no realistas acerca de los probables resultados de las diferentes opciones, poca claridad sobre el deseo personal de los resultados de la alternativa elegida, percepciones no claras de otros involucrados en la decisión, presión social para escoger una alternativa, falta de apoyos personales, falta de seguridad en sí mismo, falta de recursos del entorno.



Las fuentes de conflicto se manejan generalmente con intervenciones clínicas que pueden ser de tres tipos: a) cuidado estándar: la elección está basada en una fuerte evidencia de la efectividad de la intervención y existe consenso general sobre su validez, por ejemplo: uso de antibióticos ante la infección bacteriana; b) guía: es una intervención ante la cual tanto el equipo de salud como los usuarios pueden tener dudas, a pesar de que la evidencia acerca de sus resultados es conocida, por ejemplo, el autoexamen de mamas; c) opciones: una intervención ha tenido resultados conocidos o desconocidos, por ejemplo, el uso de la terapia hormonal de reemplazo.²⁶

- **Ejecución de la decisión:** en esta etapa debe determinarse la manera en que ha de llevarse a cabo la actividad a desarrollar; ésta debe ser adecuada a la capacidad de las personas que habrán de ejecutarla, ya que es necesario lograr que las personas que intervienen en esta etapa adquieran un compromiso tendiente a la concreción de la decisión. También es necesario establecer quiénes deben conocer la decisión; qué medidas deben tomarse; quién debe tomarla; y en qué consiste la actividad, de qué manera y que quienes deben ejecutarla puedan hacerlo.
- **Retroalimentación:** este paso tiene por objeto comprobar la validez y efectividad de la decisión ante el curso real de los acontecimientos, es decir, se verifica si las suposiciones previas que se tuvieron en cuenta al tomarla fueron adecuadas o no. Esto se lleva a cabo mediante el análisis de la realidad que deben hacer los alumnos sobre la expectativa que representa la decisión en sí misma, la cual deberá ser sujeta a análisis.²⁷

En ese sentido, los estilos de toma de decisiones que emplean en general las enfermeras, determinan las habilidades para la interpretación de la información que se tiene sobre los pacientes y sobre el tipo de intervención que se realizará para resolver los problemas.

Aun cuando en todos los niveles del ejercicio profesional de enfermería se toman decisiones, éstas no siempre siguen una misma forma o curso de acción, sino que se proyectan en diferentes tipos o estilos, los cuales están determinados por el contexto en el que se presentan y por las características personales, laborales y académicas de quien las toma.²⁸



El desarrollo de habilidades para la toma de decisiones está determinado, entre otros factores, por las características personales del estudiante, su personalidad y su sistema cognitivo, así como por la combinación de estos factores, lo que da lugar a distintos estilos de decisión, entendiendo como tales los diferentes patrones de conducta que adoptan los sujetos ante una determinada situación de decisión.²⁹

2.4.3 Proceso de toma de decisiones

La toma de decisiones clínicas es un proceso reflexivo e intelectual conformado por unas secuencias que pueden ser analizadas e integradas, con objeto de conseguir una mayor precisión y exactitud en la solución de problemas y en el inicio de soluciones.³⁰

Al considerar las decisiones, es importante tener en cuenta que existe una diferencia entre el proceso de las decisiones y la toma de decisiones en sí. El proceso de la toma de decisiones es una actividad mental consciente y voluntaria con un sustrato significativo de actitudes inconscientes que controlan la velocidad y dirección del conocimiento y el cual una serie de pasos interrelacionados para llegar a una decisión de manera sistemática y lógica.

Por lo tanto es análoga a los otros procesos sistemáticos que rigen el trabajo intelectual, por citar algunos, el método científico, el proceso de solución de problemas y el proceso de enfermería.¹⁸

Los componentes del proceso de decisión varían, dependiendo en sí el modelo fundamental es prescriptivo o descriptivo. Los modelos prescriptivos se basan en la presunción de que quien toma una decisión racional se esfuerza por alcanzar resultados óptimos y de que la información necesaria para determinar estos resultados está disponible. Un proceso de decisión **prescriptiva** incluye los pasos que deben seguirse para llegar a la toma de una decisión:

- Reconocimiento y análisis del problema o situación que requiere la toma de una decisión.
- Identificación de todas las soluciones alternas viables.



-
- Determinación de las consecuencias favorables y desfavorables en potencia y su probabilidad para cada alternativa.
 - Selección de la alternativa que tendrá resultados óptimos.

En tanto que el proceso descriptivo de toma de decisiones, esta basado en la manera de cómo se toman las decisiones realmente.

Este modelo se basa en la suposición de que para la mayor parte de los problemas complejos más razonables, no solo es imposible generar una lista de todas las alternativas disponibles y de sus consecuencias negativas y positivas, sino que, aun cuando esto pudiera hacerse, los que toman las decisiones humanas no podrían procesar el volumen de información. Es decir “satisfacer”, quien toma la decisión busca alternativas hasta que encuentra una que proporciona una solución aceptable en lugar de una solución optima. Los pasos de un proceso de decisión basados en el modelo **descriptivo** de satisfacer, son:

- Reconocimiento y análisis del problema o situación que requiere una decisión.
- Adopción de un criterio para obtener un resultado aceptable.
- Identificación de alternativas.
- Evaluación de si las alternativas conducirán a un resultado aceptable o varias alternativas pueden ser identificadas y evaluadas antes de seleccionar de entre ellas.³¹

Al considerar a las decisiones se identificaron los siguientes componentes del proceso de toma de decisiones: definir el problema, analizar los datos obtenidos y seleccionar la mejor alternativa para el curso de acción en términos de objetivos, ponderando los riesgos contra las ganancias, la economía del esfuerzo, el tiempo y la limitación de recursos.

2.4.4 Pasos de la toma de decisiones

- **Identificación del problema y análisis de la situación**

El primer paso en el proceso de toma de decisiones es definir el problema ¿Qué es lo que está equivocado? ¿Qué mejora necesita? A veces, el problema parece obvio



y puede tratarse de forma sistemática. Quien toma las decisiones debe primero estar seguro de que está respondiendo a la pregunta correcta, cerciorándose, en cuanto sea posible, de si el problema como se planteó primeramente define los aspectos básicos, los principales de la situación, o si es fundamentalmente un planteamiento sintomático.

El personal de enfermería puede identificar el problema, analizar y dilucidar cuales son los procesos y aspectos relevantes que están influyendo en la aparición y mantenimiento del problema o qué hace amenazante la situación. Con demasiada frecuencia, las decisiones se toman y se llevan a cabo antes de recopilarse todos los hechos. Para prevenir esto, el personal debe tener una actitud interrogante ¿Cuál es la situación deseable? Una respuesta a esta y varias preguntas formuladas pueden dar pie al desarrollo de hipótesis provisionales y confrontarlas con el conocimiento. La eliminación progresiva de hipótesis que no se ajustan a los hechos reduce el número de causas a considerar. Cuando el personal de enfermería ha identificado la causa o las causas del problema, debe comenzar a explorar posibles soluciones.

- **Exploración de alternativas**

Cuando se selecciona un problema, la enfermera debe recurrir a la educación y la experiencia para los hechos y los conceptos que le ayudarán a determinar las alternativas. La utilización de la propia experiencia es la estrategia más común para solucionar problemas, aunque puede ser inadecuada.

Cuanta más experiencia se ha tenido, más alternativas pueden encontrar para resolver los diversos problemas. Así mismo, para que la elección sea adecuada, se requiere de una clara comprensión de los valores que motivan la conducta, lo mismo de sus orígenes e implicaciones.

- **Selección de la alternativa más deseable**

El afán por alcanzar una decisión puede llevar a soluciones prematuras; por otro lado considerar solo algunas alternativas de forma inmediata bloquea una buena decisión. Evadir el problema real, la falta de definición clara del problema, los datos insuficientes, el establecimiento precoz de una actitud mediante una figura de estado, mezclando la generación y la evaluación de la idea, la falta de compromiso



del personal por que el superior que toma las decisiones no las lleva a cabo, y las decisiones tomadas por grandes grupos también interfieren en el alcance de soluciones eficaces.

Una alternativa no es claramente superior a las otras. Los criterios para calcular el valor de las decisiones son útiles. Algunas cuestiones citadas son: ¿conseguirá esta decisión cumplir con los criterios marcados? Si no es así, no debe apoyarse y debe utilizarse otra opción. ¿Aumentará al máximo la efectividad y la eficiencia? Deben utilizarse los recursos disponibles antes de buscar ayuda exterior. Por último ¿puede llevarse a cabo la decisión? Si la respuesta es no, obviamente no resolverá el problema. Después de tomar una decisión, debe ponerse en práctica. Una decisión que no se realiza es inútil.

- **Evaluación de los resultados**

El paso final de la toma de decisiones es la evaluación de los resultados de la aplicación de la alternativa escogida. Es posible que tengan que desarrollarse los criterios de evaluación. Entre estos podemos citar auditorias, listas, índices y clasificaciones jerárquicas para revisar y analizar los resultados. Dado, que en algunos casos, las soluciones a problemas antiguos crean nuevos conflictos, puede requerirse de otra evaluación y en consecuencia una toma de decisiones adicional.³²

2.4.5 Estilos de toma de decisión

Se considera que los factores que influyen en la toma de decisión humana, son, entre otros, las características personales del sujeto, su personalidad y su sistema cognitivo. La interrelación de estos factores, da lugar a determinados patrones de conducta adoptados por los sujetos en situaciones de toma de decisiones, entre los cuales se destacan los siguientes estilos: ³³

1. **Evitación-pánico:** (miedo a decidir) se trata de elementos que tienen que ver con la tensión produce el hecho de tomar decisiones.
2. **Vigilancia-impulsividad:** tendencia a buscar de una forma detallada y cuidadosa toda la información posible acerca de todas las alternativas, para poder evaluarlas antes de tomar una decisión.



2.5 Los registros clínicos de enfermería en la atención del adulto con dolor

El cuidado de enfermería tiene impacto en la problemática nacional actual de los servicios de salud, teniendo en cuenta que una de las necesidades de la población atendida en el sector salud es la atención del dolor, además de ser una de las más demandadas ya que el 96% de personas atendidas refieren haber padecido dolor insoportable en el periodo postoperatorio, ante la indiferencia de médicos y enfermeras.³⁴ Aunado a esto, una de las especialidades de prioridad media, consideradas por el Sector Salud es la ortopedia, respaldado por el aumento en la incidencia de los padecimientos agudos del sistema músculo esquelético, tales como: traumatismos, patologías inflamatorias y fracturas.

Prueba de lo anterior es la morbilidad presentada en México en 2002, en la que uno de los padecimientos agudos más frecuentes del sistema músculo esquelético es el de las fracturas, reportando un total de 175 645 pacientes atendidos por esta causa en el Sistema Nacional de Salud. Donde la mayor incidencia fue en hombres con una frecuencia de 107 682 (61.30%) y mujeres con 67 963 (38.7%). En cuanto al sitio de la fractura, el de mayor frecuencia corresponde al fémur y a los miembros (brazos y piernas), teniendo el porcentaje mayor nuevamente los hombres: 59.1% y las mujeres cuentan con el 40.9%.³⁵

Teniendo en cuenta que el tratamiento de las fracturas es en su mayoría quirúrgico³⁶ y la obligada presencia del periodo postoperatorio en la especialidad de ortopedia se considera que el dolor postoperatorio es un resultado esperado para los pacientes, resultando difícil que éstos expresen voluntaria y espontáneamente su experiencia dolorosa, pues además lo consideran inevitable y tienden a soportarlo de modo heroico sin informarlo a los profesionales que les rodean.

Tales características destacan la necesidad de una buena documentación de enfermería acerca de la atención proporcionada durante la estancia hospitalaria y a través de la realización de los registros clínicos de enfermería.

Respecto a la conceptualización del dolor la Asociación Mexicana de Algología, al unísono de las organizaciones internacionales, ha calificado al dolor como el quinto signo vital, debido a su carácter protector en la homeostasis del cuerpo humano. Dicha aseveración le ha dado al profesional de enfermería una importante connotación en la evaluación y



control del mismo, ya que es el primer eslabón en la cadena asistencial de cualquier unidad hospitalaria.

El estudio del dolor ha sido llevado a cabo por equipos multidisciplinarios, y en el caso de enfermería por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), a través de su clasificación en etiquetas diagnósticas, con la cual pretende facilitar el diario devenir del profesional de enfermería mostrando caminos a seguir y estandarizaciones que buscan guiar de manera alterna, promoviendo el uso del pensamiento crítico, las Habilidades de Razonamiento Clínico (HRC) y la toma de decisiones.

La NANDA clasifica al dolor como agudo y crónico, proporcionando factores relacionados y características definitorias, que el profesional de enfermería debe conocer y manejar de acuerdo a su desarrollo académico y práctica profesional. El NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) proporciona en el apartado de interrelación NANDA-NIC las intervenciones de acuerdo a la etiqueta diagnóstica. A su vez el NANDA NOC (Clasificación de resultados de Enfermería) proporciona una forma objetiva de medir las intervenciones de enfermería, calculada en función de los indicadores del cuidado.

Dentro de la práctica diaria del profesional de enfermería, en relación a la atención del dolor, es necesario conocer la diversidad de tratamientos farmacológicos, sus posibles combinaciones, interacciones, farmacocinética y farmacodinamia en su aplicación a los pacientes, así como la tecnología de punta en el manejo de los mismos. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud proporciona la escalera analgésica, buscando estandarizar el orden de utilización de los fármacos analgésicos de acuerdo siempre con la patología de base y el estado general de salud de los pacientes.

Pero para iniciar las intervenciones de enfermería, primero es necesario tener los elementos indispensables para valorar la presencia o ausencia del dolor, comenzando por su conceptualización: experiencia sensorial y/o emocional no placentera, asociada con el daño tisular actual o potencial, de carácter único para cada individuo en su real percepción del dolor.³⁷

Además, es necesario conocer la clasificación básica del dolor:



- Dolor agudo: respuesta fisiológica predecible a un estímulo químico, mecánico ó térmico asociado con cirugía, trauma y enfermedad aguda. ³⁸
- Dolor somático: se origina por una lesión a nivel de la piel, los músculos, los ligamentos, las articulaciones o los huesos, la lesión es localizada y no se acompaña de reacciones vegetativas. ³⁹
- Dolor postoperatorio: es un dolor agudo secundario a procedimientos quirúrgicos, constituye una de las ocasiones en que la causa del dolor se conoce antes de que ocurra y en las que el dolor es una complicación esperable. Permite utilizar un tratamiento preventivo.

Desde el punto de vista histórico el dolor consecutivo a la cirugía fue considerado inicialmente como una consecuencia esperada e inevitable del procedimiento quirúrgico. Los obstáculos primarios guardan relación con el desconocimiento de los efectos adversos del dolor en la persona postoperada. ⁴⁰

Un elemento de vital importancia para la atención de enfermería a pacientes con dolor son los instrumentos que nos permiten evaluar la intensidad del mismo, siendo uno de los de mayor eficacia comprobada la Escala Visual Análoga (EVA): instrumento validado que consiste en una línea horizontal de 100 mm de longitud, donde 0 mm se refiere a ausencia de dolor y 100 mm es el dolor más insoportable.⁴¹ Este instrumento permite conocer el grado de intensidad desde la perspectiva del paciente.

La Escalas de medición en adultos consta de las siguientes clasificaciones numéricas: ausencia de dolor (EVA): 0 mm a 4 mm. Dolor leve (EVA): 5 mm a 44 mm. Dolor moderado (EVA): 45 mm a 74 mm. Dolor intenso (EVA): 75 mm a 100 mm. Se ha encontrado buena correlación entre EVA y la escala verbal descriptiva (ausencia de dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor intenso) y la escala verbal numérica (0 – 10), sin embargo, EVA tiene mayor sensibilidad.^{40, 41}

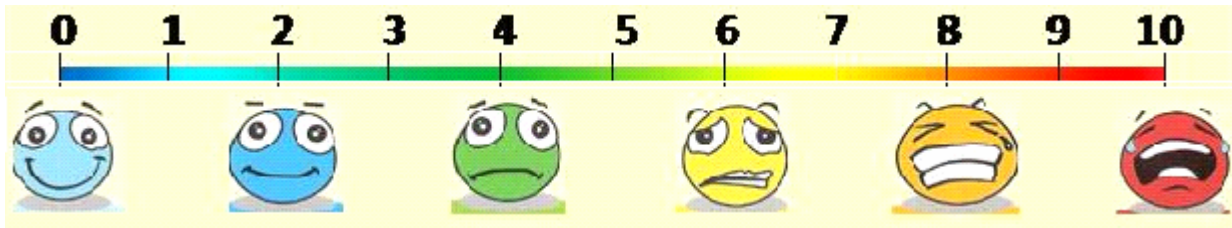
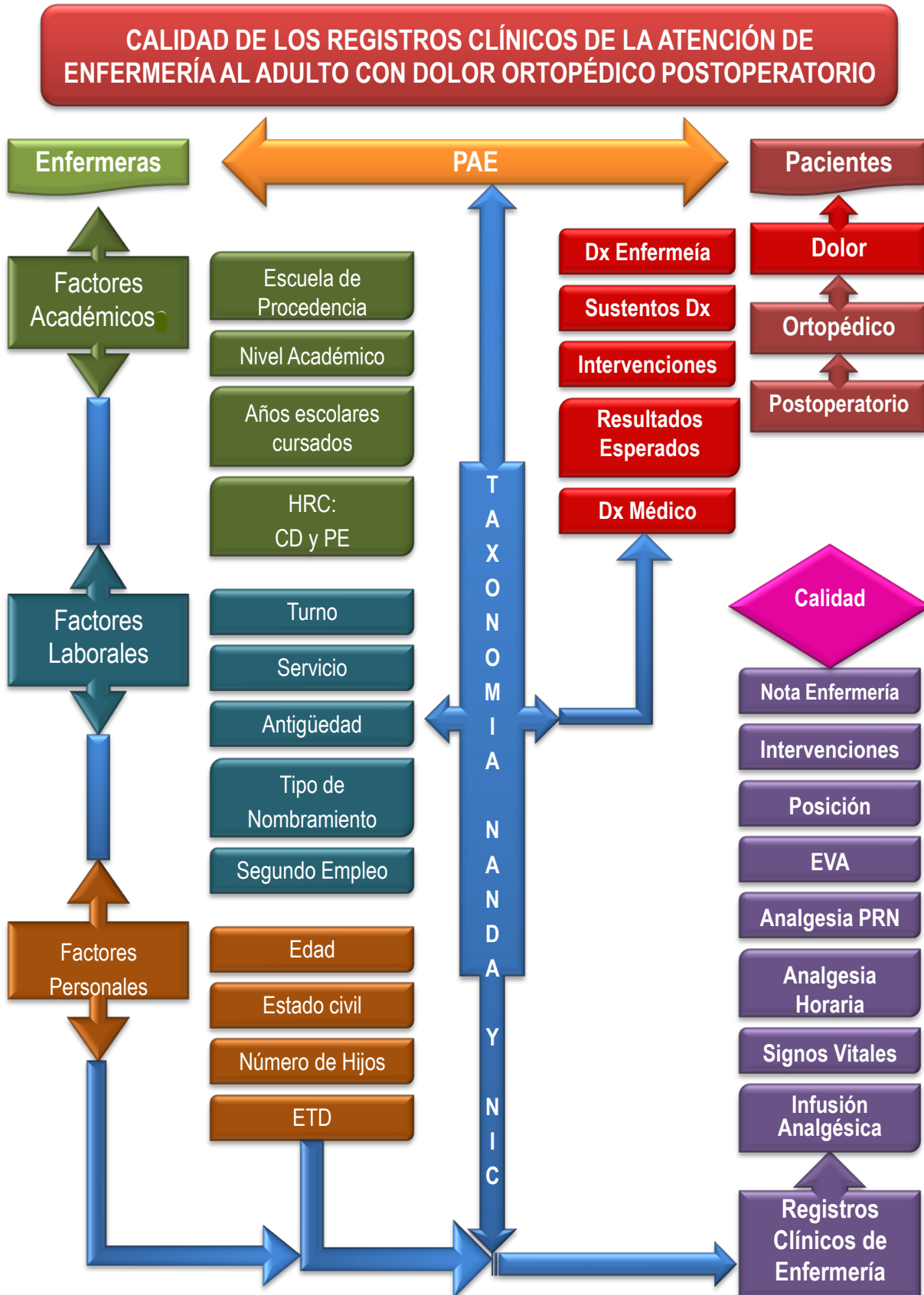


Figura 1: Escala de Evaluación Visual Análoga Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. "Fundamentos de enfermería". Volumen I. Pearson-Prentice Hall, España, 2008. p 183

Por todo lo anterior, es indispensable que el personal de enfermería tenga conocimientos para poder evaluar y atender el dolor de pacientes postoperados, pero no son sólo los conocimientos acerca del dolor los que influyen en la realización de los registros clínicos de enfermería, sino también otros factores los que afectan la calidad de los mismos.^{6,7,9}



III) Esquema de investigación





3.1 Planteamiento del problema

El estudio del cuidado de enfermería debe realizarse a partir de la problemática nacional actual de los servicios de salud, teniendo en cuenta que entre las necesidades de la población atendida en el sector salud una de las más demandada es la atención del dolor, ya que la mayoría de personas refieren haber padecido dolor insoportable en el periodo postoperatorio (96%), ante la indiferencia de médicos y enfermeras.³⁴ Aunado a esto, se agrega el que la ortopedia sea considerada, por el Sector Salud, una de las especialidades de prioridad media, debido al aumento en la incidencia de los padecimientos agudos del sistema músculo esquelético, tales como: traumatismos, patologías inflamatorias y fracturas.

Prueba de lo anterior es la morbilidad presentada en México, ya que uno de los padecimientos agudos más frecuentes del sistema músculo esquelético son las fracturas. El INEGI reportó en 2002 un total de 175 645 pacientes atendidos por fracturas en el Sistema Nacional de Salud. En el mismo año la mayor incidencia de fracturas fue en hombres con una frecuencia de 107 682 (61.30%) y las mujeres con 67 963 (38.7%). En lo referente al sitio de la fractura las más altas frecuencias corresponden al fémur y a los miembros (superiores o inferiores), donde el porcentaje mayor lo tienen nueva-mente los hombres: 59.1% y las mujeres cuentan solo con el 40.9%.³⁵

Tomando en cuenta que el tratamiento de las fracturas puede ser ambulatorio (conservador) o quirúrgico (hospitalario) el mayor porcentaje de tratamientos son quirúrgicos.³⁶ Con lo que se confirma que el periodo postoperatorio y la especialidad de ortopedia representan un grupo de estudio con las características necesarias para conocer los factores que influyen el registro del dolor.

Considerando que el dolor postoperatorio es un resultado esperado para los pacientes, resulta difícil que éstos expresen voluntaria y espontáneamente su experiencia dolorosa, pues además lo consideran inevitable y tienden a soportarlo de modo heroico sin informarlo a los profesionales que les rodean. Tales características destacan la necesidad de conocer los factores que influyen, y como la hacen, en la documentación de enfermería acerca de la atención proporcionada a pacientes con dolor ortopédico durante el periodo postoperatorio.



Dicha documentación debe realizarse a partir de los registros clínicos de enfermería, los cuales deben representar de forma exacta y útil la práctica profesional, la respuesta del paciente y de su familia. En la atención de enfermería al adulto con dolor ortopédico postoperatorio los registros clínicos cobran especial relevancia, ya que reflejan las características del dolor, su ubicación y las intervenciones eficaces e ineficaces de cada paciente. Su importancia radica en la continuidad del cuidado prestado por los profesionales de enfermería en los diferentes turnos.

La evidencia científica muestra que las intervenciones de enfermería deben ir más allá de la administración de fármacos, pero sobre todo que la evaluación del dolor es vital para el control eficaz del mismo. Sin embargo, todo lo anterior se vuelve irrelevante si no se registra y funciona como enlace o comunicación interprofesional para todos los responsables del tratamiento del paciente dentro de la unidad de salud. Es decir, si se hace y no se registra estamos coartando el aprendizaje basado en la evidencia.

Históricamente el registro de enfermería ha sido tomado como una tradición verbal, donde se comunica mediante informes orales a la jefe de servicio, supervisoras y médicos. Es importante tratar de cambiar dicho paradigma hacia la elaboración consciente, sistemática y responsable de los registros de enfermería como una muestra de la evidencia del trabajo profesional para las futuras generaciones. El conocimiento de los factores que influyen en la realización de los registros nos permitirá abordar las causas para modificarlas, transformarlas e incluso eliminarlas, no es posible cambiar lo que no se conoce y lo que no se ve.

El hecho de contar con esfuerzos de investigación acerca de los sistemas de registros con diferentes metodologías en diversos países y en el propio, debe hacernos reflexionar acerca de las carencias que tenemos en la realización de los registros clínicos de enfermería, además de hacernos ver las áreas de oportunidad que podemos abordar desde el momento en que conozcamos más profundamente los factores que influyen en el registro mismo.

A pesar de que son muchos los factores que intervienen en la realización del registro de la atención del dolor se deben destacar los de mayor impacto en la práctica diaria, según lo revisado en la literatura; tal es el caso de los factores de origen laboral propios del



profesional de enfermería tales como: turno, servicio, antigüedad institucional, antigüedad en el servicio y segundo empleo; los de origen académico: escuela de procedencia, nivel académico y HRC; los de origen personal, como: edad, estado civil, número de hijos y ETD.

En la mayoría de los estudios revisados se puede observar la evaluación de los conocimientos que la enfermera tiene respecto a los registros clínicos y su repercusión en la realización del mismo; el presente estudio profundiza en los tipos de conocimiento, evaluando las HRC y los ETD, procesos cognitivos que se supone tienen que ver con la calidad de los registros clínicos de enfermería.

Un área difícil de abordar en los estudios es la personal, ya que abarca factores sociodemográficos (edad, estado civil, número de hijos) y aspectos psicológicos como los estilos de toma de decisiones predominante en el profesional de enfermería, ya que este va a determinar el tiempo de respuesta, la capacidad de organización, jerarquización y eficiencia de las intervenciones de enfermería.

Es por esto que se hace necesario el estudio de los factores que influyen en los registros clínicos de la atención de enfermería del adulto con dolor ortopédico postoperatorio, por lo cual nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de investigación:

¿Cómo influyen los factores académicos, laborales y personales en la calidad de los registros clínicos de la atención de enfermería del adulto con dolor ortopédico postoperatorio?

3.2 Hipótesis

Los factores académicos y personales que presentan las enfermeras, tienen mayor influencia en la calidad del registro clínico de la atención de enfermería del adulto con dolor ortopédico postoperatorio, que los factores laborales que ostentan las mismas.



3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

- Analizar la influencia de los factores académicos, laborales y personales en la calidad de los registros clínicos de enfermería en la atención del paciente adulto con dolor ortopédico postoperatorio.

3.3.2 Objetivos específicos

- Describir los factores académicos de las enfermeras estudiadas y su influencia en la calidad de los registros clínicos de enfermería.
- Determinar si los factores personales afectan la calidad de los registros clínicos de enfermería.
- Establecer qué efecto tienen los factores laborales en la calidad de los registros clínicos de enfermería.
- Precisar el grado de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería en el formato que incluye el PAE establecido por la institución sede.



IV) Material y métodos

4.1 Tipo de estudio y universo de estudio

Se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo y comparativo en una muestra aleatoria probabilística de 90 enfermeras; 17 de nivel técnico, 17 con postécnico, 40 de nivel licenciatura, 11 con Especialidad de Posgrado y 5 con grado de Maestría; las cuales se encuentran laborando en el área de ortopedia y en los servicios de hospitalización de las especialidades quirúrgicas: Traumatología (1), Medicina del deporte, Reemplazos articulares (2), Deformidades Neuromusculares, Infecciones Óseas y Tumores Óseos (3), Cirugía de Columna, Cirugía de la mano y microcirugía (4), y finalmente Especialidades múltiples (5), que corresponden a los turnos matutino, vespertino, nocturno A y nocturno B. Además de 90 hojas de registros clínicos de enfermería de las mismas áreas descritas y correspondientes a las enfermeras encuestadas, previo consentimiento informado.

4.2 Variables de estudio

Se midieron los factores que influyen en la realización de los registros clínicos de enfermería clasificándolos en Académicos: escuela de procedencia, nivel académico, Habilidades de Razonamiento Clínico (HRC); Personales: edad, estado civil, número de hijos y Estilos de Toma de Decisiones (ETD); Laborales: turno, antigüedad, segundo empleo y tipo de nombramiento.

Además de la calidad de los registros clínicos, sólo en las áreas correspondientes la atención de enfermería del dolor y de acuerdo con las fases del PAE: infusión analgésica (valoración), signos vitales (valoración), analgésicos con horario (planeación), analgésicos PRN (planeación), Evaluación Visual Análoga (valoración/ejecución), posición (valoración/Evaluación), intervenciones de Enfermería (ejecución), nota de Enfermería (evaluación)

4.3 Técnicas para la obtención de datos

Se adaptó el caso del instrumento de HRC (Valadez y Morán 2008), previa revisión de expertos y piloteo de la misma, además se utilizó con el instrumento para evaluar estilos de toma de decisiones: ETD 1993 (A. Maciá, I. Barbero et all, anexo 1). Finalmente se diseñó una matriz de análisis de la hoja de registros clínicos de enfermería en sus apartados de manejo del dolor (anexo 8).



4.4 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión) además de hacer uso de la estadística inferencial a través de las pruebas t de student y análisis de varianzas (ANOVA) con la ayuda del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V 17.0.

4.5 Definición operacional de las variables

4.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE					
CALIDAD DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA					
Indicadores	Tipo de variable	Nivel de medición	Fase del PAE	Nivel de HRC	Valor
Infusión analgésica	Cualitativa	Nominal	Valoración	Conocimiento Declarativo	1
Signos Vitales	Cuantitativa	Continua discreta	Valoración Evaluación	Conocimiento Declarativo	2
Analgesia horaria	Cualitativa	Nominal	Planeación Ejecución	Conocimiento Declarativo	2
Analgesia PRN	Cualitativa	Nominal	Valoración Planeación Ejecución	Pensamiento estratégico	3
Evaluación Visual Análoga (EVA)	Cuantitativa	Ordinal	Valoración Evaluación	Pensamiento estratégico	2
Posición	Cualitativa	Ordinal	Valoración Evaluación	Pensamiento estratégico	2
Intervenciones de Enfermería	Cualitativa	Nominal	Diagnóstico Planeación Ejecución	Pensamiento estratégico	3
Nota de Enfermería	Cualitativa	Ordinal	Valoración Diagnóstico Planeación Ejecución Evaluación	Integración de las HRC	5
Total					20



4.5.2 VARIABLE INDEPENDIENTE			
FACTORES ACADÉMICOS			
Dimensiones	Tipo de variable	Nivel de medición	Indicadores
Escuela de procedencia	Cualitativa	Nominal	ENEQ UNAM FES Iztacala FES Zaragoza IPN UAM CONALEP Otros
Nivel académico	Cualitativa	Nominal	Técnico Posttécnico Licenciatura Especialidad de posgrado Maestría
Años escolares cursados	Cuantitativa	Escalar	Dato bruto
Habilidades de Razonamiento Clínic (HRC)	Cuantitativa	Escalar	Nivel de Conocimiento Declarativo Calificación de la aplicación del Pensamiento Estratégico

4.5.3 VARIABLE INDEPENDIENTE			
FACTORES PERSONALES			
Dimensiones	Tipo de variable	Nivel de medición	Indicadores
Edad	Cuantitativa	Escalar	Dato bruto
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Otro
Número de hijos	Cualitativa	Ordinal	1, 2, 3, 4
Estilos de Toma de Decisión (ETD)	Cuantitativa	Escalar	Evitación-pánico Vigilancia-impulsividad Autojustificación Retardo/rápidez Riesgo Autojustifica/influencia del entorno Asumir responsabilidad/transferencia Racionalización No consejo Soluciones fáciles * desgloce en pág. 41



4.5.4 VARIABLE INDEPENDIENTE			
FACTORES LABORALES			
Dimensiones	Tipo de variable	Nivel de medición	Indicadores
Tipo de nombramiento	Cualitativa	Ordinal	Enfermera general Enfermera especialista Otros
Turno	Cualitativa	Nominal	Matutino Vespertino Nocturno A Nocturno B
Servicio	Cualitativa	Nominal	• 3º Traumatología • 5º Reemplazos Articulares y Cx articular • 6º DNM, Infecciones y Tumores Óseos • 7º Cirugía de columna y cirugía de la mano • 8º Especialidades múltiples
Antigüedad institucional	Cuantitativa	Escalar	Dato bruto
Antigüedad en el servicio	Cuantitativa	Escalar	Dato bruto
Segundo empleo	Cualitativa	Nominal	Si, No



4.5.5 Definición operacional de la variable Estilos de toma de decisión

Dimensiones	Nivel de Medición	Indicadores	Total	Valores
1) Evitación- pánico	Cuantitativa	1, 2, 5, 6, 7, 9,14, 15, 17, 18, 21,25, 27, 30, 32, 38,39, 42, 43, 44, 46,51, 53, 54, 57,63,70, 75, 78, 79, 90,92, 93, 102	Mínimo =34 Máximo=170	Indicadores Positivos: 5= Siempre 4= Casi siempre 3= A veces 2= Casi nunca 1= Nunca
2) Vigilancia/ Impulsividad	Cuantitativa	11, 12, 23, 31,33, 34, 50, 55, 62,68, 71, 74, 76, 94, 98	Mínimo=15 Máximo=75	Indicadores Negativos 1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Casi nunca 5= Nunca
3) Soluciones fáciles	Cuantitativa	4, 10, 26, 35, 48, 69,77, 80, 83,87, 96, 99, 103	Mínimo=13 Máximo=65	3= A veces 4= Casi nunca 5= Nunca
4) Autojustifica/influencia del Entorno	Cuantitativa	40, 45, 49, 59,60, 84, 91, 104	Mínimo=8 Máximo=40	Reactivos con Valores Positivos:
5) Retardo/ Rapidez	Cuantitativa	8, 13, 56, 81	Mínimo=4 Máximo=20	1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10,11, 12 14, 15, 17, 20, 21,24, 26, 27, 28,
6) Riesgo	Cuantitativa	22, 41, 65, 72, 89, 100	Mínimo=6 Máximo=30	30,31,32, 33, 35, 36, 37,39, 42, 43, 44, 45, 46,48, 50, 52, 53, 57, 58,59, 60, 61, 63, 66, 69,74, 75, 76, 77, 80, 81,82, 85, 90, 91, 92, 94, 96, 97, 99, 101, 102, 103
7) Autojustificación	Cuantitativa	48, 77, 83, 99, 103	Mínimo=5 Máximo=25	
8) Asumir responsabilidad/transferencia	Cuantitativa	36, 47, 73	Mínimo=3 Máximo=15	Reactivos con Valores Negativos:
9) No Consejo	Cuantitativa	19, 95	Mínimo=2 Máximo=10	3, 8, 13, 16, 18, 19, 22,23, 25, 29, 34, 38, 40,41, 47, 49, 51, 54,
10) Racionalización	Cuantitativa	20, 67, 97	Mínimo=3 Máximo=15	55,56, 62, 64, 65, 67,68, 70, 71, 72, 73,78, 79,84, 86, 87, 88, 89, 93,95, 98, 100, 104



4.6 Consideraciones éticas

En esta investigación no hubo manipulación de variables, solo la aplicación del instrumento de recolección de datos para las Habilidades de Razonamiento Clínico y Estilos de Toma de Decisiones, además de la matriz de recolección para los registros clínicos de enfermería, previa autorización de las autoridades correspondientes a la institución sede de la investigación.

No obstante la ausencia de manipulación de variables es necesario mencionar los principios que rigen la investigación, tomados del Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México.¹⁴ En primer lugar el principio de beneficencia y de no maleficencia, puesto que al tener acceso a los registros clínicos de los pacientes no se debe hacer mal uso de la información y solamente para fines académico-científicos. También se hace alusión al principio de confiabilidad, con respecto al profesional de enfermería, quien es merecedor de confianza y respeto por los conocimientos que ostentan y la honestidad vertida al transmitir información del cuidado enfermero a través de los registros clínicos de enfermería.

Definitivamente también se basa la investigación en el principio de privacidad, cuyo fundamento es no permitir que se conozca la intimidad corporal, la información confidencial obtenida de manera directa o indirecta, trátase de la vida o la salud de las personas. Tomando en cuenta que la privacidad es una dimensión existencial reservada a la persona, la familia o un grupo (el caso del grupo encuestado de enfermeras).

Respetando el consentimiento entregado en el instrumento utilizado, se cumplió con la privacidad y confidencialidad de la información ahí vertida, tales como datos sociodemográficos, académicos y laborales.



V) Resultados

En esta sección se exponen los resultados obtenidos a partir del análisis de datos. Inicialmente se caracteriza la muestra de 90 enfermeras y los registros clínicos de la atención de enfermería a pacientes con dolor ortopédico postoperatorio de las mismas.

El análisis incluye la determinación de la Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería (CRCE) a través del cumplimiento de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y en contraste con las variables establecidas: factores académicos; escuela de procedencia, nivel académico, años escolares cursados y Habilidades de Razonamiento Clínico (HRC). Factores laborales; tipo de nombramiento, turno, antigüedad institucional, antigüedad en el servicio, servicio, segundo empleo. Y finalmente factores personales; edad, estado civil, número de hijos y Estilos de Toma de Decisión (ETD) para determinar si influyen en la calidad del Registros Clínicos de Enfermería (RCE) mediante pruebas estadísticas que comparan y relacionan los datos entre sí.

5.1 Exploración de los datos

Se realizó la exploración inicial de los datos encontrando distribución normal de los mismos en la variable dependiente, para demostrarlo se llevó a cabo la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov, la cual arrojó un valor de $z=0.700$ y una $p\leq 0.701$ (cuadro 1), con lo cual se comprueba su distribución normal (figuras 1 y 2) necesaria para las pruebas efectuadas.

5.2 Caracterización de la muestra

De las 90 profesionales de enfermería estudiadas la edad promedio es 37.13 ± 6.02 años, de las cuales el 45.6% son solteras y 48.8% casadas. De entre las enfermeras solteras el 46.3% son madres y solo el 6.8% de las casadas no tienen hijos; el 33.3% de las enfermeras tienen solamente un hijo y el 27.8% tienen dos hijos (cuadro 2).

El grupo de profesionales de enfermería encuestado pertenecen al turno matutino el 39%, al turno vespertino el 30% y al turno nocturno el 31%, 15.5% a la velada A y B respectivamente, (figura 6). En cuanto a la antigüedad institucional el promedio presentado es 11.13 ± 6.69 años, mientras que la antigüedad en los servicios de hospitalización el



promedio es 4.28 ± 3.50 años (cuadro 2). De la muestra estudiada sólo el 26.7% de enfermeras tienen un segundo empleo (figura 8).

El tipo de nombramiento predominante fue el de enfermera general con 55.6% seguido del de enfermera especialista con 31.1%, finalmente otros con el 13.3 % (figura 9), el cual se refiere a la categoría de jefe de servicio (base) o jefe de enfermeras (confianza). Las enfermeras estudiadas pertenecen el 20% al 3^{er} piso de traumatología, 16.7% al 5^o piso de reemplazos articulares y cirugía articular, el 21.1% al 6^o piso de Tumores e infecciones óseas y deformidades neuromusculares, 23.3% al 7^o piso de cirugía de columna y cirugía de la mano y microcirugía, finalmente el 18.9% al 8^o piso de especialidades múltiples (figura 7).

En lo referente a la escuela de procedencia el 42.2% son egresadas de la ENEO, el 7.8% de la FES Iztacala, 10% de la FES Zaragoza, 11.1% del IPN, 7.8% de la UAM, y el 21.1% de dependencias no universitarias (figura 10). El nivel académico que predominó fue el de licenciatura con un 44.4%, seguido del nivel técnico con 36.7%, finalizando con el 18.9% de nivel de posgrado (figura 11). En correspondencia el promedio de años escolares cursados es de 14.94 ± 1.97 años (cuadro 2).

En cuanto a las Habilidades de Razonamiento Clínico el promedio general presentado fue de 19.92 ± 8.11 puntos de 40 posibles, en lo que se refiere al Conocimiento Declarativo (CD) presentaron un promedio de 12.60 ± 3.97 puntos de 20 posibles, finalmente el Pensamiento Estratégico (PE) presentado fue 7.32 ± 5.17 puntos de 20 posibles (cuadro 2).

5.3 Factores personales

Los factores personales contemplados en este estudio fueron edad, estado civil, número de hijos y Estilos de Toma de Decisión (ETD), estos últimos presentaron promedios altos en los estilos positivos: vigilancia impulsividad (4.05) y retardo rapidez (3.77); sin embargo, el estilo negativo autojustificación también presentó una media de 4.13 (cuadro 4). A estas variables se les realizó la prueba ANOVA de un factor con prueba de Bonferroni como *post hock* encontrando significancia estadística en la variable edad versus puntaje de la nota de enfermería (la cual integra las 5 fases del PAE), se agruparon a las enfermeras por quinquenios, dado el tratamiento de datos a nivel internacional en estadística demográfica y por el desarrollo fisiológico que representan estos periodos de



cinco años. Encontrando que el grupo que hace la diferencia es el de 26 - 30 años de edad con un promedio de 1.56 ± 1.59 (de 5 posibles) versus el grupo de 36 - 40 años, las cuales presentaron un promedio de 0.50 ± 0.80 (de 5 posibles), con una $p \leq 0.05$, $F=2.622$; $gl=3$, 86-89 (cuadro 3).

También se realizó la prueba de t de student para muestras independientes en los ETD versus puntaje de la nota de enfermería, debido a la ausencia de estilos negativos solo existen dos grupos para comparar; al realizar la prueba se encontró significancia estadística y el grupo que tiene menor puntaje es el de estilos regulares con un promedio de 0.58 ± 0.89 puntos (de 5 posibles) y el de mayor puntaje el de estilos positivos, con una media de 1.15 ± 1.25 puntos (de 5 posibles) con una $p \leq 0.019$, $t=-2.462$; $gl=88$ (cuadro 5). También se realizó la prueba t de student para muestras independientes a los ETD versus la calificación del Registro Clínico de Enfermería (RCE) encontrando significancia estadística, donde el grupo que tiene mayor calificación es el que presenta estilos positivos con un promedio de 12.88 ± 2.40 (de 20 posibles) y los estilos regulares con una media de 11.72 ± 2.30 (de 20 posibles) con una $p \leq 0.034$, $t=-2.156$; $gl=88$ (cuadro 6)

5.4 Factores académicos

Los indicadores de los factores académicos que se estudiaron fueron: escuela de procedencia, nivel académico, años escolares cursados y Habilidades de Razonamiento Clínico (Conocimiento declarativo y pensamiento estratégico). Los resultados obtenidos en las HRC fueron determinados por un cuadro de identificación de conceptos para el Conocimiento Declarativo y un mapa o diagrama de relación de conceptos y secuenciación de actividades y resultados para determinar el Pensamiento Estratégico (figura 13). Se clasificaron los resultados obtenidos de las HRC de acuerdo a los percentiles encontrados, quedando como bajo, regular y alto (figura 12). Para realizar comparaciones entre las variables correspondientes a este factor se realizó ANOVA de un factor en la escuela de procedencia versus calificación del Registro Clínico de Enfermería (RCE), se agruparon las escuelas FES Iztacala y Zaragoza debido a que por su baja frecuencia se disminuía su potencia y si se agrupaba con la UNAM perdía potencia al ser menor que la media general de la misma; también se agruparon las enfermeras egresadas de la ESEO/IPN por las bajas frecuencias que presentan y debido a que ambas no pertenecen a la UNAM, sin embargo sus programas son del mismo nivel que los de la universidad; de la misma forma se



agruparon las dependencias no universitarias por presentar programas no compatibles con la profesionalización de enfermería. Los resultados de la prueba muestran que las enfermeras que provienen de la ENEO tienen la mayor calificación con una media de 12.82 ± 2.10 y las enfermeras que hacen la diferencia son las que provienen de escuelas no universitarias (CONALEP y Otros), con una media de 11.11 ± 2.50 , con $p \leq 0.02$, $F=3.163$, $gl=3$, 86-89 (cuadro 8).

Continuando con los factores académicos, la calidad del registro clínico de enfermería presentó significancia estadística al compararlo con el nivel académico de la enfermera mediante la prueba ANOVA de un factor presentando un promedio mayor en las enfermeras con Especialidad de Posgrado 40.22 ± 2.82 y el grupo que hace la diferencia es el de las enfermeras de nivel técnico 35.41 ± 3.65 , $p \leq 0.05$, $F=2.553$, $gl=4$, 85-89 (cuadro 9).

Entre los factores académicos tenemos las Habilidades de Razonamiento Clínico (HRC) y uno de sus componentes es el conocimiento declarativo por niveles, el cual fue comparado con la calidad del Registro Clínico de Enfermería (RCE), realizando la prueba estadística ANOVA de un factor teniendo los siguientes hallazgos: el nivel regular de conocimiento declarativo presentó un promedio mayor con 37.61 ± 3.80 puntos (de 60 posibles) siendo el grupo que hace la diferencia el nivel alto de conocimiento declarativo con una media de 35.31 ± 4.52 puntos (de 60 posibles), $p \leq 0.047$, $F=3.167$, $gl=2$, 87-89 (cuadro 10).

Otro de los hallazgos encontrados en este grupo de variables fue al comparar el nivel de las HRC con la calidad del RCE de las enfermeras, nuevamente haciendo uso del análisis de varianzas (ANOVA de un factor) hallando significancia estadística, siendo el grupo con más alta puntuación el del nivel bajo 38.69 ± 4.63 (de 60 posibles) y siendo el grupo que hace la diferencia el nivel alto 35.33 ± 4.33 (de 60 posibles), $p \leq 0.045$, $F=3.223$, $gl=2$, 87-89 (cuadro 11).

5.5 Factores laborales

Las variables que se estudiaron en este grupo son: tipo de nombramiento, turno, servicio, antigüedad institucional, antigüedad en el servicio y segundo empleo. Se realizan pruebas ANOVA de un factor para comparar turno de la enfermera con calificación del RCE, teniendo los siguientes hallazgos: el turno matutino presentó la media más alta 12.74 ± 1.92 puntos



(de 20 posibles) y el grupo que hace la diferencia es el turno nocturno A con un promedio de 9.93 ± 2.37 puntos (de 20 posibles), $p \leq 0.000$, $F=6.998$, $gl=3$, 86-89 (cuadro 12).

Así mismo se encontró con que la antigüedad en el servicio repercute en la calidad del RCE, dicho hallazgo se logró con la prueba t de student, teniendo que las enfermeras con menos de 10 años de antigüedad en el servicio obtienen el promedio más bajo, con una media de 11.82 ± 2.65 (de 20 posibles) y las que tienen más de 10 años presentaron un promedio mayor con 12.44 ± 1.80 (de 20 posibles), $p \leq 0.05$, $t=4.805$, $gl=2$, 86-88 (cuadro 13).

La frecuencia en la realización de las intervenciones para controlar el dolor durante la jornada laboral de los profesionales de enfermería repercute en el registro clínico, teniendo que los servicios con mayor frecuencia en su realización, por ser los de mayor demanda quirúrgica, son: traumatología, reemplazos articulares y columna. Por lo que se decidió agrupar los datos conforme a dicha característica, teniendo los siguientes resultados:

Se compara la calificación del RCE con los servicios que presentan mayor frecuencia en la realización de intervenciones para controlar el dolor, regular frecuencia y menor frecuencia a través de la prueba estadística ANOVA con los siguientes resultados: mayor frecuencia de intervenciones (traumatología y reemplazos articulares) presentaron el promedio más alto 12.85 ± 2.40 puntos (de 20 posibles) y el grupo que hace la diferencia es el de regular frecuencia de intervenciones (Tumores óseos y cirugía de columna) con un promedio de 11.38 ± 2.40 puntos (de 20 posibles), $p \leq 0.028$, $F=3.709$, $gl=2$, 87-89 (cuadro 14).

Un apartado importante del RCE es la nota de enfermería, la cual se comparó con el servicio de la enfermera encontrando significancia estadística mediante la prueba ANOVA de un factor, encontrando que al tercer piso de traumatología con el mayor promedio 1.50 ± 1.15 puntos (de 5 posibles) y el servicio que hace la diferencia el sexto de tumores e infecciones óseas con una media de 0.32 ± 0.67 puntos (de 5 posibles), $p \leq 0.002$, $F=4.639$, $gl=4$, 85-89 (cuadro 15).



5.6 Calidad del registro clínico de enfermería

La calidad del registro clínico de enfermería se ve reflejada a través del cumplimiento de los requerimientos del formato establecido por la institución, el cual en este caso ofrece una estructura basada en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), haciendo uso de la taxonomía NANDA y de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Al realizar la evaluación de los registros de enfermería (solo los relacionados con el dolor) a través de la matriz de recolección diseñada para tal efecto se encontró con un nivel de cumplimiento del 74.1% (cuadro 16 y figura 14).

Con respecto a la calidad del registro se realizó la correlación de Pearson en todas las variables cuantitativas, encontrando significancia estadística en los apartados que conforman el RCE: calidad del registro, puntuación de la nota de enfermería versus las HRC y la edad, sin embargo la correlación encontrada es pobre, casi nula pues es menor a 0.300 (cuadros 17 - 18).



5.7 Cuadros

Cuadro 1: Pruebas de normalidad de las variables cuantitativas

VARIABLE	VALOR DE Z	p
Antigüedad Institucional	1.349	0.053
Antigüedad en el Servicio	1.651	0.009
Edad	2.009	0.001
Años Escolares Cursados	3.196	0.000
Conocimiento Declarativo	0.912	0.371*
Pensamiento Estratégico	1.430	0.033
Habilidades de Razonamiento Clínico	0.793	0.555*
Estilos de Toma de Decisión	0.907	0.384*
Nivel de cumplimiento RCE	0.700	0.712*

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, variables con distribución normal*

Cuadro 2: Caracterización de la muestra (variables cuantitativas)

Variable	Promedio \pm Desviación estándar	n
Edad	37.13 \pm 6.02	90
Antigüedad institucional	11.13 \pm 6.70	90
Antigüedad en el servicio	4.28 \pm 3.50	90
Años escolares cursados	14.94 \pm 1.92	90
Conocimiento Declarativo	12.60 \pm 3.97	90
Pensamiento Estratégico	7.32 \pm 5.17	90
Habilidades de Razonamiento Clínico	19.92 \pm 8.11	90



Cuadro 3: Puntaje de la nota de enfermería por grupos de edad

Grupo de edad	Puntaje de la nota de enfermería* (De 5 puntos posibles)	n
26 - 30 años	1.56 ± 1.59	9
31 - 35 años	0.81 ± 1.08	31
36 - 40 años	0.50 ± 0.79†	28
≥ 41 años	0.64 ± 1.85	22

ANOVA de un factor con prueba de Bonferroni como post hoc, $p \leq 0.05$, $F=2.622$, $gl=3,86-90$

*Media ± desviación estándar † grupo que hace la diferencia

Cuadro 4: Promedios y desviación estándar de los ETD de las enfermeras

ETD	Promedio ± Desviación estándar
Media General	3.57
Evitación y pánico	3.67 ± 0.36
Vigilancia impulsividad	4.05 ± 0.47
Soluciones fáciles	3.51 ± 0.46
Autojustifica/influencia del entorno	3.41 ± 0.54
Retardo rapidez	3.77 ± 0.62
Riesgo	3.42 ± 0.70
Autojustificación	4.13 ± 0.64
Asumir responsabilidad/transferencia	3.64 ± 0.90
No consejo	2.98 ± 0.94
Racionalización	3.14 ± 0.50



Cuadro 5: Puntaje de la nota de enfermería por ETD

Estilos de Toma de Decisión (ETD)	Puntaje de la nota de enfermería* (De 5 puntos posibles)	n
Estilos negativos	0.0 ± 0.00	0
Estilos regulares	0.58 ± 0.88	64
Estilos positivos	1.15 ± 1.25	26

t de estudents para muestras independientes, $p \leq 0.019$, $t = -2.462$, $gl = 88$ * Media \pm Desviación estándar

Cuadro 6: Calificación del registro clínico de enfermería por ETD

Estilos de Toma de Decisión (ETD)	Calificación del registro de enfermería* (De 20 puntos posibles)	n
Estilos negativos	0.0 ± 0.00	0
Estilos regulares	11.72 ± 2.30	64
Estilos positivos	12.88 ± 2.40	26

t de estudents para muestras independientes, $p \leq 0.034$, $t = -2.156$, $gl = 88$ * Media \pm Desviación estándar

Cuadro 7: Habilidades de Razonamiento Clínico por Niveles

INDICADOR	Bajo %	Regular %	Alto %
Conocimiento Declarativo	7.8	42.2	50
Pensamiento Estratégico	48.9	31.1	20
Habilidades de Razonamiento Clínico	17.8	48.9	33.3



Cuadro 8: Calificación del Registro Clínico de Enfermería por escuela de procedencia de las enfermeras

ESCUELA DE PROCEDENCIA	Calificación del Registro Clínico de Enfermería* (De 20 puntos posibles)	n
ENEO	12.82 ± 2.10	38
FES-I y FES-Z	11.25 ± 2.60	16
UAM/IPN	12.18 ± 2.22	17
Otros (no universitarios)	11.11 ± 2.50‡	19

ANOVA con prueba de Bonferroni como *post hoc* con $p \leq 0.02$, $F=3.163$; $gl=3$, 86-89. * Media±Desviación estándar
‡ Grupo que hace la diferencia

Cuadro 9: Calidad del Registro Clínico de Enfermería por nivel académico de las enfermeras

NIVEL ACADÉMICO	Calidad del Registro Clínico de Enfermería* (De 60 puntos posibles)	n
Técnico	35.41 ± 3.65‡	29
Postécnico	36.60 ± 4.26	29
Licenciatura	35.53 ± 5.22	17
Especialidad de Posgrado	40.22 ± 2.82	9
Maestría	37.67 ± 5.35	6

ANOVA con prueba de Bonferroni como *post hoc* con una $p \leq 0.05$, $F=2.553$; $gl=4$, 85-89
‡ Grupo que hace la diferencia * Media±Desviación estándar

Cuadro 10: Calidad del Registro Clínico de Enfermería por nivel de Conocimiento Declarativo

NIVEL DE CONOCIMIENTO DECLARATIVO	Calidad del Registro Clínico de Enfermería* (De 60 puntos posibles)	n
Bajo	37.43 ± 5.16	7
Regular	37.61 ± 3.80	38
Alto	35.31 ± 4.52‡	45

ANOVA con prueba de Bonferroni como *post hoc* con una $p \leq 0.047$, $F=3.167$; $gl=2$, 87-89
‡ Grupo que hace la diferencia * Media±Desviación estándar



Cuadro 11: Calidad del Registro Clínico de Enfermería por nivel de Habilidades de Razonamiento Clínico de las enfermeras

NIVEL DE HABILIDADES DE RAZONAMIENTO CLÍNICO	Calidad del Registro Clínico de Enfermería* (De 60 puntos posibles)	N
Bajo	38.69 ± 4.63	16
Regular	36.39 ± 4.10	44
Alto	35.33 ± 4.33†	30

ANOVA con prueba de Bonferroni con una $p \leq 0.045$, $F=3.223$; $gl=2$, 87-89

† Grupo que hace la diferencia * Media±Desviación estándar

Cuadro 12: Calificación del Registro Clínico de Enfermería de acuerdo al turno de las enfermeras

TURNO DE LA ENFERMERA	Calificación del Registro Clínico de Enfermería* (De 20 puntos posibles)	n
Turno Matutino	12.74 ± 1.92	35
Turno Vespertino	12.67 ± 2.22	27
Turno Nocturno "A"	9.93 ± 2.37†	14
Turno Nocturno "B"	11.29 ± 2.43	14

ANOVA con prueba de Bonferroni como *post hoc* con una $p \leq 0.000$, $F=6.998$; $gl=3$, 86-89

† Grupo que hace la diferencia * Media±Desviación estándar

Cuadro 13: Calificación del Registro Clínico de Enfermería por antigüedad en el servicio de las enfermeras

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO	Calificación del Registro Clínico de Enfermería * (De 20 puntos posibles)	n
1-10 AÑOS	11.82 ± 2.65	56
> DE 10 AÑOS	12.44 ± 1.80	34

t de student con una $p \leq 0.05$, una $t=4.805$; $gl=2$, 86-88 * MediaDesviación estándar



Cuadro 14: Calificación del Registro Clínico de Enfermería por frecuencia de intervenciones para controlar el dolor

Nivel de manejo del dolor	Calificación del Registro Clínico de Enfermería (De 20 puntos posibles)*	n
Mayor frecuencia (traumatología y reemplazos articulares)	12.85 ± 2.40	33
Regular frecuencia (Tumores óseos y cirugía de columna)	11.38 ± 2.40†	40
Menor frecuencia (Especialidades múltiples)	12.12 ± 1.80	17

ANOVA con prueba de Bonferroni como *post hock* con una $p \leq 0.028$, $F=3.709$; $gl=2$, 87-89
† Grupo que hace la diferencia *Media ± desviación estándar

Cuadro 15: Puntaje de la Nota de Enfermería por servicio

Servicio	Puntuación de la Nota de Enfermería (De 5 puntos posibles)*	n
3º Traumatología	1.50 ± 1.15	18
5º Reemplazos articulares y cirugía articular	1.00 ± 1.13	15
6º Tumores e infecciones óseas	0.32 ± 0.67†	19
7º Cirugía de columna y de la mano	0.52 ± 0.93	21
8º Especialidades múltiples	0.47 ± 0.87	17

ANOVA con prueba de Bonferroni como *post hock* con $p \leq 0.002$, $F=4.639$; $gl=4$, 85-88
† Grupo que hace la diferencia *Media ± desviación estándar



Cuadro 16: Cumplimiento del Registro Clínico de Enfermería

INDICADORES	TIPO DE HABILIDAD DE RAZONAMIENTO CLINICO (HRC)	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Infusión Analgésica	CONOCIMIENTO DECLARATIVO	90 = 100%
Signos Vitales	CONOCIMIENTO DECLARATIVO	90 = 100%
Analgesia Horaria	CONOCIMIENTO DECLARATIVO	90 = 100%
Analgesia PRN	PENSAMIENTO ESTRATÉGICO	90 = 100%
EVA	PENSAMIENTO ESTRATÉGICO	63 = 70.0%
Posición	PENSAMIENTO ESTRATÉGICO	7 = 7.8%
Intervenciones realizadas	PENSAMIENTO ESTRATÉGICO	74 = 82.2%
Puntaje de la Nota de Enfermería (fases del PAE)	INTEGRACIÓN DE LAS HRC	27 = 32.8%
	PROMEDIO	74.1%

Cuadro 17: Correlación de acuerdo con la calidad del Registro Clínico de Enfermería

	Calidad RCE
Resultados esperados p	-.257* 0.01
Sustentos del diagnóstico p	-.219* 0.04
Conocimiento Declarativo p	-.232* 0.03
Habilidades de Razonamiento Clínico p	-.238* 0.024

*Correlación de Sperman



Cuadro 18: Correlación de acuerdo a la edad de la enfermera

	Edad
Diagnóstico de enfermería p	-.203* 0.05
Intervenciones de Enfermería p	-0.243* 0.02
Puntaje de la nota de enfermería p	-.213* 0.04

*Correlación de Sperman



5.8 Figuras

Figura 1: Calidad del Registro Clínico de Enfermería (gráfica de tallo y hoja)

Nivel de cumplimiento del Registro Clínico de Enfermería

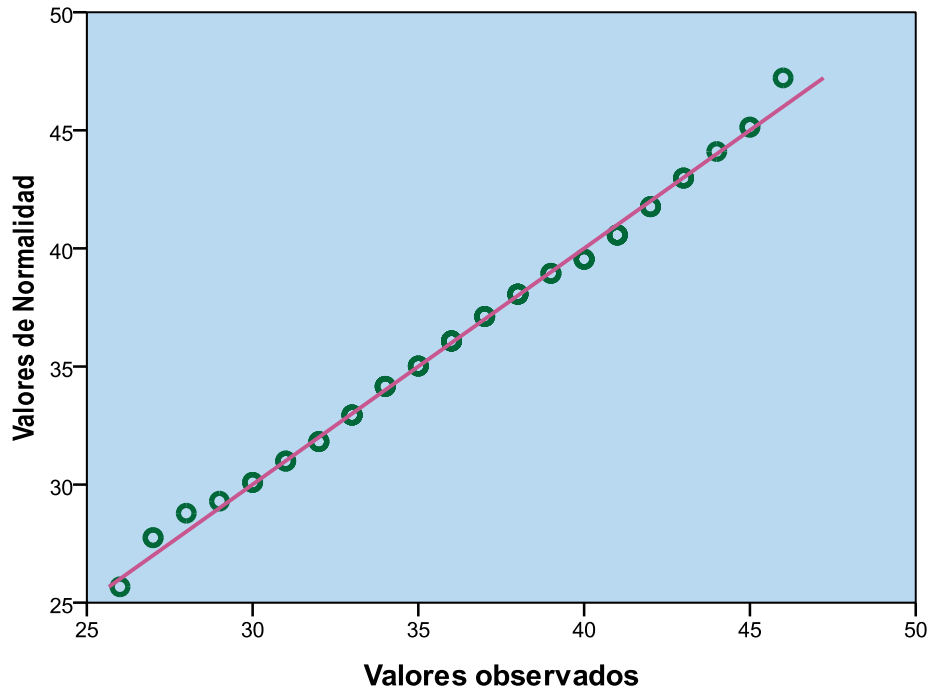


Figura 2: Distribución de la Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería

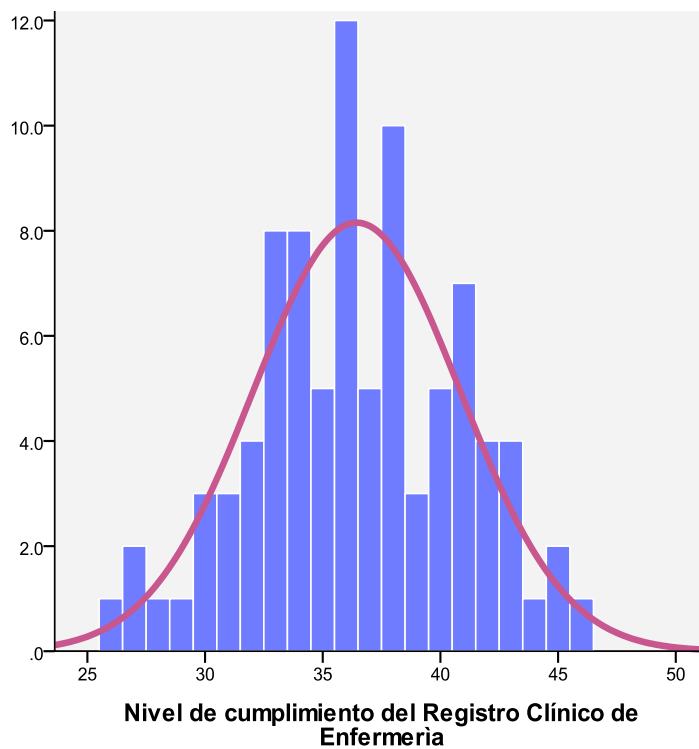




Figura 3: Estado civil de las enfermeras

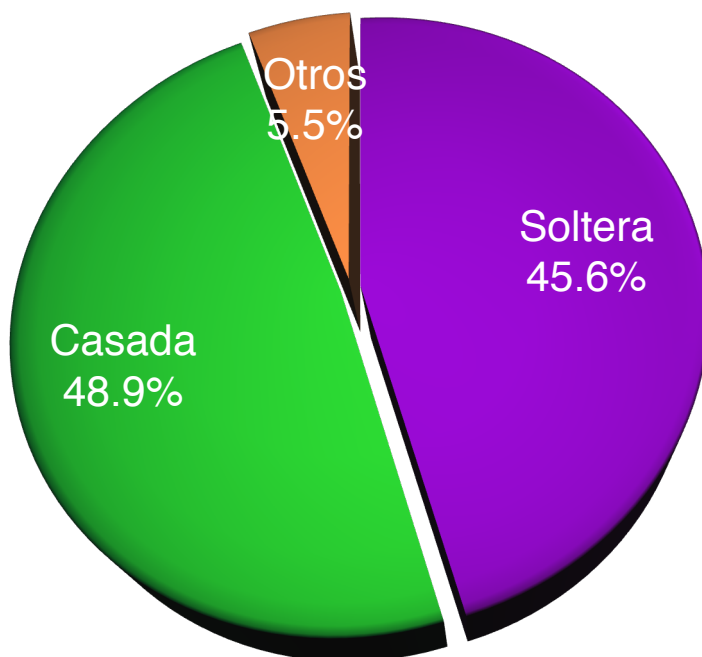


Figura 4: Número de hijos de la enfermera

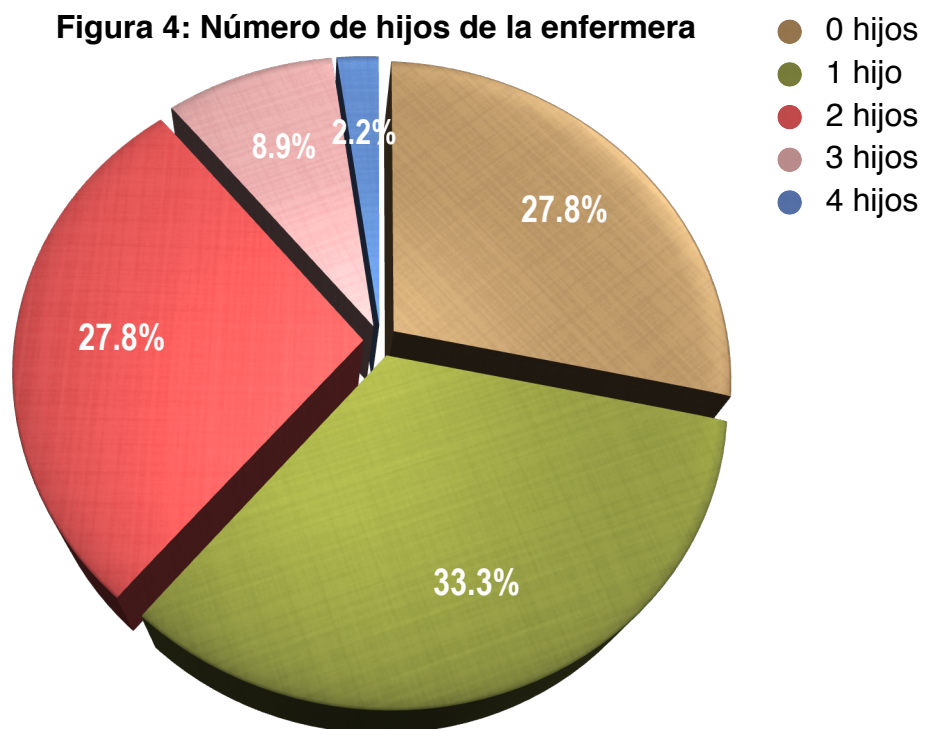




Figura 5: Estilos de Toma de Decisión de las enfermeras

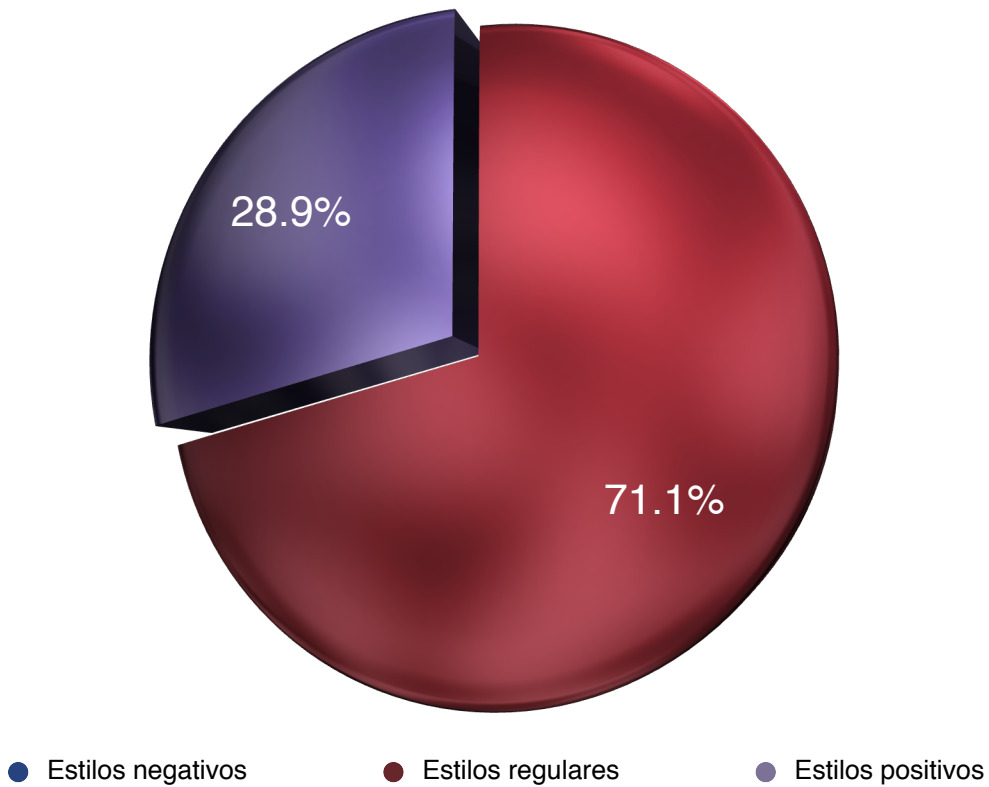


Figura 6: Turno de las enfermeras

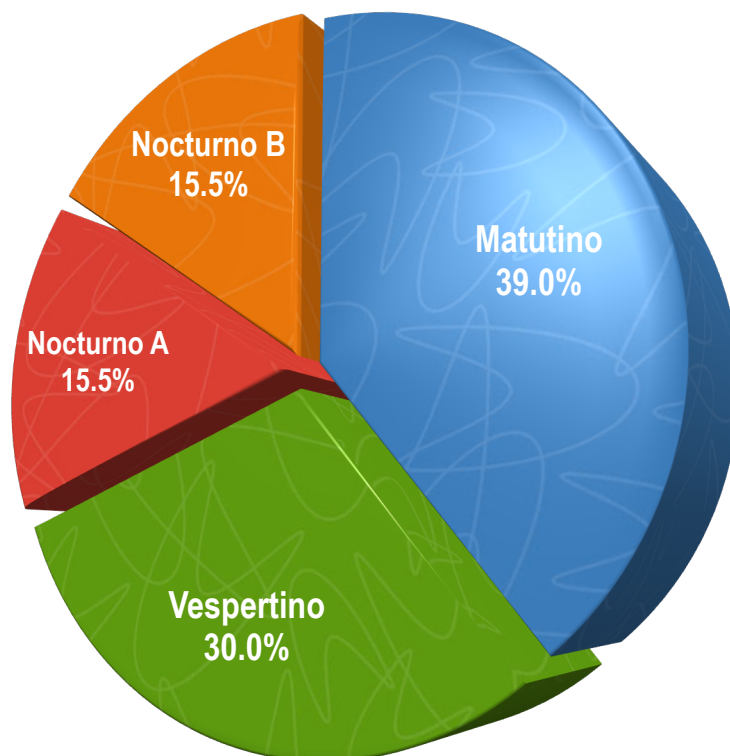
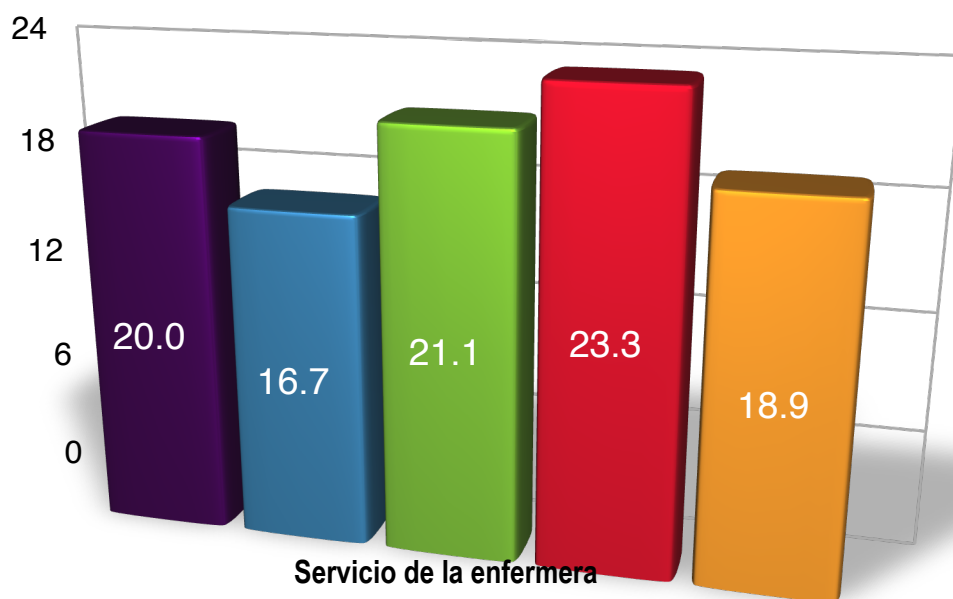


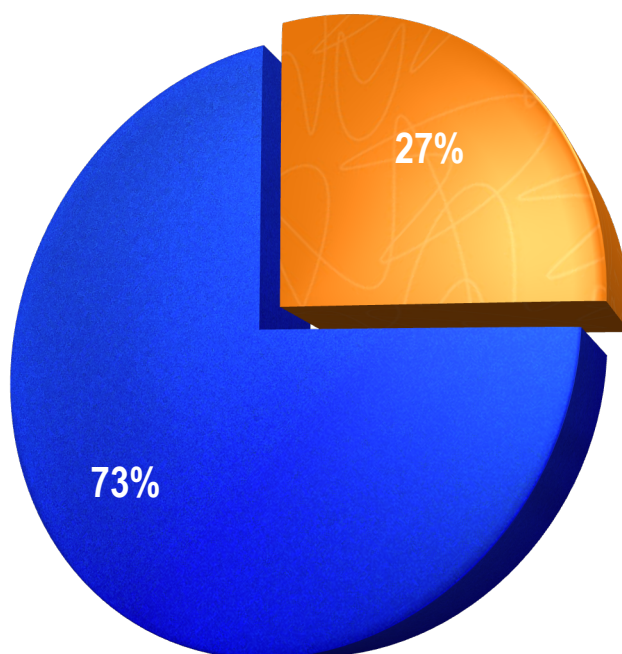


Figura 7: Servicio de la enfermera



- Traumatología
- Reemplazos articulares
- Tumores e infecciones óseas
- Cx Columna y Mano
- Especialidades múltiples

Figura 8: Segundo empleo de la enfermera



- Si
- No



Figura 9: Tipo de nombramiento de la enfermera

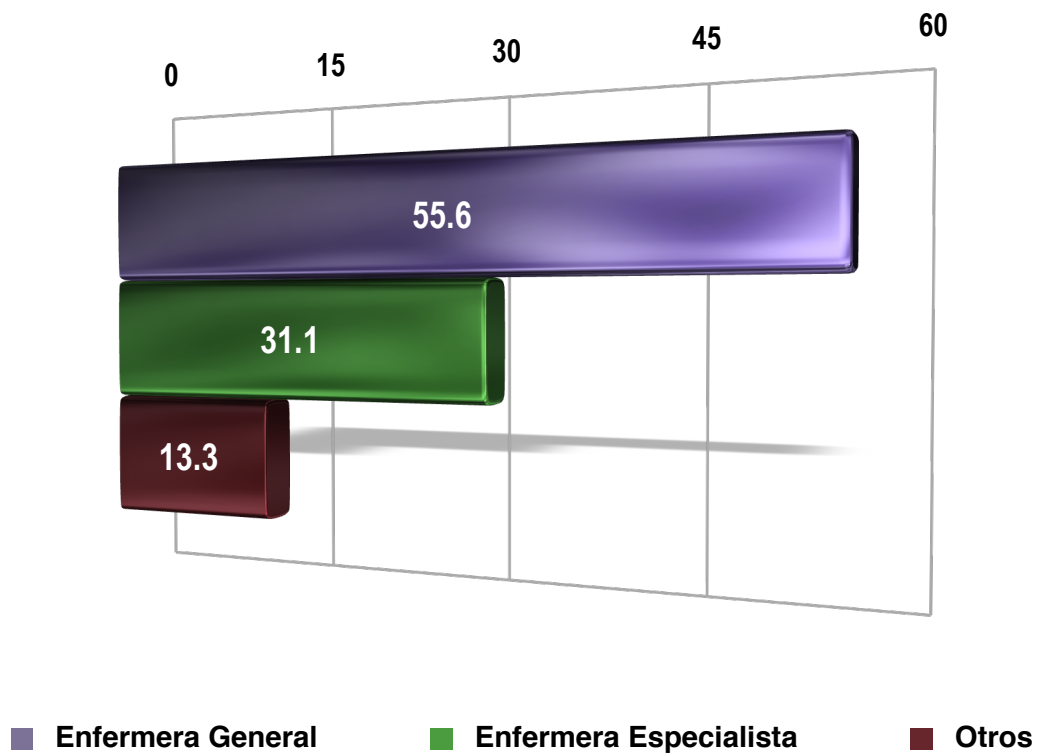


Figura 10: Escuela de Procedencia

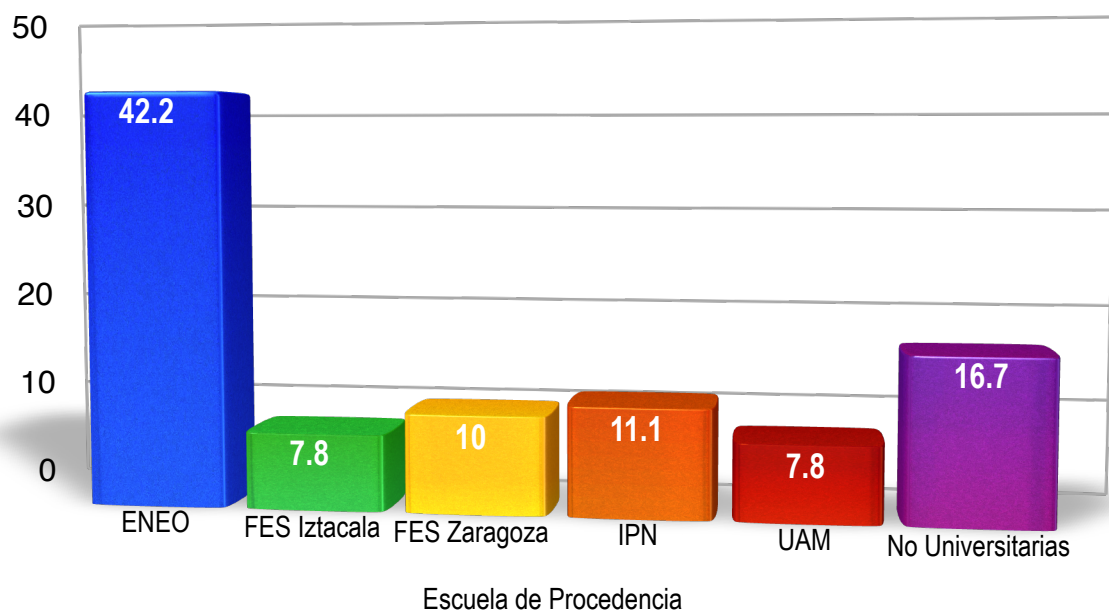




Figura 11: Nivel académico de las enfermeras

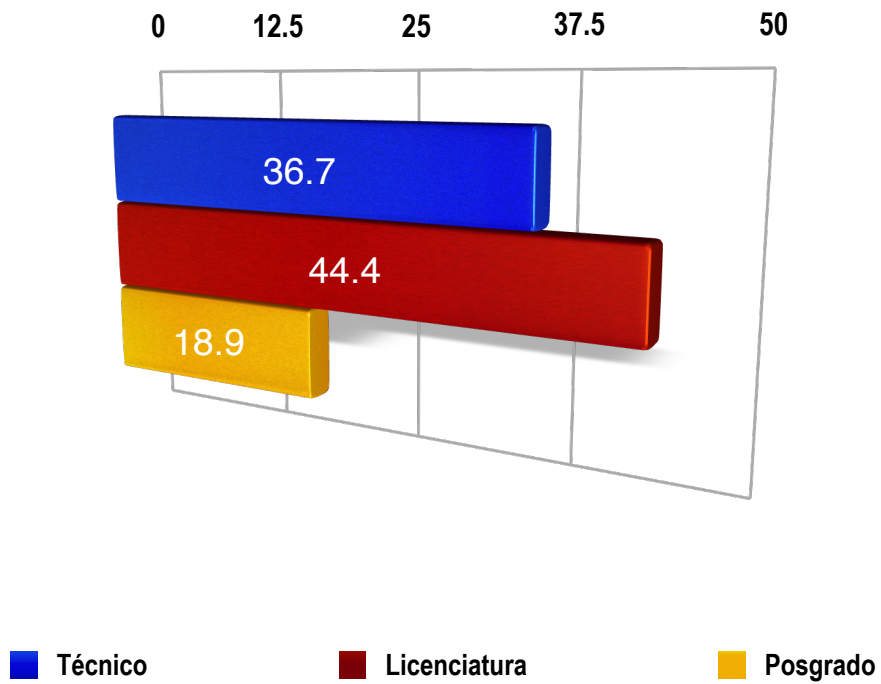


Figura 12: Niveles de HRC de las enfermeras

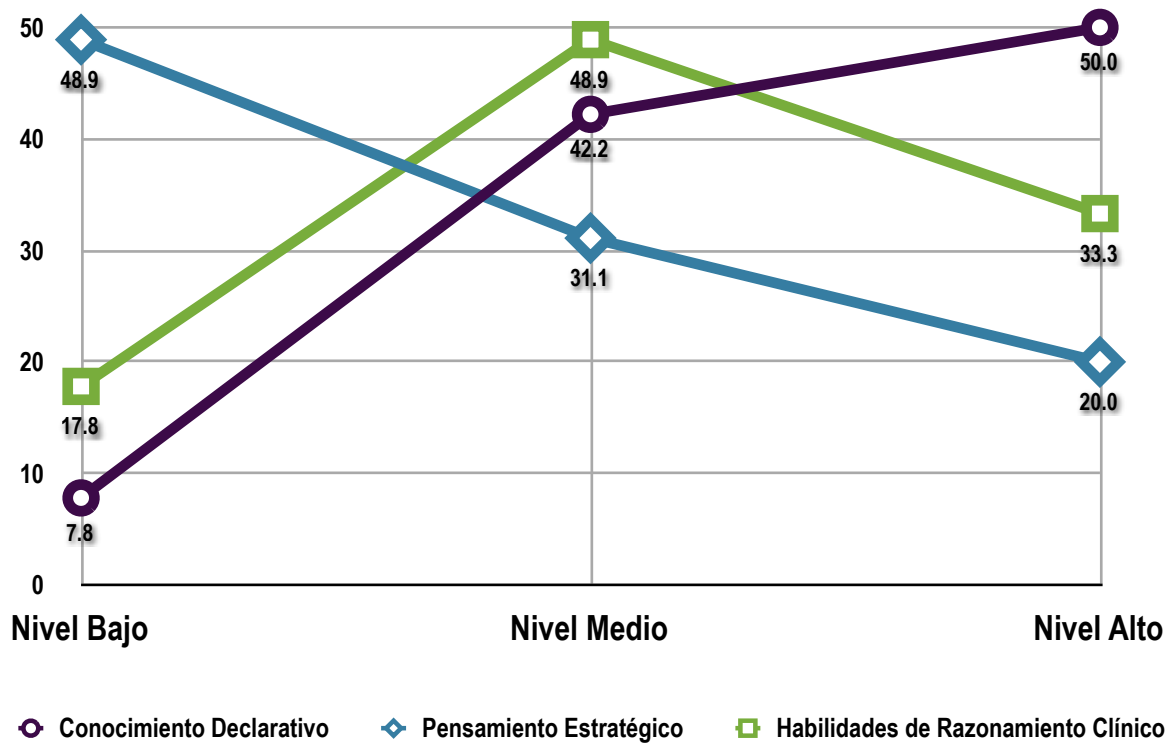




Figura 13: Puntaje promedio de las Habilidades de Razonamiento Clínico

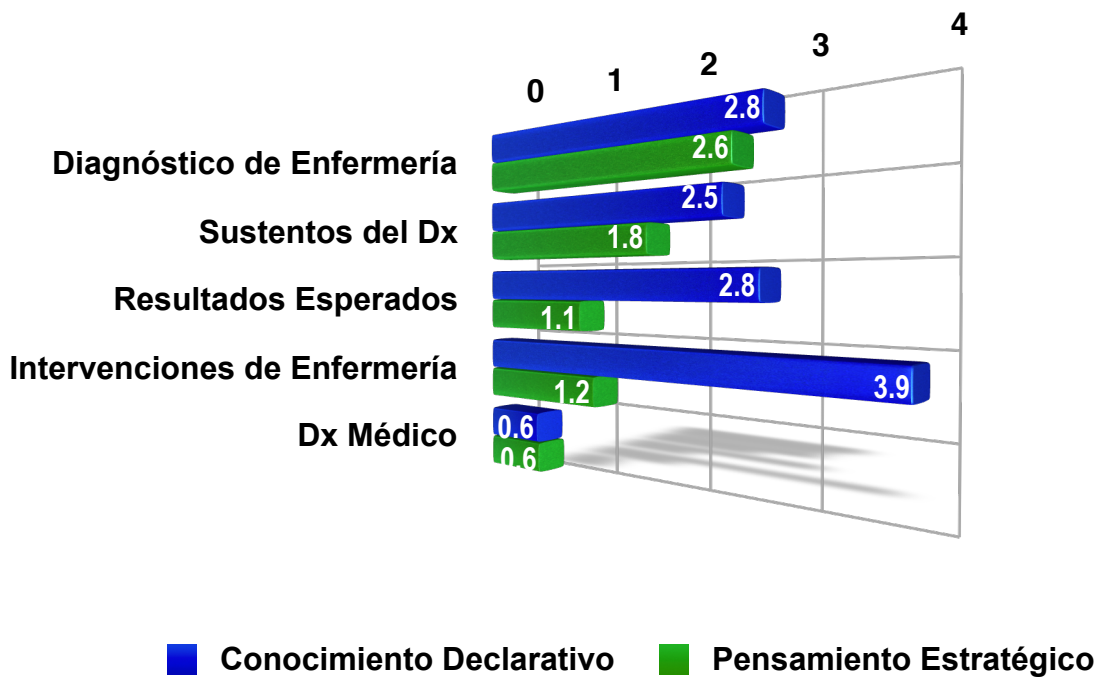


Figura 14: Cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería



Categorías de evaluación del Registro Clínico de Enfermería

- Infusión analgésica
- Signos vitales
- Analgesia horaria
- Analgesia PRN
- EVA
- Posición
- Intervenciones realizadas
- Puntaje de la nota
- Porcentaje de cumplimiento



VI) Discusión

La Comisión Permanente de Enfermería (CPE) define la calidad de los servicios de enfermería como la atención oportuna, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para la práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios. Los estándares a que se refiere es el uso consciente del PAE a través de los Planes Estandarizados de Cuidado Enfermero (PLACE).⁴²

Dichos estándares consideran la atención de enfermería al paciente con dolor, mismos que para ser evaluados es necesario hacerlo a través del análisis de la calidad de la documentación, de ésta dependen las estrategias futuras. Tratando de comprender los factores que influyen en la calidad de los registros clínicos de enfermería es que se planteó esta investigación.

Para poder comprender el registro clínico de enfermería y la calidad de éste, es imprescindible analizar algunos de los factores que influyen en su realización, por lo tanto se tuvo la necesidad de separar dichos factores en tres categorías trascendentales en el desarrollo profesional de las enfermeras. Tales categorías son: factores personales, factores académicos y factores laborales, en relación con la calidad del registro clínico.

6.1 Factores personales y su influencia en la calidad de los registros clínicos de enfermería

Los factores personales estudiados fueron edad, estado civil, número de hijos y Estilos de Toma de Decisión (ETD), de entre estos factores sólo demostraron influir en la calidad del registro clínico de la atención de enfermería en adultos con dolor ortopédico postoperatorio, la edad de la enfermera y los Estilos de Toma de Decisión.

En cuanto a la edad se encontró que las enfermeras de 26 a 30 años obtuvieron el mayor promedio en el puntaje de la calidad de la nota de enfermería, sin embargo el puntaje más bajo (0.50) lo obtuvieron enfermeras de 36 a 40 años de edad. Dicha información permite inferir que las enfermeras con mayor puntaje son egresadas de la licenciatura en enfermería y que tienen conocimientos acerca del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) lo que hace que su puntaje sea mayor; sin embargo es necesario mencionar que



aun el mayor puntaje es bajo, ya que el cumplimiento excelente es de 5 puntos (integración de las 5 fases del PAE en la nota de enfermería) con lo que se infiere que hace falta capacitación del personal en lo referente al PAE, taxonomías NANDA, NIC y NOC pues resulta obvio que los puntajes aun son bajos en los apartados de evaluación contemplados en esta investigación.

Continuando con los factores personales, resulta favorable el hecho de que las medias más altas de los ETD correspondan a dos estilos positivos (vigilancia/impulsividad y retardo rapidez), aun cuando la segunda más alta pertenece a un estilo negativo autojustificación, con estos resultados se ve reforzado el hecho de que haya habido significancia estadística en los estilos positivos versus los regulares presente en la calificación del registro clínico y en el puntaje de la nota de enfermería, aun cuando el mayor número de enfermeras se encuentran en los estilos regulares, con lo que se puede inferir que los ETD influyen la calidad del registro clínico de enfermería, solo en su forma positiva y en menor grado en los estilos regulares. Aunque es de llamar la atención que en los ETD exista una ausencia total de estilos negativos.

Los resultados presentados en esta investigación, en lo referente a los ETD, son contrarios a los presentados en estudios similares con estudiantes novatos y avanzados, en los cuales existe muy poca diferencia en las medias de los ETD negativos y positivos, con mayor énfasis en los estilos negativos, lo cual puede deberse a la experiencia profesional de las enfermeras estudiadas, lo cual puede haber influido en la ausencia de estilos negativos.⁴³

6.2 Factores académicos y su influencia en la calidad de los registros clínicos de enfermería

Los factores académicos abordados en este estudio fueron: escuela de precedencia, nivel académico, años escolares cursados y las Habilidades de Razonamiento Clínico (HRC) Conocimiento Declarativo (CD) y Pensamiento Estratégico (PE).

De entre los factores académicos que tienen que ver con la calidad de los registros clínicos de Enfermería y que fueron analizadas en este estudio fueron las HRC, las cuales se derivan del Pensamiento Crítico, y que son definidas como un proceso activo, organizado y cognitivo empleado para examinar cuidadosamente el propio pensamiento y



el de los demás, asimismo de tener en cuenta que dicho proceso implica el uso de conclusiones, toma de decisiones, deducción y reflexión.^{19, 44}

Las enfermeras estudiadas presentaron un uso excelente del CD, con un cumplimiento del 100%, el cual implica solo el uso de la memoria para recordar conceptos y reconocer patrones, no así al hacerlo con el PE en los cuales presentaron porcentajes variados en su cumplimiento, del 7.8% al 100%, este apartado comprende secuenciación y discriminación entre conceptos y sus sustentos dispuestos en una red. El descenso del cumplimiento fue más evidente al integrar ambas HRC: CD y PE con 32.8%, esto puede deberse a que al llenar los espacios del formato de registro ya no es necesario hacer énfasis en la respuesta del paciente a las intervenciones realizadas; no obstante los altos porcentajes de algunos apartados del registro se está obviando la parte más rica de la experiencia del cuidado: la evaluación de la evolución del paciente por cada turno, la cual debe presentar los resultados de las intervenciones, a través de la respuesta del paciente, con lo que podemos aseverar que se cumple parcialmente con el registro de la evidencia del área asistencial de enfermería, pues se está dejando de lado el registro, el cual puede permitir la investigación basada en la evidencia y repercutir en el cuidado enfermero.

Otro de los factores que influye en la calidad del registro es la escuela de procedencia de las enfermeras, en la que el factor universitario es determinante para la calidad del registro, pues la escuela de procedencia con mayor calidad fue la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (12.82) versus otras (11.11%), la cual incluye: CONALEP, CECYT, Secretaría de salud (nivel técnico) y escuelas particulares no incorporadas. Teniendo en cuenta que el avance en los planes y programas de estudios de las instancias universitarias como: ENEO, FES Iztacala, FES Zaragoza, IPN y UAM está basado en la investigación, comparación externa y demandas sociales de necesidades de salud es comprensible la diferencia obtenida.^{45, 46, 47, 48}

Teniendo en cuenta lo anterior, con relación a la escuela de procedencia, también se tuvo una marcada mejoría en la calidad del registro cuando era realizado por enfermeras profesionales que además presentaban nivel de posgrado (especialidad), dato no secundado por las enfermeras profesionales de nivel superior (licenciatura) quienes presentaron el segundo promedio más bajo (cuadro 9), lo cual tal vez tenga relación con la licenciatura realizada con un curso complementario de un año precedida de un examen único de apro-



bación del bachillerato, con lo cual se elimina la experiencia escolar en el aula o, para casos de bachillerato no escolarizado, la del autoaprendizaje.

Continuando con las Habilidades de Razonamiento Clínico (en este estudio determinado el nivel como bajo, regular y alto), éstas tuvieron influencia negativa en la calidad del registro con significancia estadística (cuadros 10 y 11), ya que el nivel más bajo de CD y HRC es el que presenta mayor calidad del registro clínico, lo cual puede explicarse por la falta de capacitación del personal de enfermería en lo referente a teorías y modelos de enfermería y PAE, ya que aun cuando existe un alto porcentaje de enfermeras con licenciatura, la mitad de estas curso el programa complementario para la licenciatura en un año, con lo que resulta insuficiente para aprender teorías y modelos y PAE, rompiendo con un paradigma técnico que les ha funcionado durante su vida laboral y cambiar a un paradigma de sistematización de la actividad profesional de enfermería. En contraste la literatura muestra que el uso de un formato de registro basado en el PAE proporciona estructura a la actividad de la disciplina enfermera y facilita el uso del pensamiento crítico, por lo tanto refuerza el razonamiento y favorece la toma de decisiones correctas. Tal y como se plantea en estudios realizados en México y Brasil, los cuales concluyen que la vinculación de los conocimientos adquiridos en la escuela con la actitud reflexiva ante situaciones reales (experiencias de cuidado) desarrolla el sentido crítico de los estudiantes de enfermería, pero para llegar a lo ya demostrado en estos estudios es necesario asegurarse que todos los profesionales que laboran en la institución manejen el mismo lenguaje y puedan sistematizar la información de la actividad profesional de enfermería.^{49, 50}

El hallazgo anterior nos permite inferir que las HRC debieran ser mejores en el profesional de enfermería ya que se enfrenta a situaciones reales de cuidado con diferentes grados de complejidad de manera cotidiana, lo cual lo hace evolucionar de novato a experto pasando por las etapas mencionadas por Patricia Benner,⁵¹ sin embargo la vinculación teórico-práctica puede verse limitada por la actualización y adquisición de conocimientos durante la práctica profesional, pues no siempre el profesional de enfermería continua capacitándose efectivamente durante su vida laboral, además de que el nivel de aprendizaje no se refleja sólo en las calificaciones de un certificado sino en la aplicación del conocimiento adquirido en el periodo de formación profesional.

Sin embargo existe un obstáculo netamente laboral para el uso de las HRC, el cual está



representado por los sistemas de trabajo, los cuales están enfocados al problema y no al resultado, en la mayoría de las instituciones dedicadas a la atención de la salud, limitando el desarrollo de las HRC, como ejemplo tenemos los resultados obtenidos en un estudio realizado por el equipo de trabajo del modelo AREA (Análisis de Resultados del Estado Actual): el uso de este modelo ayudó a los estudiantes de pregrado y posgrado a mejorar el aprendizaje de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, por lo que se recomienda enfocarse en la calidad de la respuesta de los estudiantes para poder mejorar la totalidad del conocimiento y no sólo los esquemáticos.^{52, 53, 54}

Con lo que se puede inferir que aun cuando el formato de registro presente un esquema de las fases del PAE no se garantiza que todas las enfermeras lo conozcan y sobre todo que lo manejen en la práctica, por lo que su uso y registro durante la jornada laboral no siempre representa la puesta en práctica de las HRC, lo cual refuerza la influencia directa de los factores académicos con la calidad del registro clínico de enfermería.

6.3 Factores laborales y su influencia en la calidad de los registros clínicos de enfermería

Los factores de origen laboral considerados en este estudio fueron: turno, servicio, antigüedad institucional, antigüedad en el servicio, tipo de nombramiento y segundo empleo, este último sin demostrar influencia dada la ausencia de significancia estadística al igual que la antigüedad institucional.

En cuanto a los factores laborales que demostraron tener influencia en la calidad del registro clínico, dada su significancia estadística, en primer lugar tenemos al turno de la enfermera, dicha influencia puede explicarse por el alto porcentaje de profesionales de enfermería (nivel licenciatura) en el turno matutino con mayor calidad (43.3%) versus el turno nocturno A, el cual obtuvo la menor calidad de registro (18.9%), pues resulta obvio que al tener el nivel profesional se tiene conocimiento del PAE y cierto dominio de las fases que lo componen, en consecuencia podemos inferir que encuentran útil el registro o que al tener el conocimiento les resulta lógico la realización del registro.

De la misma forma la antigüedad de las enfermeras en el servicio representó mejor calidad del registro, con un promedio de 11.82 en las enfermeras con menos de 10 años y de 12.44 en las que tienen una antigüedad mayor a 10 años. Lo anterior nos habla de cierto grado de expertez en la realización del registro, tal y como lo plantea Patricia Benner ⁵¹ a



través de su modelo Dreyfus con cinco niveles de eficiencia: principiante, principiante avanzada, competente, eficiente y experta (Anexo 7).

La frecuencia en la realización de las intervenciones para controlar el dolor ortopédico postoperatorio por parte de las enfermeras durante su jornada laboral en servicios con altos porcentajes en la frecuencia de cirugías diarias, también representa un factor que influye en la calidad del registro clínico, tal es el caso de los servicios de: traumatología, columna y reemplazos articulares, los cuales tienen número superior de cirugías mayores de cadera, columna, rodilla y fémur, asimismo de las menos invasivas pero no menos dolorosas como las osteosíntesis de: tobillo, tibia, hombro, húmero, radio, falanges, carpos, metacarpos tarsos y metatarsos. Reforzando que el uso continuo de las experiencias reales del cuidado hace que se pongan en práctica las HRC y refuerza el razonamiento crítico, además de proporcionar cierto grado de expertez como ya se mencionó en la teoría de Patricia Benner.^{49, 50, 51}

6.4 Calidad de los registros clínicos de enfermería

En esta investigación la calidad de los registros clínicos de Enfermería representó la variable dependiente, la cual mostró en la población estudiada un nivel de cumplimiento del 74.1%, lo que nos habla de una efectividad regular, es decir semáforo amarillo, según la Comisión Permanente de Enfermería. Con lo que se tienen oportunidades de mejora a corto y mediana plazo mediante capacitación continua para reforzamiento y monitoreo de los registros clínicos que nos lleven hasta el semáforo verde (nivel de cumplimiento superior al 84%).⁵⁵

El nivel de cumplimiento de los Registros Clínicos de Enfermería encontrado tiene relación directa con las intervenciones de enfermería relacionadas con el control del dolor, tales intervenciones son: valorar la intensidad del dolor, control de factores ambientales que influyen la respuesta al dolor, disminuir y/o eliminar factores que precipiten o aumenten el dolor, realizar técnicas no farmacológicas para disminuir el dolor, dar tratamiento farmacológico prescrito, evaluar eficacia de las medidas y finalmente identificar efectos adversos de los analgésicos. Por lo tanto es necesario conocer su evolución, registrada por el subcomité de valoración, prevención y control del dolor de la institución sede de la investigación a partir de un estudio previo a esta investigación, donde se evaluó la realiza-



ción de las intervenciones de enfermería a pacientes con dolor, mediante la elaboración de un indicador (anexo 9) obteniendo los siguientes resultados:⁵⁶

Se encontraron coincidencias entre la realización de las intervenciones de enfermería con mayor porcentaje y el registro de las mismas en las siguientes intervenciones; corroborar indicación médica (87%) y proporcionar tratamiento farmacológico prescrito (86%) versus el registro de la intervención dar tratamiento farmacológico prescrito (56.6%), éstas presentan relación directa con el conocimiento declarativo, por su vinculación con la rutina y no con el método del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), además de reflejar que existe la probabilidad de que se realicen intervenciones no farmacológicas como la relajación, imágenes dirigidas, etc. por parte del profesional de enfermería.

Por el contrario en lo referente al uso de escalas del dolor existe un marcado avance en su utilización y la realización del registro, ya que el manejo de la Escala Visual Análoga (EVA), incluida en el formato de registro, presentó a un incremento de casi el doble del 46% al 82.2%, probablemente porque la valoración y su registro requieren del uso de la misma. Con lo cual se exige poner en práctica las HRC y la toma de decisiones para relacionar el resultado de la valoración del dolor con las consecutivas intervenciones.

Sin embargo no existe concordancia con los registros de la utilización de intervenciones no farmacológicas, pues entre su ejecución y su registro hay una diferencia importante pasando del 23% al 14.8%. Lo cual sugiere que no siempre se registra lo que se hace y que el carácter empírico de dichas intervenciones le resta importancia a la ejecución y en consecuencia al registro de las mismas.

Continuando con la misma línea, el control de los factores ambientales y de los factores que precipitan o influyen la respuesta al dolor sólo tuvieron un cumplimiento de 16.3% y 13.7% respectivamente, éstos no fueron recabados en el primer estudio de evaluación, sin embargo fue notoriamente bajo su registro, lo cual sugiere que las intervenciones de origen psicológico o que no requieren de una instrumentación material (jeringas, medicinas, etc.) pareciera que no representan acciones con valor para las enfermeras, por lo que la ausencia de registro no significa la no realización del cuidado, sino que son un foco rojo en la gestión de enfermería por representar vacíos en el cuidado y ausencia de reporte de



la respuesta a este tipo de intervenciones, lo cual coarta la evidencia de la respuesta del paciente ante la actuación profesional de enfermería.

Con respecto al eje central de este estudio: la calidad del registro clínico de enfermería, se observa una ejecución mediana (74.1% de cumplimiento), aun así representa un avance al compararlo con los resultados obtenidos en el estudio de ejecución de intervenciones de enfermería recolectadas por el subcomité de evaluación y control del dolor, en el cual se observó un 43% de cumplimiento. Sin embargo el registro de la efectividad de la analgesia (34.5%) es menor ante la ejecución de la intervención (42%) lo cual confirma que la rutina hace que se obvien datos importantes al momento de registrar. Ambos estudios, el realizado por el subcomité del dolor de la institución sede y la presente investigación, demuestran que el uso de un formato de registros clínicos de enfermería estructurado con base en el PAE resulta un avance en la calidad del registro clínico de enfermería.⁵⁶

Tomando en cuenta que en la medición inicial del subcomité de dolor no se utilizaba aun el formato de registro que incluye las fases del PAE, podemos inferir que existe relación entre la calidad del registro con el formato de soporte con las fases del PAE, las intervenciones de enfermería y los resultados esperados. Lo cual ya fue demostrado en el año 2006 en un estudio realizado en el Hospital General de México donde se implementó una estrategia en la que se aplicó el método enfermero al diseño de formatos de registros clínicos, obteniendo una mejoría en el registro de las intervenciones de enfermería de un 80% a un 91%.⁵⁷ Con lo que queda demostrado que el uso de formatos que estimulen el uso de las HRC, favorecen la calidad del registro y señalan a las HRC como un factor que influye en la calidad del registro clínico de enfermería.

Otro aspecto importante para la calidad del registro clínico de enfermería, además de cumplir con las fases del PAE, es tomar en cuenta las siguientes características del registro: ser reales, ser exactos, ser completos, ser actuales y estar organizados.^{58, 59, 60} Sobre todo si hablamos del dolor, el cual compromete la calidad de vida de los pacientes y su prevalencia hace que dicha calidad asistencial sea puesta en duda.

En consecuencia las exigencias en cuanto a la actuación profesional interdisciplinaria del sistema de salud son mayores, por lo tanto las respuestas discutidas en esta investigación



pueden coadyuvar en la formulación de estrategias desde los escenarios de la gestión de enfermería, docencia e investigación que sigan respondiendo a preguntas de investigación relacionadas con el tema de la calidad de los registros clínicos de enfermería.⁴² Dichas estrategias deben ir encaminadas a la mejora del registro clínico del dolor, no sin antes llevar a cabo acciones que permitan evaluar el grado de cumplimiento del mismo.



VII) Conclusiones

La calidad de los registros clínicos de la atención de enfermería del adulto con dolor ortopédico postoperatorio representan la evidencia correspondiente a la calidad del cuidado enfermero, sobre todo si sabemos que en la actualidad el dolor es considerado como el quinto signo vital, por lo que las iniciativas a nivel nacional e internacional van encaminadas al logro del hospital libre de dolor. Además de la existencia de innumerables sociedades dedicadas al estudio del dolor como síntoma, entidad nosológica y mecanismo de homeostasis presente en casi todas las enfermedades.

Dada la importancia del dolor, representa un reto para la gestión de enfermería, pues es el capital humano quién resuelve, ignora o empeora el dolor de los pacientes en las unidades hospitalarias. Por lo que esta investigación cumple con los objetivos planteados al describir los factores estudiados y determinar su influencia en los registros clínicos de enfermería, establecer los efectos de los factores y precisar el grado de cumplimiento de los mismos, con lo que se pueden establecer estrategias para mejorar la calidad del registro clínico de enfermería.

En lo referente a la hipótesis planteada se puede decir que se rechaza parcialmente ya que de los factores laborales estudiados sólo dos no presentaron significancia estadística: tipo de nombramiento, y segundo empleo, sin embargo los tres restantes turno, servicio y antigüedad presentan influencia que se puede tomar como negativa, ya que las puntuaciones arrojadas son más bajas en condiciones extremas, como el turno nocturno, menor antigüedad, servicio y frecuencia de realización de las intervenciones, lo cual es esperable, pero no deja de ser negativo. Contrario a lo planteado en la hipótesis.

Sin embargo dentro de los factores académicos esbozados en esta investigación todos presentaron influencia en la calidad del registro, tal y como se planteo en la hipótesis de trabajo, pero en el caso de las Habilidades de Razonamiento Clínico éstas presentan influencia negativa, pues a mayor puntaje de las mismas la Calidad del Registro Clínico de Enfermería disminuye, lo cual debiera ser inverso, denotando un uso pobre del pensamiento crítico.

En cuanto a los factores personales fueron dos indicadores los que no presentaron influen-



cia en la Calidad del Registro Clínico de Enfermería, estos fueron estado civil y número de hijos, no obstante la edad presenta influencia que puede considerarse negativa pues es de llamar la atención que las enfermeras más jóvenes presenten mayor puntuación de la nota de enfermería (aun cuando el resultado es demasiado bajo 1.5 de 5 posibles); por otro lado los Estilos de Toma de Decisión tienen influencia positiva pues los Estilos de Toma de Decisión positivos presentan mayor puntaje en la nota de enfermería, y aunque ya de por sí es bajo el resultado obtenido, también es mayor en la calificación del Registro Clínico de Enfermería por lo tanto su influencia puede tomarse como positiva en la calidad del registro.

En lo referente a los factores académicos, éstos demostraron tener influencia en la calidad del registro clínico al ser comparados con las Habilidades de Razonamiento Clínico, tanto en la escuela de procedencia de las enfermeras como en el nivel académico de las mismas, con un nivel de cumplimiento del registro del 74.1%, lo cual nos remite a pensar en las necesidades académicas de los profesionales de enfermería no satisfechas durante su formación académica, o en todo caso olvidadas por la influencia de la rutina y el bajo o nulo desarrollo del pensamiento crítico al enfrentar el cuidado en su práctica cotidiana.

Los factores laborales que ostentaron influencia en la calidad del registro fueron el turno, la antigüedad en el servicio y la frecuencia en la realización de las intervenciones del dolor por la enfermera. Por lo tanto las condiciones laborales en que se desempeña la enfermera es un factor a considerarse en las estrategias para mejorar la calidad de los registros clínicos de enfermería, tomando en cuenta que la antigüedad en los servicios determina una especialización y rutinización de las actividades realizadas durante el cuidado, por lo que se hace necesario calcular cambios de acuerdo al desempeño del profesional de enfermería, de sus habilidades y capacitación continua durante el periodo de estancia en los servicios, y esto solo puede hacerse a través de la evaluación del personal, de capacitación continua y auditorías que permitan evaluar el cuidado en general, mediante procesos de trazabilidad que sean documentados a partir de los registros clínicos, días de estancia y reingresos por complicación de la patología, eventos adversos, etcétera, siempre con el objeto de medir, mejorar y no de encontrar culpables en algún profesional de la salud.



En cuanto a los factores personales, demostraron tener influencia positiva en la calidad del registro clínico de enfermería en las dimensiones edad y Estilos de Toma de Decisión, sin embargo fue solamente en la nota de enfermería y calificación del registro clínico, no así en la calidad total del mismo. Aunque deben de contemplarse dichas dimensiones al plantear estrategias de acción en la gestión, la edad no es modificable, pero los Estilos de Toma de Decisión pueden ser modificados a través de la gestión y de la educación continua, también pueden ser encaminadas durante el periodo de formación académica en los alumnos de pregrado y durante los cursos de especialización.

De está manera se encontraron elementos que apoyan la necesidad de implementar estrategias de mejora en la gestión del capital humano en el escenario asistencial y también información útil para la mejora de los planes y programas de estudios en el escenario educativo. Finalmente se puede decir que al realizar esta investigación se pueden encontrar diferentes temas para investigaciones futuras, por lo tanto también se dieron aportaciones para el escenario de la investigación en enfermería, pues se logro la aplicación de la misma en temas por demás médicos, como el dolor, visto desde la perspectiva de la enfermera gestora. Cumpliendo además con los objetivos del perfil del egresado de la maestría en enfermería.



VIII) Limitantes del estudio

Las facilidades prestadas para la realización de esta investigación fueron mermadas por la falta de experiencia en la participación de investigaciones de cualquier tipo, por parte del profesional de enfermería, ya que al sentirse medidos, juzgados y finalmente evaluados su respuesta no fue la idónea.

Otra limitante del estudio fue el ambiente laboral, ya que la comunicación en cascada no siempre fluye, pues no todo el personal estaba informado acerca de la aplicación del instrumento y había cierta resistencia a contestarlo, además la carga de trabajo en los turnos matutino y vespertino determinó la cantidad de tiempo dedicado a responder el instrumento, aun cuando la encuestadora suplía las funciones pendientes, siempre se realizaba con premura.

Es importante señalar que los datos reunidos con la matriz de recolección de registros clínicos de enfermería fue realizada posterior a la encuesta del personal, por lo que sufrió algunos cambios en el personal asignado a los servicios, sin embargo resulta un apoyo importante a la investigación, ya que el hecho de resolver el instrumento y conocer las intervenciones de enfermería en un caso clínico pudo representar un sesgo en los resultados, situación disminuida debido a la rotación de personal en los turnos vespertino y matutino.



IX) Sugerencias

Por todo lo expuesto en este documento se realizan las siguientes sugerencias:

- Implementar un mayor número de investigaciones en la institución sede de la misma que involucre a un mayor número de enfermeras en su realización, con la finalidad de familiarizar al profesional de enfermería con la participación activa y pasiva en las fases de la investigación.
- Continuar con una línea de investigación de los registros clínicos de enfermería, tal vez a manera de auditorías internas con retroalimentación a las áreas netamente asistenciales, planteamiento de estrategias de mejora y difusión de la experiencia de mejora a través de la publicación.
- Continuar investigando acerca del control del dolor, no solo como elemento para medir la calidad de la atención, sino como un indicador que promueve la seguridad del paciente, disminuyendo un número importante de riesgos clínicos, por su carácter polifacético en la homeostásis del organismo en el proceso de salud enfermedad y buscando ser un hospital libre de dolor.
- En cuanto a las estrategias de gestión para la mejoría en el registro clínico de enfermería, global, no sólo del dolor se sugiere implementar un programa de capacitación continua que garantice el conocimiento del PAE, la taxonomía NANDA, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), con supervisión programada de por lo menos 3 veces al año. Con lo que se garantiza una mejora en el registro de enfermería, ya demostrado en México y otros países, además de proporcionar elementos para discernir la aplicación del PAE.
- Continuando con las estrategias de gestión es importante madurar los sistemas de trabajo a través de la consolidación de equipos de profesionales de enfermería que busquen el desarrollo del pensamiento crítico, el trabajo basado en resultados y la aplicación de los PLACES como una herramienta guía de la toma de decisiones, que debe ser razonada, cuestionada y enriquecida, que además debe evitar que se caiga en la rutina.



- Introducir a los programas de especialización técnica y de posgrado programas que promuevan el desarrollo de las Habilidades de Razonamiento Clínico y los Estilos de Toma de Decisión positivos, además de incorporarlos en los cursos de capacitación continua de la institución, tanto internos como externos.
- Que los planes y programas de estudios en las Instituciones de Educación Superior que forman enfermeras profesionales (UNAM, IPN, UAM, Universidad Panamericana, UNITEC) incorporen estrategias que promuevan el desarrollo de las Habilidades de Razonamiento Clínico y los Estilos de Toma de Decisión positivos, con énfasis en sistemas de trabajo basado en resultados.
- Debido a que la institución sede es de tercer nivel de atención, representa un instituto escuela y por lo tanto tiene un compromiso enorme para con la investigación, se sugiere la formación de un grupo de investigación en enfermería que garantice el aumento de la producción científica del profesional de enfermería; pudiendo integrar a todos los egresados del posgrado UNAM, UAM y otros al proyecto, pues se cuenta con una plantilla laboral con buen nivel académico.
- Motivar y apoyar la participación local, estatal, nacional e internacional en la difusión de resultados de todas las investigaciones, según los propios alcances de los resultados obtenidos en cada una de ellas.
- Finalmente se sugiere una posterior formación de grupos de investigación interdisciplinarios, ya que la institución sede cuenta con egresados de posgrado de casi todas las áreas: psicología, trabajo social, enfermería y médicos; además de contar con profesionales en las áreas de comunicación humana, terapia física y ocupacional. Con lo cual se podría realizar un megaproyecto, como los característicos de la UNAM.



Referencias Bibliográficas

- ¹ Aguirre Gas-HG. **Evaluación de la calidad de la atención médica ¿una tarea para médicos?** Cir Ciruj 2007;75: 149-150
- ² Méndez CG y Cols. **La trascendencia que tiene el registro de enfermería en el expediente clínico.** En revista mexicana de Enferm Cardiológica 2001;9 (1-4):11-17.
- ³ Idvall E y Ehrenberg A. **Documentación de enfermería del tratamiento del dolor postoperatorio.** Base J Clin Nurs. 2002 Nov; 11 (6): 734-42
- ⁴ Currel R, Urquhart C. **Sistemas de registros de enfermería: efectos sobre la práctica de enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida).** En La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. 2003. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com>
- ⁵ Fónseca-Niño EE. **Factores Asociados con la intensidad del dolor en el paciente postoperado hospitalizado.** Red de Enfermería de América Latina. UANL. Consultado 17/09/09. Disponible en www.real.com
- ⁶ **González-Aguirre RM. Valoración y documentación de Enfermería del manejo del dolor en el periodo postoperatorio.** Red de Enfermería de América Latina. UANL. Consultado 17/09/09. Disponible en www.real.com
- ⁷ **Rejeh N, Ahmadi F, Mohammadi E, Anoosheh M, Kazemnejad A. Obstáculos y facilitadores de la gestión del dolor postoperatorio en la enfermería de Iran: un estudio cualitativo.** En Int Nurs Rev. 2008 Dec; 55 (4): 468-75.
- ⁸ Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez Guerrero JC, Gil M. **Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes.** Rev Soc Esp Dolor. 2008; 11: 197-202
- ⁹ González MCI. **Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería en el hospital general de zona No. 32 Villa Coapa.** Disponible en www.monografias.com Consultado 3/04/2010.
- ¹⁰ Torres SM. **“Calidad de los registros clínicos de enfermería: continuidad del cuidado y seguridad del paciente”.** Tesis de maestría en enfermería, ENEO UNAM. México, marzo de 2011. pp. 118



-
- 11 Calderón HG. **“Lo estratégico y lo humano en la dirección de personas”**. En Pensamiento&gestión. Colombia, 2004. pp.160- 175
- 12 Huerta E y de Bourg JC. **“Pensamiento Estratégico”**. En CICAG/ Universidad Rafael Beloso Chacín. 5(2) 2009: 117-130
- 13 NOM 168 2008. Disponible en www.ssa.gob.mx consultada 27/03/2009
- 14 Secretaría de Salud. **“Decálogo de Ética para las enfermeras y enfermeros en México”**. México, diciembre, 2001. pp. 11-19. www.ssa.gob.mx
- 15 Secretaría de Salud. **“Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México”**. México, diciembre, 2001. pp. 11-19. www.ssa.gob.mx
- 16 García RS. **“Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería”**. En Nure Invest. (28) 2007:1-8.
- 17 Méndez CG. **“La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico”**. Rev Mex Enf Cardiológica. 2001;9(1-4): 11-17
- 18 American Nurses Association. **“Nursing scope and standards of performance and standards of clinical practice”**. American Nursing Publishing. USA, 2004.
- 19 Alfaro LR. **“Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería”**. Elsevier Masson. España, 2009. pp. 36, 82-83, 191-192.
- 20 Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. **“Fundamentos de enfermería”**. Volúmen I. Pearson-Prentice Hall. España, 2008. pp. 175-194.
- 21 Baily RE, Lloyd ZM, Claire ML, Neeson JD. **“Manual de la Enfermería”**. Grupo Océano. España, 2003. pp. 1-10
- 22 King MI. **“Enfermería como profesión. Filosofía, principios y Objetivos”**. México, 1992. 2da edición, Editorial Limusa. pp. 85-92.
- 23 Scheffer B, Rubenfeld M. **“A consensus statement on critical thinking in nursing”**. (2000) Journal of Nursing Education, 39(8), 353.
- 24 APA Delphi Report. **“A statement of experts consensus for purposes of educational assesment and and instruction”**. (1990) ERIC Document Reproduction.
- 25 López J. **“Aplicación del Proceso de Enfermería en las prácticas clínicas”**



-
- del estudiante**". *Enfermería Clínica* 1994; noviembre-diciembre 4(6): 254-259.
- ²⁶ O'Connors, Jacobsen y Stacey, 2002: 570
- ²⁷ Morán PL *et al*, "**Modelo para el desarrollo de juicios y toma de decisiones clínicas en estudiantes de enfermería**" *Rev Psicol Gral y Aplic México*, 2006; 49(2): 267-278
- ²⁸ Dyches CS. "**Clinical teaching and clinical reasoning in a baccalaureate degree nursing program**". USA, 1998.
- ²⁹ Barbero I, E Villa, A Maciá, C Pérez y MA Navas. "**Adaptación española del cuestionario DMQ II de León Mann**". *Rev Psicol Gral y Aplic* 1993; 46(3):333-338.
- ³⁰ Sims ML, PRICE AS, ERVIN E *et.al*. "**Administración de los servicios de enfermería**". 1ra ed. México: Interamericana; 1986. pp. 147-193.
- ³¹ García-Higuera JA. "**El proceso de toma de decisiones y de resolución de problemas**". (acceso 2-12-08) Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/tomadeciones.htm>
- ³² Estilo en la toma de decisiones (acceso 9-06-09) Disponible en: <http://www.ges tiopolis.com/recursos4/docs/ger/>
- ³³ Maciá, I. Barbero *et all*. "**Instrumento para evaluar estilos de toma de Decisión**". USA, 1993
- ³⁴ SSA. **Encuesta Nacional de Calidad**. México, 2006.
- ³⁵ INEGI. **Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social**. Cuaderno Núm. 20. México, 2003. pp. 39-40, 41-53, 107-127
- ³⁶ Koval K. **Fracturas y luxaciones**. Marban. España, 2003. p 9
- ³⁷ Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP)
- ³⁸ *Lancet* 1999; 353:2051
- ³⁹ Prithvi Raj P. **Tratamiento práctico del dolor**. España, 2002. Harcout. pp.177-204
- ⁴⁰ Jensen MP, Chen C, Brugger AM. **Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain**. *J Pain* 2003;4:407-414, 425-427



-
- ⁴¹ Aubrun F, Langeron O, Quesnel C, Coriat P, Riou B. **Relationships between measurement of pain using visual analog score and morphine requirements during posoperative intravenous morphine titration.** *Anesthesiology* 2003;98: 1415-1421.
- ⁴² Comisión Permanente de Enfermería (CPE). **Difusión de las estrategias para la implementación de PLACES.** México, 2008. Consultado en www.cpe.gob.mx
- ⁴³ González VS, Morán PL, Sotomayor SS, León MZ, Espinosa OA. **“Un estudio comparativo de estilos de toma de decisión en estudiantes novatos y avanzados de enfermería de la UNAM”.** *Perfiles educativos.* 2011; 133(33): 134-143.
- ⁴⁴ Potter P, Griffin A. **Fundamentos de enfermería.** Vol. 1, Elsevier. España, 2002. pp. 283-299, 434-454, 511-578.
- ⁴⁵ Hernández J, Martínez MC, Arriola G, Rugerio MA, Morales MC Marín MA. **Mapa curricular abierto, con énfasis en el cuidado de la salud humana.** *Desarrollo Cientif. Enferm.* mayo 2004; 12(4):118-122.
- ⁴⁶ Sistema Integral de administración escolar, UNAM, ENEO. **Estructura y seriación del plan de estudios. 0817.** www.dgae-siae.unam.mx. consultado 30/03/2009
- ⁴⁷ Sistema Integral de administración escolar, UNAM, FES Iztacala. **Estructura y seriación del plan de estudios. 10105.** www.dgae-siae.unam.mx. consultado 30/03/2009
- ⁴⁸ Sistema Integral de administración escolar, UNAM, FES Zaragoza. **Estructura y seriación del plan de estudios. 0441.** www.dgae-siae.unam.mx. consultado 30/03/2009
- ⁴⁹ García M, Matus R. **Actitud clínica en estudiantes de enfermería ante situaciones clínicas complejas.** *Rev. Enferm. IMSS* 2002; 10(3): 131-136
- ⁵⁰ Goes SN F. **Desarrollo y evaluación de objeto virtual de aprendizaje interactivo conforme al proceso de razonamiento diagnóstico en enfermería aplicado al recién nacido prematuro.** Tesis de doctorado, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Brasil, 2010
- ⁵¹ Benner, Patricia. **Práctica progresiva de enfermería.** Editorial Grijalbo. España, 1987. pp. 41-65



-
- ⁵² Bartlett R. **Evaluation of the Outcome-Present State Test as a way to teach clinical Reasoning.** Nursing J 2008; 47(8): 337-344.
- ⁵³ Kuiper R, * Pesut D y D Kautz, . **Fomento de Autorregulación en la capacidad de razonamiento clínico en estudiantes de enfermería.** Nursing J. 2009; 3:76-85.
- ⁵⁴ Kautz D, Kuiper R, Pesut D, Brown P, Daneker D. **Promover el razonamiento clínico en los estudiantes de enfermería de la universidad: aplicación y evaluación del Modelo OPT de razonamiento clínico.** Nursing J. 2009; 2:38-47.
- ⁵⁵ Secretaría de Salud **Evaluación de los servicios de enfermería.** México, 2006.
- ⁵⁶ Aguilar E, Chávez A, Tapia M, Garnica M. **Intervenciones de enfermería en la valoración, prevención y control del dolor.** IX reunión Anual de investigación INR. México, 2008.
- ⁵⁷ Téllez SE, Posos MJ, Salazar Mejía A. **Resultados comparativos de la evaluación de los registros clínicos de enfermería a través de la aplicación del método de enfermería.** 1a Semana Internacional de innovación y calidad en salud, SSA. México, 2008.
- ⁵⁸ Bolivar I, Cataló E, Cadena R. **El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad.** Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2005; 52:131-140.
- ⁵⁹ Kozzier B, Erb G, Blais K, Wilkinson J. **Fundamentos de enfermería.** 5a ed. vol. 1, McGraw-Hill interamericana. México, 1999. pp. 176-261.
- ⁶⁰ Nettina S. **Enfermería práctica de Lippicott.** 6a ed. vol 1, McGraw-Hill interamericana. México, 1999. pp. 3-9.



Bibliografía consultada

- Achury SD. **“Dolor: la verdadera realidad.”** Aquichan. 2008;8(2):1-12.
- Avendaño GN, Ramírez VT, Colín EL, Rentería PC, López MC. **“Exactitud, precisión y curva de aprendizaje del instrumento para los registros clínicos de enfermería. Estudio comparativo.”** Rev Esp Méd-Qx 2011;16(2):97-103.
- Blanco AM, Oliva TL, Bosch BR, Menendez LR, Suárez BR. **“Evaluación del razonamiento clínico.”** Educ Med Sup 2005; 19 (4):
- Bolívar I, Cadena R, Catalá E, Sánchez A, Serrano I, Valls C. **“Evaluación del seguimiento registro del síntoma dolor por parte de enfermería en un hospital universitario”** V Congreso Soc Esp Dolor España, 2002.
- CONAMED. **“Legislación en los servicios de enfermería”** México, 2008.
- Espinosa C. **“El modelo AREA”** <http://www.aentde.com>
- Fancione AP. **“Pensamiento crítico: que es y porqué es importante”** Versión 2007 en Español: <http://www.eduteka.org/PensamientoCriticoFacione.php>
- Fernández CA, Vílchez LJ, Caballero J. **“Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica.”** Rev. Soc. Esp. Dolor. 2006;(3):151-158.
- Girelli M, Dima G, Reynoso S, Bauman L. **“Aplicación de actividades para practicar habilidades de pensamiento crítico y superior en un curso universitario de electromagnetismo”** Lat. Am. J. Phys. Educ. 2009; 3(2):339-349
- Gómez AM. **“No me da miedo la muerte, me da miedo el dolor”** Index Enferm. España, 2007;(58):63-67.
- Gorbanef Y. **“Que se puede aprender de la literatura sobre el aprendizaje basado en problemas”**. Rev.fac. Cienc.econ. Colombia 2010;18(1):61-74



-
- Gorbanef Y. **“Mapa conceptual para el aprendizaje basado en problemas”** Estud.gerenc. 2009; 25(110):111-124.
 - Guerra LU, Covarrubias GA, Rodríguez CR, Carrasco RA, Aragón G, Ayón VH. **“Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México.”** Cir Ciruj. 2007; (75):385-407.
 - Guevara LU, Covarrubias GA, Hernández OA. **“Desarrollo de los parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo”** Rev. Mex. Anestesiol. México, 2004;27 (4):200-204.
 - ISEM. **“Manual operativo para el llenado de formatos del expediente clínico.”** Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud. México, 2006. pp. 63.
 - Martínez VJ, Torres LM. **“Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones”** Rev. Soc. Esp. Dolor. 2000;(7):465-476.
 - Morán PL, Espinosa A, Paredes BL. **“Habilidades de razonamiento clínico en estudiantes de enfermería un estudio comparativo entre novatos y expertos.”** X Congreso Nacional de Educación, 2010.
 - Muñoz BF, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. **“Complicaciones del dolor postoperatorio”** Rev. Soc. Esp. Dolor. 2001;(8):194-211.
 - Neira F, Ortega J. **“Guías de práctica clínica en el tratamiento del dolor. Una herramienta en la práctica clínica.”** Rev. Soc. Esp. Dolor. 2008;(6):399-413.
 - Organización Panamericana de la Salud. **“Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería”** Washington, 2001. pp.160.
 - Peña OD. **“El dolor como quinta constante vital: Valoración de Enfermería.”** Reeduca (Enfermería, Fisioterapia y POdología. 2010; 2(1):176-186.
 - Prithvi RP. **“Tratamiento práctico del dolor.”** Harcourt. España, 2002. pp.70-77, 102-107, 115-204, 284-309, 349-378, 465-475, 917-950, 1031-1057.



- Romero BI. **“Dolor: diagnóstico de enfermería en un caso clínico”** Desarrollo científ Enferm. México, 2004; 12(10):304-308.
- Romero RM, Jimeno SJ. **“Reflexiones sobre el manejo del dolor desde la enfermería naturista”** Medicina naturista. 2005; (8):415-419.
- Roykulcharoen V, Good M. **“Relajación sistemática para aliviar el dolor”** Enferm Clínica. México, 2005;15(1):51-52.
- Sánchez HB. **“Abordajes teóricos para comprender el dolor humano”** Aquichan. 2003;3(3):32-41.
- Sánchez SR, Pernia JV, Calatrava J. **“Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería”** Rev. Soc. Esp. Dolor. 2005;(12):81-85.
- Valentín LB, García CJ, Muñoz RJ, AParicio GP, Diez SJ, Criado JA. **“Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calida”** Rev. Soc. Esp. Dolor. 2006;(53): 408-418.
- Zavala RM, Vázquez MO, Guzmán BT. **“Manejo del dolor y la percepción del paciente con enfermedad crónica”** Desarrollo científ Enferm. México, 2006; 14 (8):297-301.



Anexos



Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

No. de Folio: _____

ESTUDIO SOBRE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL REGISTRO DEL DOLOR ORTOPÉDICO POSTOPERATORIO

Este instrumento está elaborado con el fin de conocer cuales son los factores que influyen en la realización de los registros clínicos de enfermería relacionados con el dolor ortopédico postoperatorio.

El instrumento cuenta con una primera sección de datos generales y dos secciones más que deberás contestar de acuerdo a tu criterio.

Toda la información que proporciones será manejada de manera confidencial. De antemano se agradece tu participación en el este estudio, ya que nos permitirá implementar estrategias para mejorar la calidad de los registros clínicos de enfermería y por ende la continuidad del cuidado.

SECCIÓN I: DATOS GENERALES

Instrucciones: Marca la casilla correspondiente y proporciona los datos solicitados según sea el caso.

- 1.- Escuela de procedencia: _____ 2.- Estado Civil: Soltero ()
- 3.- Edad: _____ Casado ()
- 4.- Número de hijos: _____ Otro: _____
- 5.- Tipo de nombramiento: 6.- Antigüedad en el Instituto: _____
Enfermera General () 7.- Antigüedad en el servicio: _____
Enfermera Especialista () 8.- Servicio: _____
Otro: _____ 9.- Turno: Matutino ()
Vespertino ()
- 10.- Nivel académico Nocturno "A" ()
Técnico () Posttécnico () Nocturno "B" ()
Licenciatura () Posgrado ()
Maestría () Otros: _____ 11.- Trabaja como enfermera (o) en otro lugar
No ()
Si () ¿Dónde?



SECCIÓN II: HABILIDADES DE RAZONAMIENTO CLÍNICO

Instrucciones: a continuación se te presenta un caso clínico, lee detenida y cuidadosamente y después pasa a las dos siguientes secciones.

A) Caso Clínico

Ernesto cuenta con 18 años de edad, mide 1.78m y pesa 85kg, hace 2 días se fractura y luxa el tobillo derecho en un juego de fútbol, es el menor de 4 hermanos, debido a que sus padres trabajan en oficinas de gobierno es su hermano mayor quien lo asiste en las primeras horas de pos operado.

Desde su ingreso al hospital niega alergias y padecimientos agregados, presenta tatuajes en tórax anterior y en deltoides izquierdo, además de perforaciones en ceja y lengua. A pesar de haber negado toxicomanías se recomienda tener cuidado con el manejo de psicotrópicos y opioides. El día de hoy se le realizó reducción de fractura luxación a primera hora en la sala de quirófanos correspondiente al servicio de traumatología.

Egresó tempranamente del servicio de recuperación al área de hospitalización, donde se le inicia infusión analgésica con 600 mcg de buprenorfina y 80mg de parecoxib en 250ml de solución salina al 0.9% para pasar en 24hrs, la cual inicio hace 2 horas. No tiene indicados analgésicos extras con horario, solamente clonixinato de lisina 200mg IV de rescate hasta en 3 ocasiones en 24horas y paracetamol 1g vía oral PRN.

Desde su ingreso a recuperación presenta micción espontánea, ya inició la vía oral con líquidos claros sin problema. En miembro pélvico derecho, región suropodálica, tiene instalado vendaje de Robert Jones con capas de algodón irregulares, con demasiada presión y con huellas de sangrado a pesar del apósito en herida quirúrgica. También presenta edema (+++), palidez e hipotermia en dedos del pie derecho.

Al ser atendido por la enfermera del turno matutino presenta elevación de la T/A 140/90 y tendencia a la taquicardia de 98x', además de referir EVA 8/10, se encuentra inquieto sin lograr una posición que le ofrezca comodidad, con miembros inferiores y región cervical con extrema tensión muscular



B) Cuadro de relación de enunciados

Instrucciones: una vez que hayas leído el caso clínico deberás identificar y marcar con una "X" en el cuadro que enseguida aparece a lo que crees que se refiere el enunciado.

Ejemplo de llenado (no tiene que ver con el caso clínico)

	Diagnósticos de Enfermería	Sustento del Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenciones de Enfermería
Colocar barandales laterales a la cama				X
Cama sin protección		X		
Riesgo de traumatismo	X			
Integridad física			X	

Cuadro de llenado para el Caso clínico

	Diagnóstico de Enfermería	Sustento del diagnóstico	Resultados esperados	Intervenciones de Enfermería
1. Tensión corporal generalizada				
2. Control de factores ambientales que influyen respuesta al dolor				
3. Disminuir ansiedad				
4. Realizar técnicas no farmacológicas para disminuir el dolor				
5. Signos vitales normales				
6. Dar Tratamiento farmacológico prescrito				
7. Signos vitales por encima de lo normal				
8. Posición antiálgica				
9. Dolor agudo				
10. Disminución del edema				
11. Relajación Muscular				
12. 4 horas de Postoperado				
13. Identificar efectos adversos de los medicamentos				
14. EVA en 8/10				
15. Disminución del dolor				
16. Facies de dolor y ansiedad				
17. Evaluar eficacia de las medidas				
18. Disminuir y/o eliminar factores que precipiten o aumenten el dolor				
19. EVA 3/10				
20. Valorar la intensidad del dolor				

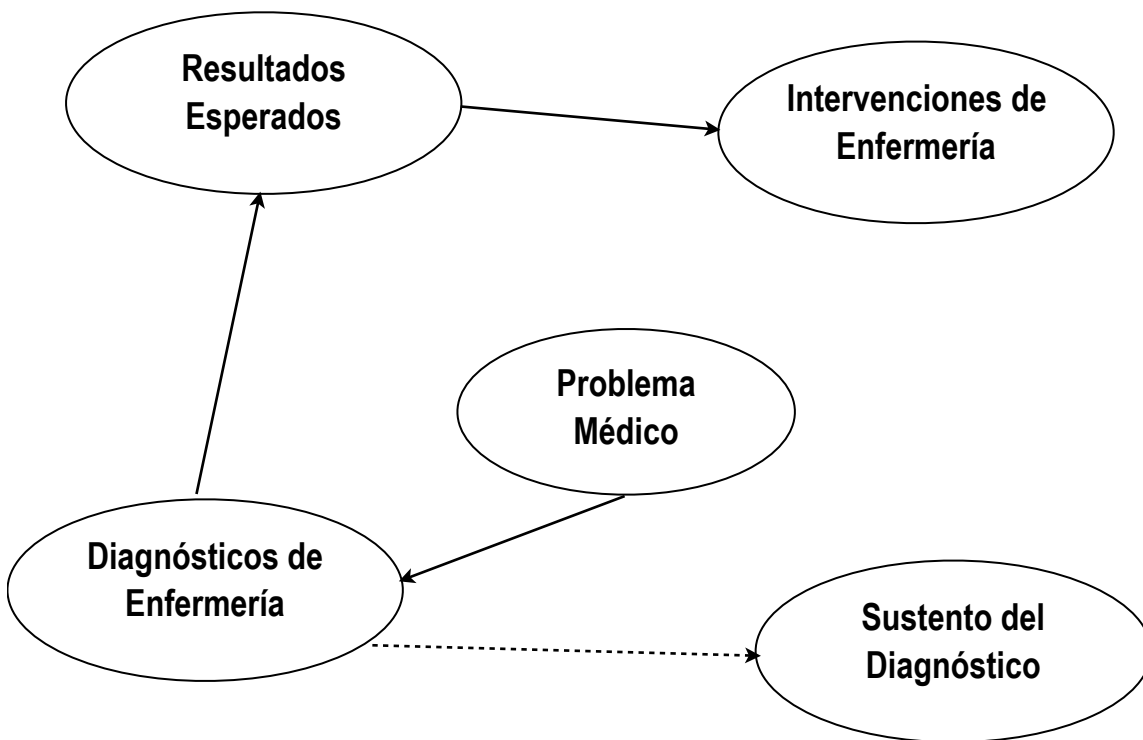
21.- ¿Cuál es el principal problema médico identificado?



C) Mapa de enunciados

Instrucciones: con base en el mismo caso clínico, a continuación se presenta un mapa de enunciados que deberás relacionar con una flecha de línea continua \longrightarrow siguiendo obligatoriamente la siguiente lógica: Problema médico identificado, diagnósticos en los que la enfermera tiene una labor independiente, resultados esperados e intervenciones de enfermería. También deberás relacionar con una flecha cuya línea es punteada $- - - \rightarrow$ el diagnóstico y los sustentos para llegar a este

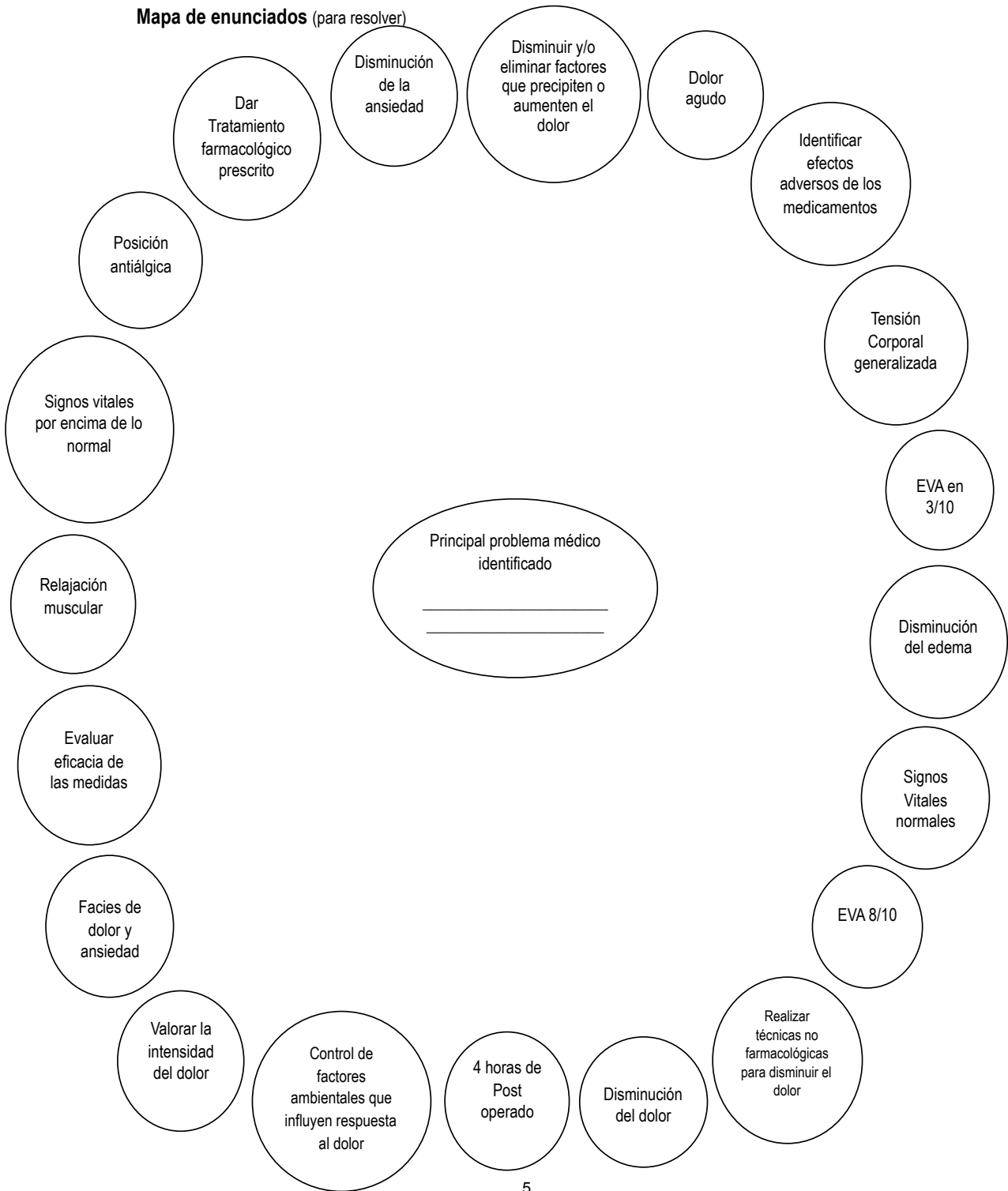
Ejemplo



Nota: es necesario que ponga mucha atención en la diferencia y dirección de las flechas.



Mapa de enunciados (para resolver)





SECCIÓN III: ESTILOS DE TOMA DE DECISIÓN

Instrucciones: la gente difiere en la forma en que toma sus decisiones. Por favor indique marcando con una cruz, cual de las alternativas para cada pregunta se ajusta mejor a su estrategia a la hora de tomar una decisión.

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1.- Me da miedo equivocarme al elegir una alternativa					
2.- Me influye la opinión de los demás cuando tomo mis Decisiones.					
3.- Me siento contento con las decisiones que tomo.					
4.- Cuando tengo que tomar decisiones analizo detenidamente las consecuencias de cada alternativa y elijo aquella que me produzca menor problema.					
5.- Las opiniones de otras personas influyen mucho en mí a la hora de tomar una decisión.					
6.- Me asusta la responsabilidad de tomar decisiones.					
7.- Me gustaría que ante una decisión importante fuese otro el que eligiera por mí.					
8.- Si tengo que tomar una decisión importante prefiero hacerlo cuanto antes.					
9.- Cuando tomo una decisión, siempre pienso que debí haber elegido otra alternativa.					
10.- Ante varias alternativas elijo regularmente la que presente menor dificultad					
11.- Elijo aquella alternativa que "a primera vista" me parece la más idónea, sin analizar demasiado las demás.					
12.- Cuando tengo que tomar una decisión me guío por corazonadas.					
13.- Cuanto más impacto tiene la decisión que debo tomar menos prefiero aplazarla.					
14.- Cuando tengo que decidir algo importante me cuesta conciliar el sueño.					
15.- Me pongo nervioso cada vez que tengo que tomar alguna decisión, aunque esta no sea muy importante.					
16.- Analizo con mucho más cuidado las alternativas que me ofrecen, si las consecuencias de mi elección afectan a muchas personas, que si solo me afectan a mí.					
17.- El tener que tomar decisiones es una fuente de problemas en mi vida.					
18.- Me gustaría formar parte de un equipo de una empresa donde hay que tomar decisiones importantes.					
19.- Me gustaría aconsejar a las personas cuando tienen que tomar decisiones.					
20.- Cuando tengo que tomar una decisión pienso que si me equivoqué "no es para tanto".					
21.- Cuando la probabilidad de riesgo es grande me produce tensión el tener que tomar una decisión.					
22.- Me gusta elegir alternativas difíciles de llevar a cabo, ya que ello me produce satisfacción.					
23.- Si el tema me afecta personalmente, soy muy meticuloso a la hora de tomar una decisión.					
24.- Cuando mis compañeros han discutido las ventajas y desventajas de cada alternativa yo tomo las decisiones.					



	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
25.-Le doy "muchas vueltas a la cabeza" antes de tomar una decisión.					
26.-Cuando la mejor alternativa conlleva mucho riesgo, prefiero elegir otra aunque sea peor, pero con menos riesgo.					
27.-Tardo mucho en tomar una decisión.					
28.-Me gusta que mis amigos alaben mis decisiones					
29.-Después de tomar una decisión la pongo en práctica cuanto antes aunque no me guste lo que tengo que hacer.					
30.-Espero hasta el último momento para tomar mis decisiones					
31.-Tomo decisiones de forma impulsiva y luego me arrepiento y paso mucho tiempo angustiado.					
32.-Si puedo, procuro no tomar ninguna decisión.					
33.-Tomo decisiones de forma impulsiva					
34.-Antes de tomar una decisión, estudio detenidamente cuales son mis objetivos.					
35.-Evito correr riesgos cuando tengo que tomar una decisión.					
36.-Pienso que si tomo yo la decisión, elegiré una alternativa más correcta que si dejo a otros que la tomen por mí.					
37.-Las decisiones que más me preocupan son aquellas en que el riesgo es económico.					
38.-Mepreocupa mucho el no acertar cuando tengo que elegir entre varias alternativas.					
39.-Después de tomar una decisión siento como si me hubiera quitado un peso de encima.					
40.-Si tengo que tomar una decisión que afecta a varias personas les consulto y tomo en cuenta sus orientaciones.					
41.-Cuando tengo que tomar una decisión elijo la alternativa que me produce más beneficios, aunque ello conlleve un cierto riesgo.					
42.-Me produce mucha tensión cualquier decisión que tenga que tomar, aunque no sea importante.					
43.-Si algo me sale mal por una decisión que he tomado, me siento muy afectado y paso mucho tiempo sin tomar ninguna otra decisión.					
44.-Evito tomar decisiones por miedo a equivocarme.					
45.-Prefiero tomar cualquier tipo de decisión sin consultar con nadie.					
46.-Pienso que los demás elegirán una alternativa mejor que si la decisión la tomo yo.					
47.-Prefiero ser yo quien tome la decisión a dejarla en manos de los demás.					
48.-Si algo sale mal, trato de involucrar a los demás en el problema					
49.-Cuando tengo que tomar una decisión importante, consulto con mis compañeros					
50.-Actúo de forma intuitiva cuando tengo que tomar una decisión.					
51.-Se muy bien cual es la alternativa que tengo que tomar.					
52.-Una vez que he tomado una decisión me quedo tranquilo y no vuelvo a pensar el problema					
53.-Me gusta dar mi opinión pero que las decisiones las tomen otros.					
54.-El tomar una decisión me lleva bastante tiempo, aunque sea algo sin importancia.					



	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
55.-Procuro tener las ideas muy claras antes de tomar una decisión.					
56.-A la hora de tomar decisiones creo que es cierto el refrán "no dejes para mañana lo que puedas hacer hoy".					
57.-Procuro evitar situaciones en las que tengo que tomar decisiones importantes.					
58.-Para tomar decisiones intrascendentes no es necesario pensar demasiado.					
59.-Es mejor tomar decisiones en equipo que individualmente.					
60.-Cuando hay problemas prefiero compartir la responsabilidad con otros.					
61.-Después de tomar una decisión, la mantengo por encima de todo.					
62.-Analizo detenidamente todas las alternativas y sus consecuencias, antes de tomar una decisión.					
63.-Cuando tengo que elegir entre varias cosas lo pienso tanto que a veces pierdo oportunidad.					
64.-Soy inflexible en mis decisiones.					
65.-Me gusta arriesgarme cuando tomo una decisión					
66.- Me molesta que me presionen para que tome rápidamente una decisión					
67.-Si elijo una alternativa equivocada pienso que "al mal tiempo, buena cara".					
68.-No tomo decisiones hasta que tengo muy clara la alternativa que debo elegir.					
69.-Prefiero elegir una alternativa que no implique riesgo aunque las consecuencias no sean tan buenas como las de otra alternativa más arriesgada.					
70.-Asumo de buen grado las consecuencias de mis decisiones.					
71.-Antes de tomar una decisión estudio detenidamente los "pros" y los "contras" de cada alternativa.					
72.-Me atraen aquellas alternativas cuyas consecuencias sean satisfactorias, aunque impliquen un cierto riesgo.					
73.-Cada cual debe de tomar sus decisiones.					
74.-Suelen salir mejor las cosas cuando no se piensan demasiado.					
75.-El tomar una decisión me provoca verdadera angustia					
76.-Tomo decisiones rápidamente y después estoy muy nervioso hasta que conozco las consecuencias de las mismas.					
77.-Si la alternativa elegida no es la mejor, trato de pensar que las otras tampoco eran tan buenas.					
78.-Cuando tengo que tomar una decisión estoy varios días dándole vueltas a la cabeza hasta que me decido por una alternativa u otra.					
79.-Me produciría pánico tomar una decisión si una de las consecuencias supusiera una pérdida para mis compañeros.					
80.-Tiendo a buscar soluciones fáciles a los problemas que no impliquen ningún riesgo.					
81.-Cuanta más trascendencia tiene la decisión que debo tomar más prefiero aplazarla.					
82.-Las decisiones en que están implicadas muchas personas son más fáciles de tomar.					
83.-Cuando la alternativa elegida no es la mejor tiendo a culpar a los demás.					



	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
84.-No me importa tomar decisiones si me siento apoyado por mis compañeros o amigos.					
85.-Una vez tomada una decisión no vuelvo a pensar en el problema.					
86.-Me siento contento eligiendo la alternativa que más beneficia a los demás, aunque no sea la más beneficiosa para mí.					
87.-Cuando tengo que tomar una decisión pienso en la forma de poner en práctica cada una de las alternativas y tiendo a elegir la solución más fácil.					
88.-Las decisiones en que están implicadas muchas personas son las más difíciles de tomar.					
89.-Elijo la alternativa que reporta mayor beneficio aunque sea la más arriesgada.					
90.-Paso mucho tiempo pensando lo que habría pasado si hubiese elegido otra alternativa.					
91.-Las decisiones en equipo implican menor riesgo.					
92.-Ante situaciones comprometidas, eludo el tomar decisiones.					
93.-Soy rápido en mis decisiones.					
94.-Tomo las decisiones sin pensarlo demasiado.					
95.-Me gusta que los demás me consulten cuando tienen que tomar decisiones.					
96.-Prefiero que las cosas sigan como están si para modificarlas hay que correr riesgos.					
97.-Cuando tomo una decisión equivocada trato de buscar el "lado bueno" de la misma.					
98.-Aprendo de los errores cometidos al tomar mis decisiones.					
99.-Aunque tome una decisión yo solo, me gusta que los demás se responsabilicen si algo sale mal.					
100.-Me gusta arriesgarme					
101.- Soy de los que piensan que lo que decidí ayer como bueno, hoy es malo.					
102.-Si tengo que tomar una decisión rápidamente no puedo pensar con fluidez.					
103.-Si algo sale mal pienso que los demás no lo habrían hecho mejor.					
104.-Pienso que entre varias personas es más fácil elegir la alternativa correcta					



Anexo 3: Respuestas

A) Cuadro de relación de enunciados

Instrucciones: una vez que hayas leído el caso clínico deberás identificar y marcar con una “X” en el cuadro que enseguida aparece a lo que crees que se refiere el enunciado.

Ejemplo de llenado (no tiene que ver con el caso clínico)

	Diagnósticos de Enfermería	Sustento del Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenciones de Enfermería
Colocar barandales laterales a la cama				X
Cama sin protección		X		
Riesgo de traumatismo	X			
Integridad física			X	

	Diagnóstico de Enfermería	Sustento del diagnóstico	Resultados esperados	Intervenciones de Enfermería
1. Tensión corporal generalizada		X (0.8)		
2. Control de factores ambientales que influyen respuesta al dolor				X (0.7)
3. Disminuir ansiedad			X (0.7)	
4. Realizar técnicas no farmacológicas para disminuir el dolor				X (0.7)
5. Signos vitales normales			X (0.7)	
6. Dar Tratamiento farmacológico prescrito				X (0.7)
7. Signos vitales por encima de lo normal		X (0.8)		
8. Posición antiálgica			X (0.7)	
9. Dolor agudo	X			
10. Disminución del edema			X (0.7)	
11. Relajación Muscular			X (0.7)	
12. 4 horas de Postoperado		X (0.8)		
13. Identificar efectos adversos de los medicamentos				X (0.7)
14. EVA en 8/10		X (0.8)		
15. Disminución del dolor			X (0.7)	
16. Facies de dolor y ansiedad		X (0.8)		
17. Evaluar eficacia de las medidas				X (0.7)
18. Disminuir y/o eliminar factores que precipiten o aumenten el dolor				X (0.7)
19. EVA 3/10			X (0.7)	
20. Valorar la intensidad del dolor				X (0.7)

21.- ¿Cuál es el principal problema médico identificado?

Fx Lx de Tobillo derecho (si agregan postoperatorio mejor)

Puntuación (2)

Total

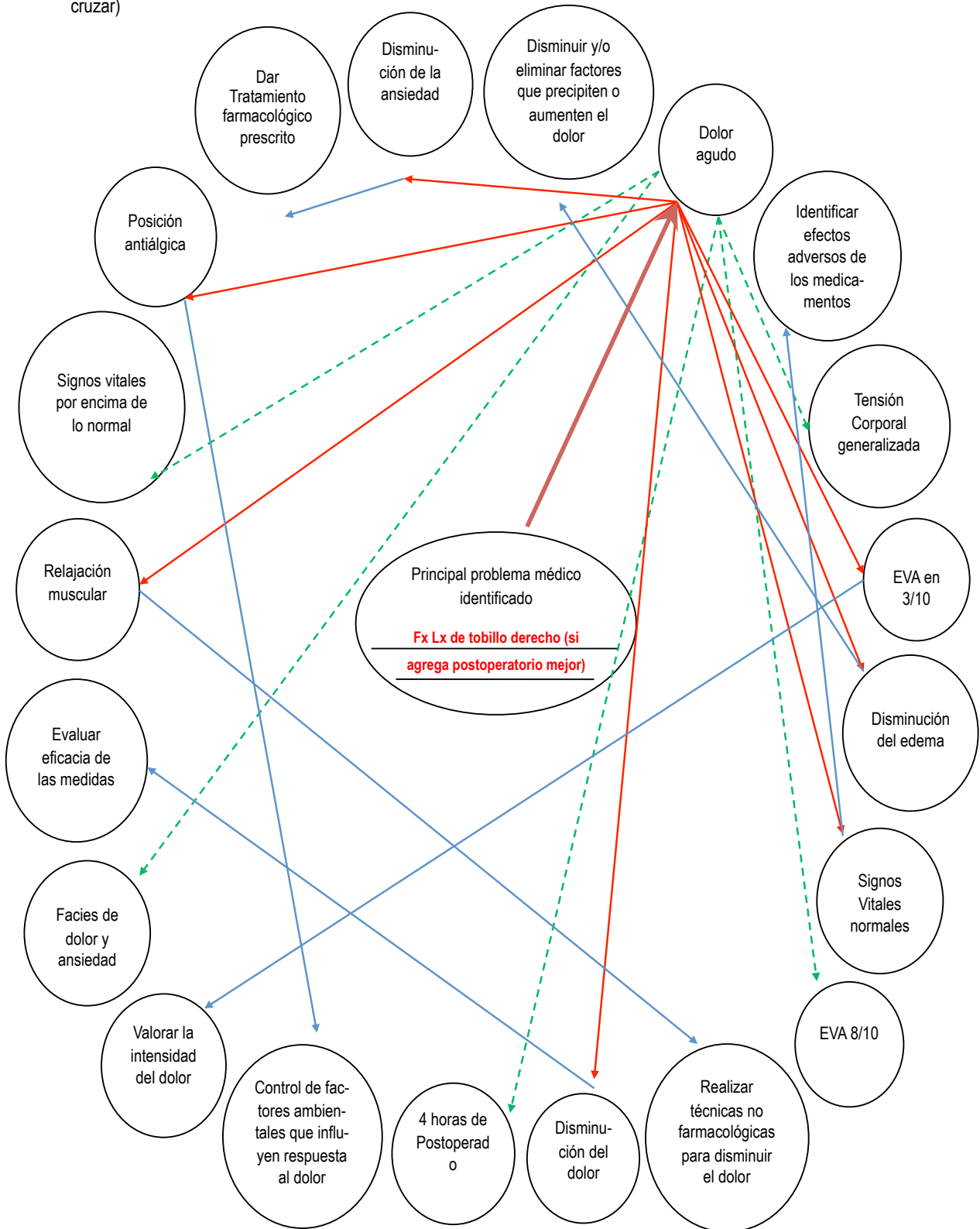
Enunciados= 20



Anexo 4

SOLUCIÓN

Mapa de enunciados (para resolver, recuerde no dejar ningún círculo sin relacionar y las flechas se pueden cruzar)





Anexo 5

PUNTUACIÓN MAPA DE ENUNCIADOS

Problema Médico=	2
Dx de Enfermería=	4
Sustento del Dx=	4
• Tensión corporal generalizada=	0.8
• Signos vitales por encima de lo normal=	0.8
• 4 horas de Postoperado=	0.8
• EVA en 8/10=	0.8
• Facies de dolor y ansiedad=	0.8
Resultados Esperados=	5
• Disminuir ansiedad=	0.7
• Signos vitales normales=	0.7
• Posición antiálgica=	0.7
• Disminución del edema=	0.7
• Relajación Muscular=	0.7
• Disminución del dolor=	0.7
• EVA 3/10=	0.7
Intervenciones de Enfermería=	5
• Control de factores ambientales que influyen respuesta al dolor=	0.7
• Realizar técnicas no farmacológicas para disminuir el dolor=	0.7
• Dar Tratamiento farmacológico prescrito=	0.7
• Identificar efectos adversos de los medicamentos=	0.7
• Evaluar eficacia de las medidas=	0.7
• Disminuir y/o eliminar factores que precipiten o aumenten el dolor=	0.7
• Valorar la intensidad del dolor=	0.7
TOTAL	20



Anexo 6

Resultados del indicador del dolor en el INR

Frecuencia de la realización de las intervenciones de enfermería:

INTERVENCIÓN	%
1) Corroboración de indicaciones médicas de analgesia prescrita, dosis, vía y frecuencia	87
2) Administración de analgésicos en los horarios establecidos	86
3) Utilización de una escala de valoración del dolor	46
4) Realización de anotaciones en la hoja de enfermería	43
5) Evaluación de la efectividad del analgésico a intervalos regulares	42
6) La enfermera describe las características del dolor	32
7) Utilización de técnicas no farmacológicas	23
8) Monitoreo de signos y síntomas adversos del analgésico	20

Frecuencia de la realización de las intervenciones de enfermería en este estudio:

INTERVENCIÓN	%
1) Valorar la intensidad del dolor	82.2
2) Proporcionar tratamiento farmacológico prescrito	56.6
3) Evaluar eficacia de las medidas	34.5
4) Identificar efectos adversos de los analgésicos	21.1
5) Control de factores ambientales que influyen la respuesta al dolor	16.3
6) Realizar técnicas no farmacológicas para disminuir el dolor	14.8
7) Disminuir y/o eliminar factores que precipiten o aumenten el dolor	13.7



Anexo 7

Modelo Dreyfus de Patricia Benner

1º Principiante: ninguna experiencia previa a la situación a la que se debe enfrentar.

2º Principiante avanzada: siguen normas y se orientan por las tareas a realizar, tienen problemas para dominar la situación del paciente desde una perspectiva amplia.

3º Competente: aprende de las situaciones e imita acciones, reconoce patrones, planea de manera consciente y deliberada.

4º Eficiente: se basa en el principio analítico para justificar la comprensión de la situación y llevar a cabo la intervención adecuada.

5º Experta: tiene dominio clínico, aplica el saber práctico, tiene visión general y prevee lo inesperado.

Cada grado implica cambios en tres facetas de ejecución:

- 1) pasar de la supeditación abstracta de conceptos y actividades al uso de modelos de experiencias concretas del pasado.
- 2) percepción de situaciones de un todo único del que se toman y/o discriminan algunos aspectos
- 3) pasar de espectador imparcial al de ejecutor comprometido con la acción.



Anexo 8



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN QUIRÚRGICA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
HOJA DE REGISTROS CLINICOS DE ENFERMERÍA

ALERGIAS
COMORBILIDAD
HAS DM NEF I♥ IR

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____ CAMA _____
REGISTRO _____ SERVICIO _____ DIAGNÓSTICO _____
DÍAS DE ESTANCIA _____ FECHA _____

Table with columns for LABORATORIO Y GABINETE, SINGNOS VITALES (TEMP, FC, TA), and FREQ. RESP, with rows for days 8-24 and 1-7.

PESO: TALLA: SIN DOLOR PEOR DOLOR
Scale with faces from 0 (happy) to 10 (crying)

Table for INGRESOS (Soluciones/Hora) and EGRESOS (Diuresis, Cateterismo, Fuga, Evacuación, Drenajes, Vómito) with columns for hours 8-24 and 1-7, and a BALANCE TOTAL DE 24 HORAS row.



DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Etiqueta diagnóstica	M	V	N	Etiqueta diagnóstica	M	V	N	Etiqueta diagnóstica	M	V	N
Cuidados de Enfermería				Cuidados de Enfermería				Cuidados de Enfermería			
Patrón respiratorio Ineficaz				Incontinencia urinaria refleja				Dolor agudo			
Fisioterapia respiratoria				Sondaje vesical intermitente				Valorar la intensidad del dolor			
Mejorar la tos				Uso de técnica estéril				Control de factores ambientales que influyen respuesta al dolor			
Cuidados de traqueostomía				Cateterismo vesical cada 4 horas				↓ o eliminar factores que precipiten o ↑ el dolor			
Perfusión tisular periférica inefectiva				Control de líquidos				Realizar técnicas no farmacológicas para ↓ el dolor			
Valorar circulación periférica				Instruir a familiar el cateterismo limpio intermitente				Dar Tx farmacológico prescrito			
Uso de medias antiembólicas				Toma de EGO, urocultivo				Evaluar eficacia de las medidas			
Cambios posturales cada 2 hrs.				Retención urinaria				Identificar efectos adversos de los medicamentos			
Ejercicios isométricos e isotónicos				Valorar frecuencia de micción				Dolor crónico			
Mantener hidratación adecuada				Proporcionar intimidad				Valorar la intensidad del dolor			
Control de líquidos				Dar medios físicos para desencadenar micción				Control de factores ambientales que influyen respuesta al dolor			
Nauseas				Deterioro de la movilidad física				↓ o eliminar factores que precipiten o ↑ el dolor			
Valorar frecuencia, duración e intensidad				Determinar limitación de movimiento articular				Realizar técnicas no farmacológicas para ↓ el dolor			
Identificar factores causales				Terapia de ejercicios pasivos				Dar Tx farmacológico prescrito			
Dar Tx farmacológico prescrito				Proteger al paciente del trauma				Evaluar eficacia de las medidas			
Instruir formas para el control de la náusea				Fomentar independencia AVD				Identificar efectos adversos de los medicamentos			
Uso de técnicas para controlar náuseas antes, durante y después de Quimioterapia				Mantener posición funcional				Riesgo de limpieza ineficaz de vías aéreas			
Higiene bucal para favorecer comodidad				Cuidados de movilizador				Posición semifowler			
Control de factores ambientales que desencadenen náusea				Dar la posición adecuada				Ambiente humidificado			
Verificar efectos de las náuseas				Programar movilizador acorde a indicaciones				Aspiración de secreciones			
Deterioro de la nutrición por defecto				Vigilar arco de movilidad				Cuidados de traqueostomía			
Favorecer nutrición e hidratación adecuada				Cuidados de tracción / inmovilización				Hidratación adecuada			
Alimentación por gastroclisis				Alineación de segmentos óseos				Riesgo de disreflexia autónoma			
Enseñanza al familiar				Vigilar tolerancia al peso de la tracción				Cambios de posición			
Deterioro de la deglución				Vigilar efectividad de la tracción				Disminución de la ansiedad			
Dieta acorde a la deglución				Mantener tracción constante				Manejo de eliminación urinaria e intestinal			
Posición semifowler				Vigilar sitios de inserción (TE)				Manejo de la vía aérea			
Dieta asistida				Instruir a paciente y familiar de la importancia de la tracción				Manejo de líquidos			
Déficit de autocuidado: alimentación				Cuidados de aparato de yeso/Férulas				Disreflexia autónoma			
Dar posición adecuada				Vigilar ENVD				Identificar signos y síntomas de disreflexia			
Dieta asistida				Elevación de miembro afectado				Posición semifowler			
Valorar tolerancia alimenticia				Instruir a paciente y familiar del cuidado y precauciones				Identificar y eliminar la causa			
Fomentar participación familiar				Deterioro en la habilidad para traslación				Monitoreo continuo del estado del paciente (cada 3 – 5 minutos)			
Valorar cavidad oral				Cambio de posición silla de ruedas				Educación a paciente / familiar acerca de signos de alarma			
Enjuagues bucales con BicaNa				Instruir traslado cama - silla				Riesgo de disfunción neurovascular			
Reforzar régimen de higiene bucal				Instruir uso de silla de ruedas a paciente y familiar				Monitoreo del ENVD			
Dar Tratamiento farmacológico prescrito				Insomnio				Riesgo de infección			
Déficit de autocuidado: uso de WC				Valorar la calidad del sueño				Lavado de manos (NOM)			
Dar la ayuda necesaria para asistir al WC				Promover ambiente que favorezca descanso y sueño				Precauciones universales			
Asistir colocación y retiro de cómodo y orinal				Ansiedad				Ambiente aséptico durante inserción de catéteres centrales			
Mantener limpia y seca piel del área perineal				Dar oportunidad al paciente de expresar sus sentimientos				Ambiente aséptico en el cambio de equipos y alimentación parenteral			
Registrar características de la eliminación				Identificar sistemas de apoyo				Cambio de equipos, líneas IV y centrales según protocolo			
Incontinencia fecal				Explicar el Tratamiento hospitalario				Manipulación aséptica de líneas IV			
Mantener limpia y seca región perianal				Desesperanza				Manejo de técnica aséptica en el manejo de Heridas			
Ropa de cama limpia y seca				Facilitar expresión y realización de creencias				Drenajes de Hx con circuito cerrado			
Uso de pañal si es necesario				Respetar creencias y valores				Fomentar ejercicios respiratorios			
Registrar características de evacuaciones				Trastorno de la imagen corporal				Antibioticoterapia prescrita			
Masaje a marco cólico				Favorecer la expresión de sentimientos y pensamientos				Alertar sobre indicios de infección a familiar y paciente			
Dilatación digital				Darle responsabilidad sobre su cuidado							
Dieta alta en fibra y líquidos				Felicitar al paciente por los logros obtenidos en AVD							
Enseñanza a paciente y familiar bases de la educación intestinal				Estimular al paciente para que hable sobre los cambios en su vida, relacionados con su padecimiento							
Estreñimiento											
Vigilar signos /síntomas de impactación fecal											
Masaje a marco cólico											
Desimpactación fecal											
Registrar características de la evacuación											
Incontinencia urinaria funcional											
Valorar patrón urinario											
Horario para consumo de líquidos y micción											
Uso de ropa de fácil manejo											
Asegurar integridad de la piel mediante higiene adecuada											



DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Etiqueta diagnóstica	M	V	N	Etiqueta diagnóstica	M	V	N	Etiqueta diagnóstica	M	V	N
Cuidados de Enfermería				Cuidados de Enfermería				Cuidados de Enfermería			
Deterioro de la integridad cutánea				Retraso en la recuperación quirúrgica				Trastorno percepción sensorial visual			
Describir características de la úlcera				Ayuda al autocuidado				Identificarse con el paciente			
Registrar presencia de infección				Cuidados al sitio de incisión quirúrgica				Ayudar a establecer metas para ver con los demás sentidos			
Curación de UPP (protocolo)				Cuidados del dolor				Ayudar a la deambulaci3n			
Prevenir UPP				Manejo de la nutrici3n				Describir el ambiente			
Hipertermia				Manejo de heridas				Favorecer la orientaci3n del paciente			
Control por medios f3sicos				Manejo de las v3as a3reas				Trastorno percepci3n sensorial auditiva			
Vigilancia de curva t3rmica				Duelo anticipado				Facilitar uso de dispositivos que mejoren la audi3n			
Riesgo de lesi3n				Identificar la p3rdida				Funcionalidad e higiene del dispositivo auditivo			
Vigilar efectos de toxicidad derivada de Quimioterapia				Identificar reacci3n inicial				Hablar despacio, claro, conciso			
Vigilar sitio de inserci3n IV				Fomentar expresar sentimiento				Comunicaci3n por contacto f3sico			
Monitoreo de funcionamiento IV				Enseñar las fases del duelo				Utilizar l3piz y papel p/ comunicarse			
Vigilar presencia de estomatitis				Apoyar los progresos por etapa				Trastorno percepci3n sensorial: cinestesia			
Asegurar ingesta adecuada de l3quidos				Identificar cambios en el estilo de vida				Determinar capacidad de equilibrio del paciente			
Riesgo de sangrado				Duelo				Uso de dispositivos de ayuda para la marcha			
Identificar causa de sangrado				Fomentar exteriorizaci3n de sentimientos				Ejercicios de sensopercepci3n en dec3bito o fuera de cama			
Registrar: cantidad y caracter3sticas del sangrado				Explicar el proceso de duelo				Ejercicios de propiocepci3n practicando bipedestaci3n			
Aplicar vendaje compresivo cuando sea necesario				Fomentar la participaci3n familiar				Desatenci3n unilateral			
Monitoreo pre y post quir3rgico de Hemoglobina y Hematocrito				D3ficit de auto cuidado: baño e higiene				Estimular toma de consciencia de la parte corporal afectada			
Control de l3quidos				Valorar grado de independencia				D3ficit de conocimientos			
Cuidados de drenajes				Proporcionar ayuda necesaria				Proporcionar conocimientos y habilidades necesarias			
Vigilar permeabilidad del drenaje				Instruir como realizar el baño							
Fijar el tubo de drenaje				D3ficit de autocuidado: vestido							
Registrar caracter3sticas, cantidad, color y consistencia del material drenado				Valorar grado de independencia							
Cuidados a la piel perif3rica al sitio de inserci3n del tubo de drenaje				Proporcionar ayuda necesaria							
Instruir prop3sito del tubo y sus cuidados				Sugerir ropa de f3cil manejo							
				Deterioro de la comunicaci3n verbal							
				Determinar la capacidad de expresi3n y comprensi3n							
				Emitir mensajes sencillos y cortos							
				Identificar otras t3cnicas de comunicaci3n							

INDICADORES DE CALIDAD

Venoclisis Instalada	Prevenci3n de Ca3das				Sonda Vesical Instalada				Prevenci3n de Ulceras por Presi3n					
Fecha de instalaci3n	Factores de Riesgo		Si	No	Fecha de instalaci3n:	Factores de Riesgo		Si	No	Factores de Riesgo		Si	No	
D3as consecutivos	Paciente senil				D3as consecutivos:	Paciente senil				Desnutrici3n				
Factores de Riesgo	Si	No	Alteraci3n del equilibrio		Calibre :	Globo:	Desnutrici3n			Obesidad				
Eritema			Alteraci3n de marcha		Factores de Riesgo	Si	No	Obesidad			Piel H3meda			
Tumefacci3n			Posoperatorio		Pico febril			Deficiencia Motora			Incontinencia urinaria			
Sensibilidad			Ayuno Prolongado		Dolor suprap3bico			Incontinencia fecal			Inmovilidad			
Fiebre			Hipotensi3n ortost3tica		Regi3n periuretral con: Secreci3n			Inmovilidad						
			Reposo Prolongado		Prurito									
			Otros:		Eritema									
Intervenciones	Intervenciones				Intervenciones				Intervenciones					
MANTENER	M	V	N	M	V	N	MANTENER:	M	V	N	MANTENER:	M	V	N
Circuito Cerrado				Visitas Frecuentes			Circuito Cerrado				Piel limpia, seca, lubricada			
Circuito Permeable				Uso de barandales			Sonda Permeable				Liberar zonas de presi3n			
Instrucci3n a Paciente				Informar riesgos y medidas preventivas			Zona periuretral s/ secreci3n				Usar recursos para prevenir UPP			
Cambio de circuito				Uso de recursos para prevenir ca3das			Instruir cuidados de la sonda				Limpio pañal, bata y ropa de cama			
Escala de Maddox							Caracter3sticas de la orina							

TM	TV	TN
Diagn3sticos de enfermer3a propuestos	Diagn3sticos de enfermer3a propuestos	Diagn3sticos de enfermer3a propuestos

OBSERVACIONES		
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
FIRMA	FIRMA	FIRMA
VoBo J. SERVICIO		
VoBo SUPERVISORA		