



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS REGISTROS
CLÍNICOS DE LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

L.E.O. IRMA OLIVIA PÉREZ VILAFRANCA

DIRECTOR DE TESIS

M.A.C. ALMA ROSA MORALES PÉREZ

Cuernavaca, Morelos, Noviembre 2018

DEDICATORIAS:

Gracias a Dios por permitirme seguir avante, a pesar de las adversidades, siempre estas presente en mi vida para fortalecer mi salud y fortalecer mis conocimientos.

A las autoridades de la facultad, especialmente a la Dra. Edith Ruth Arizmendi Jaime, gracias por estar siempre presente en mi vida profesional y por permitirme realizar los estudios correspondientes.

A mi directora M.A.C. Alma Rosa Morales, por su paciencia, dedicación y tiempo..

A la Dra. Clara Irene por su eterno apoyo en la realización de esta investigación.

A mi familia Gloria, Rosy, Arturo, Bere, Laura, Ríos por su paciencia, apoyo, por confiar en mí y colaborar en mi formación profesional.

A mi hija Viry, por ser el motor en mi vida, mostrando que si se desea podemos lograr la superación profesional y es un esfuerzo que siempre valdrá la pena. Gracias.

A las autoridades del hospital, gracias por su apoyo.

A mis queridos amigos: Dra. Aida, Clau, Carmelita, Dra. Rosy, Hugo, César, Rosy Ayala, por permanecer conmigo en todo momento, por confiar en mí y motivarme siempre, los quiero. Gracias por formar parte de mi vida.

Contenido

I.	Introducción	1
II.	Planteamiento del Problema	4
	Pregunta de Investigación	5
III.	Justificación	6
IV.	Objetivos	8
	a. Objetivo General	8
	b. Objetivos específicos	8
V.	Marco teórico	9
	Marco Conceptual	9
	Marco Referencial	10
	Antecedentes	18
	Consideraciones éticas y de bioseguridad	21
	Bases teóricas de enfermería.	25
VI.	Metodología de la investigación	30
	a. Tipo de investigación	30
VII.	Resultados	34
VIII.	Conclusiones	47
IX.	Discusión de los Resultados	49
X.	Recomendaciones	51
XI.	Referencias bibliográficas	53
	Anexos	58

Resumen

Introducción: Los registros clínicos de enfermería son considerados de gran importancia en el expediente clínico del paciente, es un instrumento valioso por el contenido de información de lo que se le realizó, por lo cual es considerado un documento médico legal, en los registros clínicos de enfermería las observaciones reflejan las intervenciones que se realizan, sirviendo de comunicación para la continuidad de los cuidados y tiene en su efecto demostrar la calidad de los cuidados de enfermería.

El objetivo es evaluar la calidad del contenido de los registros clínicos de enfermería en base a la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, en el Hospital Regional “Centenario de la Revolución Mexicana Emiliano Zapata (de alta especialidad) del I.S.S.S.T.E.

Metodología: El diseño de la investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal, utilizando el análisis mediante del programa estadístico STATA v.14, usando medidas de frecuencia y asociación. Se diseñó un instrumento para analizar los registros clínicos que integran la hoja de enfermería (habitus exterior, gráfica de signos vitales, ministración de medicamentos, procedimientos realizados y observaciones).

Resultados: los registros clínicos del profesional de enfermería son adecuados respecto al habitus exterior, gráfica de signos vitales, ministración de medicamentos, observando una mala calidad en el reporte los procedimientos realizados y observaciones mayor al 90%.

Conclusiones: El conocimiento de Norma Oficial Mexicana, favorece el reflejo de los procesos realizados al paciente.

Palabras clave: Evaluación, calidad, registros clínicos de enfermería, Norma Oficial Mexicana.

Summary

Introduction: The nursing clinical records are considered of great importance in the patient's clinical record, it's a valuable instrument for the content of information one to him, so it is considered a legal medical document, in the Clinical records of nursing the observations reflect the interventions that are performed, serving as communication for the continuity of care and has in its effect to demonstrate the quality of nursing care.

The objective is to evaluate the quality of the clinical records of nursing based on the NOM-004-SSA3-2012 clinical record, at the Hospital Regional "Centenario de la Revolución Mexicana Emiliano Zapata (de alta especialidad) del I.S.S.S.T.E.

Methodology. The design of the research is quantitative, descriptive, retrospective, and transversal. Using the Stata v. 14 program, using frequency and association measures. An instrument was designed to analyse the clinical records that comprise the nursing sheet (exterior habitus, graphic of Vital signs, medicine ministrations, procedures and observations).

Results: The clinical records of the nursing professional are adequate with respect to the exterior habitus, graphic of Vital signs, ministrations of medicines, observing a poor quality in the procedures carried out and observations more than 90%.

Conclusions: The knowledge of Norm Official Mexican favors the reflection of the processes to the patient.

Key words: Evaluation, quality, clinical records of nursing, quality, Mexican Official Standard.

I. Introducción

Los registros clínicos de enfermería representan una evidencia escrita de la continuidad de los cuidados otorgados al paciente, son un medio de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud, que refleja la actuación del equipo multidisciplinario.

Forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la población, por ello, los profesionales, debemos ser conscientes de su importancia, y relevancia, así como conocer la adecuada forma de cumplimiento de los mismos, así como las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión, como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que debemos asumir en el trabajo diario.

La calidad es el cuidado integral, oportuno, seguro, cálido destinado a fomentar, mantener, recuperar y rehabilitar la salud del paciente, identificando precozmente los signos de alarma, previniendo las alteraciones con participación del equipo multidisciplinario a fin de responder las necesidades del paciente, familia y de su entorno(Iyer P. Taptich B, 2010).

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una relación complicada con los registros de enfermería. A pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada.

Las anotaciones de enfermería son variadas, complejas y consumen tiempo.

Al escenario del ejercicio de la profesión de enfermería, en los últimos años, se está incorporando, cada vez con más notoriedad, un nuevo factor, que viene a condicionar la práctica cotidiana, éste no es otro que el incremento de exigencia por parte de los usuarios de los servicios sanitarios, que se traduce a menudo en procesos litigiosos contra profesionales de enfermería, por entender que las atenciones recibidas no cumplen las expectativas de calidad o no derivan en los resultados esperados.

Dicha problemática se ve influenciada por la falta de capacitación del personal de una institución, lo cual puede repercutir en las observaciones de enfermería. La falta de

importancia que se tiene, de cómo están los registros clínicos de enfermería puede intervenir alguna situación personal, el alto número de pacientes en un servicio, el equipo de enfermería incompleto e incluso la mala ortografía y caligrafía, evidenciando un déficit en la elaboración.

González (2012), menciona que los registros clínicos de enfermería son la representatividad de los cuidados, son el hacer diario de enfermería, conformando la hoja de enfermería, documento médico legal alineado con la normatividad vigente y recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En México los profesionales de enfermería se deben apegar a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, donde se establece que la hoja de enfermería deberá elaborarse por el personal en turno. Estos registros de enfermería son parte sustancial del contexto total de la atención hospitalaria y por este motivo, influyen decisivamente en la calidad global que otorga una institución de salud.

La calidad es un atributo de la atención, la cual puede obtenerse en diversos grados y se define según Donabedian, como el logro de los mayores beneficios con el menor riesgo para el paciente.

Es por ello que desde la perspectiva de Avedis Donabedian, se realiza la presente investigación la cual se centra en evaluar y analizar la hoja de enfermería de forma retrospectiva haciendo una auditoria, utilizando de los criterios que marca la norma y contener: Habitus Exterior, Gráfica de signos vitales, Procedimientos realizados, Ministración de medicamentos anotando, fecha, hora, cantidad y vía prescrita y por último las observaciones o nota de Enfermería

Evaluando la calidad en los registros de 1-33% excelente, 34-66% bueno, 67-100 malo.

Al realizar la observación de la hoja podemos analizar al mismo tiempo la implicación de responsabilidades profesionales de carácter legal que evaluaremos utilizando dos criterios, la responsabilidad civil que puede ser por negligencia u omisión de registrar cuidados o responsabilidad legal que implica la inobservancia de reglamento.

La hoja de enfermería es un documento legal que demuestra el trabajo del personal y, de acuerdo a su información, ayuda u origina problemas. Ésta debe ser clara y entendible para todos, por lo que se debe tener conciencia de su importancia y su llenado en forma correcta, ya que delimita las acciones de responsabilidad de todos los involucrados en el cuidado del paciente.

Sin embargo la importancia de los registros clínicos, es una herramienta que contribuye a fortalecer el desempeño del personal de enfermería por lo cual es importante plasmarlos de forma precisa y correcta .Ya que los retos que se enfrentan, tras la evolución en el mundo y la globalización al campo de salud hacen que el profesional de enfermería enfrente nuevos desafíos en el logro del cuidado, lo cual implica una evaluación sistemática, con la finalidad de garantizar y optimizar los servicios prestados, los cuales se reflejan en los registros clínicos, menciona Santiago, Rosa Amarilis Zarate Grajales, & Matus Miranda (2011).

II. Planteamiento del Problema

El Hospital Regional “Centenario de la Revolución Mexicana” Emiliano Zapata (de alta especialidad) del I.S.S.S.T.E. es una organización de salud que atiende a población cerrada, al servicio del Estado, cuenta con 139 camas censables, 119 no censables, especialidades y sub especialidades.

Laborando un equipo multidisciplinario donde destaca de manera importante el profesional de enfermería, en quien recae la responsabilidad de realizarlos registros de manera adecuada, ya que su paciente puede permanecer en una corta estancia o hasta quien se encuentra en una terapia intensiva.

En los últimos 6 años el personal médico y de enfermería se ha visto involucrado en situaciones médico-legales; ya que la hoja de enfermería forma parte del expediente clínico. Por lo cual nace el interés de realizar la presente investigación sobre los registros clínicos de enfermería, para aportar los resultados de dicha investigación colaborando en la unificación en diversos criterios y así mejorar la comunicación escrita del personal de salud; siendo clave para la continuidad de los cuidados, el registro de actividades realizadas, planificación y rehabilitación, asimismo implementando plan de alta.

Siendo necesario apearse a los registros de acuerdo como lo marca la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, menciona en el apartado 9, cual es el contenido mínimo que integran los registros clínicos de enfermería y debe llevarse a cabo en todas las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas, de forma manual o electrónica. Considerando que la esencia de la enfermería es el cuidado; sin embargo los registros de enfermería, deben plasmarse con claridad. En algunas ocasiones dichos registros son cuestionados por el incumplimiento de algún contenido. Para así, dar valor a las tareas que realiza el profesional y evitar posibles repercusiones legales, al no realizarse de forma clara, precisa y concreta.

Por ello, la investigación se realiza con el objetivo de evaluar la calidad de los registros clínicos de enfermería en base a la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, para

evitar repercusiones legales y en base a los resultados elaborar e implementar capacitación que permita optimizar la calidad de los cuidados reflejándolo en los registros y cumpliendo cada uno, si es necesario.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el nivel de calidad en los registros clínicos de los profesionales de enfermería en el Hospital Regional “Centenario de la Revolución Mexicana” Emiliano Zapata (de alta especialidad) del I.S.S.S.T.E.?

III. Justificación

El presente estudio de investigación servirá para evaluar los registros clínicos que conforman la hoja de enfermería, dando a conocer el tema y establecer un diagnóstico claro en torno a la responsabilidad de los profesionales de enfermería, así como proponer medidas de solución fortaleciendo al gremio en tomar conciencia al cumplir la normatividad específica del expediente clínico.

Se ha observado que la ausencia de capacitación es preocupante ya que científicamente el personal no se actualiza por diversas situaciones, lo cual puede repercutir en las observaciones de enfermería. La falta en el conocimiento de normas, el alto número de pacientes en un servicio, el equipo de enfermería incompleto e incluso la mala ortografía y caligrafía, lo cual evidencia un déficit en la elaboración de estos registros.

Uno de los documentos más importantes que contiene el expediente clínico, son los registros de enfermería ya que son básicos por su contenido, debido a que el personal de enfermería es quien describe momento a momento la evolución del paciente, esta función es realizada como mínima tres veces al día.(NOM-004-SSA3-DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, 2012)

La historia clínica constituye el elemento del registro de todos los aspectos relacionados con el paciente y su proceso salud- enfermedad. Dentro de las organizaciones hospitalarias el instrumento que se implementa al solicitar un servicio, es el expediente clínico, dentro de él se respalda por la historia clínica, notas de evolución, indicaciones médicas, estudios de laboratorio y gabinete; para el personal de enfermería, es la hoja de registros clínicos y el cumplimiento de los factores que la conforman.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, menciona que el personal de enfermería está obligado a conocer y atender las reglas generales de su profesión y tomando en cuenta la NOM-004-SSA3- 2012 del expediente clínico, determina los lineamientos específicos que deben cumplirse debido a su carácter técnico y obligatorio; para así beneficiar al equipo multidisciplinario en la información escrita que proporciona la

enfermera, a la Institución al mantener una información clara y concreta de los pacientes.

IV. Objetivos

a. Objetivo General

Evaluar la calidad en los registros clínicos de los profesionales de enfermería en base a la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

b. Objetivos específicos

- ✓ Identificar los reportes que conforman la hoja de enfermería y su contenido.
- ✓ Comparar el nivel de cumplimiento por turno de los registros clínicos de enfermería.
- ✓ Analizar la hoja de enfermería de acuerdo a los criterios en base a la identificación que marca la NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

V. Marco teórico

Marco Conceptual

Los registros de la enfermera se inician cuando ingresa el paciente al hospital; así como accede al mismo, signos y síntomas, datos objetivos y subjetivos; observaciones y tratamiento.

Registro de enfermería: son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y evolución.(Martínez Ques, 2004)

Calidad: Proviene del latín qualitas o qualitatis. Conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite caracterizarla y valorarla con respecto a las restantes de su especie.

La calidad se refiere a la capacidad que posee un objeto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas según un parámetro, un cumplimiento de requisitos de calidad.

Hoja de enfermería: Documento médico escrito que contiene el hacer de la enfermera.

Es el registro de las observaciones, cuidados procedimientos y medicamentos ministrados al paciente.

Marco Referencial

La Joint Commision conceptualiza como objetivo de la continuidad de los cuidados; el definir, dar forma y ordenar los procesos y actividades para potenciar al máximo la coordinación dentro de la atención asistencial.(organizations, 1995)

Al escenario del ejercicio de la profesión de enfermería, en los últimos años, se está incorporando, cada vez con más notoriedad, un nuevo factor, que viene a condicionar la práctica cotidiana, éste no es otro que el incremento de exigencia por parte de los clientes de los servicios sanitarios, que se traduce a menudo en procesos litigiosos contra profesionales de enfermería, por entender que las atenciones recibidas no cumplen las expectativas de calidad o no derivan en los resultados esperados por los usuarios.

Los profesionales de enfermería, caracterizados por ser el grupo humano, dentro de la organización sanitaria, que más esfuerzos han realizado por adaptarse al nuevo producto asistencial que demanda la población, de acuerdo con los objetivos del sistema sanitario actual, las directrices de la OMS, e incluso con el nuevo currículum formativo y objetivos del ejercicio de la profesión enfermera, incorporando en la práctica diaria los actuales principios científicos observan, entre atónitos y desconcertados como la ampliación de su ámbito de competencia y el desarrollo de nuevas actividades de forma autónoma y más científica, lleva aparejado un incremento de reclamaciones y procesos litigantes de los usuarios, en lugar del previsto, y a su modo de ver lógico, incremento del aprecio, consideración y reconocimiento por parte de la población a su profesionalidad y calidad del servicio prestado.

Ahora bien, si el cuidado es un acto de respeto por la vida, ¿por qué las enfermeras(os) se ven involucrados en acciones judiciales por negligencia? A continuación se tratará algunos aspectos del por qué demandan al personal de enfermería.

1. Omisión de órdenes médicas

En las órdenes médicas aparece la información general del paciente: fecha, hora, medicamentos, dosis, vías, frecuencia e indicaciones, firma y código de quien ordena. Las órdenes médicas hacen parte de los cuidados impartidos a los pacientes y es necesario darles cumplimiento, siempre que vayan en beneficio de la salud y la integridad física del paciente.

Cuando no se cumplen las órdenes médicas, no se da continuidad y calidad de los cuidados integrales que deben darse a los pacientes y por lo tanto se retrasa la recuperación de su salud, implicando más días de estancia hospitalaria, más gastos y menos satisfacción por parte de los familiares y el paciente.

2. Inadecuado uso de la historia clínica

”La historia clínica es un documento privado obligatorio y sometido a reserva, en la cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente, o en los casos previstos por la ley“.

Dentro de la historia clínica se encuentran los registros de enfermería, que se definen como el comprobante de las actividades realizadas a los sujetos de atención, en el desarrollo de sus funciones, durante su turno. Un registro “bueno” se defiende por sí solo y a la persona que lo hizo.

En la situación actual, en que los juicios por mala práctica están en aumento, debería aprender a anticiparse a los efectos que sus registros podrían tener sobre un jurado.

Los registros deberían contener información descriptiva y objetiva: lo que ve, oye, siente y huele, no lo que supone, infiere, concluye o asume. Lo que no registre puede perjudicarlo. Un adagio popular entre los abogados que se dedican a casos de mala práctica dice: “lo que no está escrito, no está hecho”.

Del informe se puede concluir no sólo que la enfermera(o) actuó con responsabilidad, sino también que se preocupó por el paciente.

Se puede haber realizado un procedimiento de enfermería y olvidar registrarle, pero si el registro no apoya, será difícil convencer al jurado de que acepte la versión de los hechos. Es uno de los errores más graves y frecuentes de los registros. Como enfermera (o), se tiene la facultad de registrar todo lo que haga, en defensa propia y se debería hacer.

3. Administración de medicamentos o ejecución de procedimientos por iniciativa propia

En este caso puede ser peligroso administrar medicamentos sin orden médica escrita, por la reacción tóxica – alérgica que pueda causarle al paciente. En ningún caso se

debe realizar procedimientos por iniciativa propia y se compruebe que afecta la salud e integridad física del paciente.

Se debe tener en cuenta, para evitar asuntos legales, que todo medicamento o procedimiento será ordenado por escrito. En caso de producir daño al paciente, la responsabilidad recaerá sobre la persona que realizó determinado procedimiento o administró medicamentos sin la debida orden médica escrita.

4. Administración de medicamentos por vía equivocada

La mayor parte de los errores de medicación tiene lugar cuando una enfermera (o) descuida el seguimiento de los cinco correctos: el paciente correcto, el medicamento correcto, la dosis correcta, la vía de administración correcta, la hora correcta.

En la práctica, el personal de enfermería parece en ocasiones poco cuidadoso respecto al seguimiento estricto de este modelo de actuación.

La administración de uno o varios medicamentos son hechos u omisiones que puedan producir daños al paciente, con resultados que van desde una moderada incomodidad hasta la muerte. Cada uno de ellos pudo ser prevenido a través de las acciones e intervenciones adecuadas. Es necesario verificar detalladamente los cinco correctos, y si hay dudas se debe confirmar con la historia clínica del paciente o directamente con el médico responsable que prescribió la orden.

Muchos pleitos tienen como materia la ministración parenteral de medicamentos. El dejar de anotar algo reduce la capacidad para testificar con confianza y persuasión respecto a los detalles, cualquiera de los cuales podría ser esencial para el veredicto.

5. Daños causados al paciente por equipo dañado

En este caso la enfermera (o) tendrá la responsabilidad cuando se compruebe que causó daño al paciente; por ejemplo, por el uso de electro bisturí, desfibrilador, electrocardiograma etc, se hace necesario verificar el estado de los equipos y notificar por escrito los daños encontrados.(Pinto, 2014)

6. Mala relación con el paciente

Tener en cuenta que la simpatía despierta simpatía. Con los pacientes intentar mejorar la situación mediante tres sencillas estrategias, según el consejo de un abogado: (Bradford, 2015)

No todos los conflictos tienen un final feliz.

Algunos pacientes quieren acudir al juzgado pase lo que pase. En ese caso, el registro detallado de cada contacto mantenido con un paciente problemático le ayudará a defenderse, o, aún mejor, le mantendrá alejado del juzgado. Unos registros precisos y detallados pueden impedir que progrese un pleito por negligencia profesional.

7. Cumplimiento de órdenes médicas por teléfono

Las prescripciones comunicadas verbalmente, tanto en persona como a través del teléfono, son errores en espera de ocurrir. Se debe evitar la aceptación de prescripciones verbales, excepto en circunstancias muy concretas, en una situación de urgencia y en condiciones de campo aséptico.

Si la enfermera (o) tiene que aceptar una prescripción verbal debe escribirlo en primer lugar en la historia clínica del paciente. Después debe confirmar tanto el nombre del paciente como la medicación prescrita, volviendo a leerle al médico todo ello. Al médico que realiza la prescripción se le debe pedir que deletree el nombre de cualquier fármaco que no sea de uso corriente o cuya denominación se parezca a la de alguna otra medicación.

El informe Nacional Patient Safety Goals de 2003 la JCAHO (La Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations) recomienda” que los hospitales implementen un proceso de transmisión de las prescripciones por vía telefónica y verbal que obligue a la persona que recibe la orden a verificarla mediante su escritura en la historia clínica del paciente, volviendo después a leerle al médico aquello que ha escrito.”

Se debe evitar al máximo recibir órdenes médicas verbales por vía telefónica; al no existir por escrito la orden médica en la historia clínica del paciente, y si se comprobase que causó daño físico al paciente, la persona que realizó determinada orden será la responsable. ¿Cómo puede comprobar que fue orden médica? Es mejor curarse en salud, frase muy utilizada en nuestro medio.

Para los Estados Unidos Mexicanos el artículo 4o. de la Constitución Política, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad

general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.(Jurisprudencia, 2015)

Expediente Clínico.

Para la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) el expediente clínico es un ámbito legal: “el expediente clínico es un conjunto de documentos en el cual se identifica al usuario y se registra su estado clínico, los estudios de laboratorio de gabinete, también los diagnósticos y tratamientos que le fueron proporcionados, así como la evolución de su padecimiento”. Estas notas de la enfermera ayudan a elaborar el diagnóstico y a valorar el tratamiento, hace mucho tiempo que el médico ha reconocido su importancia y utilidad. Debiendo elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico.

Colliere afirma: Las enfermeras aseguran la continuidad de la vida, ayudando a través de sus prácticas de cuidado, a enfrentarse a la enfermedad y a la muerte, en contextos de escasa valoración social y cultural.

Es importante en el análisis la cuidadosa revisión de las notas de enfermería, ya que pueden ser un auxiliar valioso en la evaluación del acto médico. Así, dichas notas, pueden respaldar lo dicho por el médico o bien desmentir lo referido en las notas médicas. (Delgado, 2012)

La Ley General de Salud menciona en el ARTÍCULO 78. El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estará sujeto a:

IV. Las Leyes que expidan los estados, con fundamento en los artículos 5o. y 121, fracción V, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El ARTÍCULO 79. Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los

Títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. (Beltrones, 2005)

La influencia en el trabajo de enfermería de los servicios de salud pública en Latinoamérica y su afección en la visión humanista del cuidado. El cuidado como esencia de la enfermería (Poblete, 2007).

El registro de enfermería es una información escrita que debe contar con un documento oficial en el servicio de hemodiálisis. (Hernández, 2007)

Así mismo en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado".

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

Los registros de enfermería son la única prueba documentada de que se han llevado a cabo los tratamientos médicos y enfermeros, proporcionando un respaldo jurídico-legal a los profesionales, por lo que se deben realizar con letra clara y legible, sin tachaduras ni enmendaduras, con abreviaturas oficiales, la redacción debe ser clara, precisa y concreta como lo señala la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO.

Así mismo es importante que todo paciente cuente con un expediente clínico, ya sea electrónico o escrito, en el sector público o privado, así mismo los registros de enfermería tienen un papel muy importante ya que este puede ser utilizado como instrumento legal, en donde las enfermeras basan su participación de atención por la

calidad de los registros y se debe redactar con precisión la evaluación general del paciente; así como las acciones realizadas para atender sus necesidades y tratamientos.(NOM-004-SSA3-DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, 2012)

En el apartado 9, referente a enfermería menciona:

9. De los reportes del personal profesional y técnico

9.1. Hoja de enfermería.

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

9.1.1 Habitus exterior;

9.1.2 Gráfica de signos vitales;

9.1.3 Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita;

9.1.4 Procedimientos realizados; y

9.1.5 Observaciones.

Respecto a las posibles causas del no registro:

- Carga de trabajo
- Falta de aplicación
- Dificultades con la metodología
- Desconocimiento del lenguaje adecuado(NOM-004-SSA3-DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, 2012)

Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecidas por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo: Habitus exterior, grafica de signos vitales, ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita, procedimientos realizados y observaciones.

Responsabilidad Penal

Título Primero

Capítulo I

Reglas Generales Sobre Delitos y Responsabilidad

Artículo 7o. Delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales.

En los delitos de resultado material también será atribuible el resultado típico producido al que omite impedirlo, si éste tenía el deber jurídico de evitarlo. En estos casos se considerará que el resultado es consecuencia de una conducta omisiva, cuando se determine que el que omite impedirlo tenía el deber de actuar para ello, derivado de una ley, de un contrato o de su propio actuar precedente. (Adicionado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 2014)

El delito es:

I. Instantáneo, cuando la consumación se agota en el mismo momento en que se han realizado todos los elementos de la descripción penal; (Reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de junio de 2016)

II. Permanente o continuo, cuando la consumación se prolonga en el tiempo, y

III. Continuado, cuando con unidad de propósito delictivo, pluralidad de conductas y unidad de sujeto pasivo, se viola el mismo precepto legal. (Reformada mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de mayo de 2006)

Antecedentes

En la literatura revisada es común encontrar una preocupación por hallar un modelo viable en la práctica, que proporcione estrategias de intervención para incrementar el nivel de cumplimiento de los criterios técnicos y normativos de los registros, además de una similitud en la identificación de las fallas que se cometen con más frecuencia frente a los registros. Las fallas que a continuación se enuncian, hacen parte de las encontradas en estudios sobre registros como los de Chaparro L. y García, D. en Colombia, González Itziar e Ibarra Beatriz y el de Corcoles Pilar y otras en España; los de Méndez Gabriela y otros y De los Santos en México como también hacen parte de las experiencias en la docencia.

1. Uso inadecuado de términos médicos.
2. Empleo de notas descriptivas con repetición de anotaciones de cuidado y observaciones de rutina con ausencia de juicio profesional y precisión
3. Presencia de información no válida, extensa que no refleja con claridad los problemas, las necesidades, capacidades y limitaciones de los pacientes
4. La concepción del registro de enfermería como elemento estático, puntual en el tiempo y no como un proceso continuado durante las intervenciones de cuidado que se le prodigan al paciente.
5. Complimentados en su totalidad por personal auxiliar de enfermería y estudiantes en formación con diversos estilos para su redacción.

Para Rosa Suñol, directora de la Fundación Avedis Donabedian. Las acciones de mejora constituyen el núcleo de los programas de calidad. Se aplican en función de las causas que se han detectado en los problemas que se evalúan. En general podemos encontrar tres grandes tipos de causas:

- Problemas derivados de la falta de conocimientos, es decir, los profesionales no conocen como realizar correctamente un determinado aspecto de su trabajo (ejemplo:

los cuidados más adecuados o, como informar sobre situaciones que generan ansiedad).

Frente a este tipo de causas las acciones más adecuadas son la formación continuada y la protocolización.

- Problemas derivados de déficits organizativos, los cuales se corrigen lógicamente modificando los circuitos, las cargas de trabajo, los sistemas de coordinación e información, etc,...

- Problemas de actitud derivados de situaciones en las cuales los profesionales no están motivados para realizar una atención óptima. Por ejemplo, en los últimos años se ha discutido mucho sobre el síndrome del burn-out (quemado) de algunos profesionales. Las actitudes pueden verbalizarse, discutirse y por supuesto modificarse entendiendo su origen y aplicando estrategias de reconocimiento e incentivación.

De acuerdo con Mejía Delgado en el estudio analizado por la CONAMED, en donde se menciona la evaluación de 257 registros de enfermería de expedientes clínicos utilizados en el procedimiento arbitral de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), durante el 2009, reportando la omisión del nombre completo de quién integró el registro clínico de enfermería en una probabilidad de estudio comparativo de 0.28; es considerado antecedente.(Mejia Delgado Adriana, 2011)

Para del Olmo Núñez es importante que el uso de las abreviaturas no sean desconocidas por el profesional de enfermería, ya que dificulta el entendimiento de los registros clínicos.

En el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" se realizó una investigación sobre: La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico; a través de la revisión del expediente de pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria de dicho instituto, del 18 de octubre al 5 de noviembre de 2013. Entre los hallazgos más importantes destaca el nivel de conocimiento acorde a la elaboración de los registros de enfermería, no obstante hubo una alta incidencia de enfermeras que no registran los aspectos psicoemocionales, socioeconómicos y

espirituales aun cuando se proporcionen al paciente. Cabe mencionar que el concepto que tienen las enfermeras referentes a sus registros no debe ser considerado como asunto separado sino como componente integral del proceso de enfermería.

Otro estudio realizado por Chaparro L., cuyo objetivo era conocer lo que registra el profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado en los servicios de hospitalización de segundo nivel, se demostró que los registros de mayor uso son: hoja de medicamentos, ordenes de enfermería, ordenes médicas. Adicionalmente se observó que la continuidad del cuidado no se demuestra por la escasa aplicación del proceso de enfermería. De acuerdo a la Secretaria de Salud un proyecto realizado en el año de 2010 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, la hoja de enfermería deberá elaborarse por el personal en turno.

Consideraciones éticas y de bioseguridad

El Código de ética código para enfermeras y enfermeros en México, menciona que 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.

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

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

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un

tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

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.

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 y a la comunidad.

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a

la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

Bases teóricas.

Basado en el modelo calidad de la atención de salud del Doctor Avedís Donabedian quien en 1980 propuso una definición de calidad asistencial “Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”.

Establece indicadores para evaluar la calidad de la atención médica agrupados en estructura, proceso y resultados. Los de *estructura* son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.

Los de *proceso* se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, y a la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas, además de las actitudes, las habilidades, la destreza y la técnica con que lo llevan a cabo, incluido aquello que los pacientes son capaces de hacer por sí mismos. Los de *resultado* son los referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente con la atención recibida

Este modelo se basa en la teoría general de sistemas y se utiliza con éxito en las instituciones de salud.

A principios de la década de los 80, Avedis Donabedian formuló una base general para analizar la calidad en el campo de la atención de la salud. Este modelo se basa en la teoría general de sistemas y se utiliza con éxito en las instituciones de salud.

Donabedian publicó su primer artículo sobre la calidad de la atención médica en 1996 y ha producido los análisis más innovadores sobre este campo de investigación. Realizó una de las aportaciones más sustanciales al estudio de la calidad en el ámbito de la salud con carácter multifactorial, donde la calidad es una propiedad de un juicio sobre la unidad definible de la atención técnica e interpersonal. La calidad se puede evaluar en la medida en que es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios(Batiz, 2015).

El termino calidad de la atención es ampliamente utilizado en el campo de la salud, sin embargo, lo que es una buena calidad de atención para una persona puede no serlo para otra, ello depende de la concepción de cada persona y de su cultura.

Donabedian (1994) menciona que para poder evaluar la calidad de la atención en salud es necesario especificar desde un principio los objetivos por seguir y los medios legítimos o más deseables para alcanzar dichos objetivos. En la atención a la salud, el objetivo es mantener, restaurar y promover esta, por tanto, la calidad de la atención a la salud debe definirse como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.

Donabedian propone tres enfoques para evaluar la calidad de la atención sanitaria, los cuales son estructura, proceso y resultado. Esta formulación la realizó por primera vez en 1996, no como atributos de calidad, sino como enfoques a la adquisición de información con respecto a la presencia o ausencia de los atributos que contribuyen a definir la calidad.

Estructura: constituye el conjunto de las características de los sitios en los que tiene lugar el proceso de la atención médica; se supone que es más probable que se proporcione buena atención cuando los sitios son adecuados.

Este enfoque de valoración parte de la premisa que afirma que si se dispone de buenos medios, el trabajo que se lleva a cabo con ellos ha de estar en la misma tónica de calidad. Incluye estructura física (instalaciones, equipo, mobiliario, etc) y toma en consideración el número y tamaño de este, recursos humanos (número, distribución y capacidad técnica del personal) así como características generales de la organización.

En sentido estricto, la evaluación de la estructura no dice cómo funciona un centro, sino cómo debería funcionar si dispusiera de medios adecuados, tanto los que tiene relación directa con la asistencia como los que sirven de apoyo a esta. “Por lo general, la evaluación de los recursos que conforman la estructura de un servicio se realiza siguiendo un formulario o protocolo de valoración, en el que figuran los diversos aspectos por tomar en consideración, a los que se les otorga un valor de acuerdo a su presencia, a su ausencia importancia relativa de cada una de ellos”

Para Avedís Donabedian la calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en sus partes. (Alvar, 2009)

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta.

El componente técnico: El cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

El componente interpersonal: el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.

El componente aspectos de confort: Los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

Su evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva pues engloba una serie de características estáticas y previamente establecidas, sobre la base de conseguir una calidad aceptable para un momento dado. No obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad y el uso de estos indicadores es limitado si se pretende tener una visión real de la calidad de la gestión hospitalaria.

Estructura

La evaluación de la estructura implica los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal médico y métodos para su evaluación).

En otras palabras, está claro que ni el proceso ni los resultados pueden existir sin estructura aunque ésta puede albergar distintas variantes del propio proceso. La relación entre estructura y calidad dimana sobre todo de que algunas deficiencias del proceso pueden estar, al menos parcialmente, explicadas por problemas de estructura.

Dentro de los indicadores que se consideran como “de estructura” están la accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación), los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas.

Proceso

Los indicadores que miden la calidad del proceso ocupan un lugar importante en las evaluaciones de calidad. De hecho el proceso de la atención médica es el conjunto de acciones que debe realizar el médico (como exponente del personal que brinda atención) sobre el paciente para arribar a un resultado específico que, en general se concibe como la mejoría de la salud quebrantada de este último. Se trata de un proceso complejo donde la interacción del paciente con el equipo de salud, además de la tecnología que utilice, debe jugar un papel relevante.

También se analizan aquí variables relacionadas con el acceso de los pacientes al hospital, el grado de utilización de los servicios, la habilidad con que los médicos realizan aquellas acciones sobre los pacientes y todo aquello que los pacientes hacen en el hospital por cuidarse a sí mismo. Por otro lado, es el proceso donde puede ganarse o perderse eficiencia de modo que, los indicadores de eficiencia (que se abordan más adelante) en cierto sentido son indicadores de la calidad del proceso.

Según expresan Gilmore y de Moraes, en la atención médica los procesos suelen tener enormes variaciones, con los indicadores lo que se trata es de identificar las fuentes de variación que pueden deberse a problemas en la calidad de la atención. (Peneque, 2015)

La historia clínica como documento principal del proceso

Entre los indicadores de proceso más naturales se encuentra los que evalúan la calidad de los documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos u otros profesionales o técnicos de la salud. Como ejemplo específico y elocuente está la evaluación de la historia clínica, documento básico donde se refleja todo el proceso que atraviesa el paciente durante su estancia en el hospital.

Indicador de proceso: se refiere a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo.

Indicador de resultado: Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.

Donabedian (1984) define la calidad como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Señala que ésta puede interpretarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y el interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes.

Finalmente, para este modelo, la calidad del servicio está basada fuertemente en un enfoque técnico médico, lo cual deriva que su evaluación sea competencia de los profesionales de la salud, quedándose corta para medir la perspectiva de los pacientes, esto es, la calidad funcional percibida.(Donabedian, 2005)

VI. Metodología de la investigación

a. Tipo de investigación

Cuantitativo

La investigación cuantitativa adopta una estrategia sistemática, objetiva y rigurosa para generar y refinar el conocimiento. En este diseño, se utiliza inicialmente el raciocinio deductivo y la generalización, la investigación cuantitativa involucra el análisis de los números para obtener una respuesta a la pregunta o hipótesis de la investigación (Sousa, 2007)

Retrospectivo

El estudio se realiza en los meses de junio a Diciembre del 2016

Transversal

Las variables son identificadas en un punto en el tiempo y las relaciones entre las mismas son determinadas. (Sousa, 2007)

Descriptivo

Se caracterizan por ser estudios observacionales en los que no se evalúa una hipótesis causal. Estos estudios pueden ser transversales si la recogida de datos se realiza en un único momento en el tiempo o bien longitudinales, si hay una secuencia temporal entre la recogida de los mismos.

Estos diseños son útiles para:

Estimar frecuencia de una enfermedad en una población determinada, como la prevalencia y la incidencia.

Describir las características de una enfermedad o un problema de salud en un grupo de sujetos en un momento dado, o bien la evolución natural de una enfermedad.

Establecer asociaciones que permitan generar hipótesis a partir de los datos obtenidos, que posteriormente deberán ser estudio analítico.

Donde se evaluarán registros de enfermería en expedientes clínicos, tramitados mediante la coordinación de enfermería con el archivo clínico del 2016.

Se diseñó un instrumento de análisis para existencia de cada registro.

b. Variables y operacionalización de las variables

i. Variable dependiente

Habitus exterior, grafica de signos vitales, ministración de medicamentos, procedimientos realizados y observaciones.

ii. Variable independiente

Calidad de los registros clínicos de los profesionales de enfermería

c. Población

Universo: De acuerdo al reporte estadísticos del Hospital Regional B “Centenario de la Revolución Mexicana” I.S.S.S.T.E. el ingreso en los servicios censable como son: Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría y Gineco Obstetricia fue de 4650 pacientes anuales, tomando en cuenta el estudio de Mejía Delgado siendo la probabilidad del estudio comparativo de 0.28 y se seleccionara a la población por muestra aleatoria.

d. Muestra

400 registros clínicos del profesional de enfermería.

e. Criterios de Inclusión:

Registros de Junio a Diciembre del 2016, Servicios de Medicina Interna y Cirugía General.

f. Criterios de Exclusión:

Registros clínicos de quirófano, tocología, UCIN, Pediatría, Hemodiálisis, Terapia Intensiva Neonatal, Terapia Intensiva Pediátrica, Gineco obstetricia, pediatría, fechas anteriores y posteriores al 2016.

g. Descripción del instrumento de evaluación.

Al obtener permiso respectivo para el acceso a las hojas de enfermería para evaluar, se realizó un oficio dirigido a enseñanza en enfermería, con autorización de la coordinadora. Explicando la importancia que genera el conocimiento en la aplicación de la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico y los registros que debe presentar el instrumento que avala el quehacer del profesional de enfermería, detectando los puntos débiles en el nivel de conocimiento para desarrollar los registros y reforzar los mismos para incrementar la calidad.

Aplicación del instrumento

Al tener el acceso a las hojas de enfermería, se identificaron los factores que integran la misma y en base a la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, como son: habitus exterior, gráfica de signos vitales, ministración de medicamentos, procedimientos realizados y observaciones.

h. Técnica de análisis e interpretación de datos

Se utilizó el programa Excel para la captura de datos y el procesamiento de los datos obtenidos se realizó por el programa estadístico Stata v 14.

Con base a los datos obtenidos, se realizó la tabulación por porcentajes omitidos.

La presentación de los datos es en tablas académicas y en barras según las variables a estudiar, para así realizar el análisis e interpretación de los mismos.

VII. Resultados

En la presente investigación se utilizó el método Cuantitativo, Retrospectivo, transversal y descriptivo, ya que se evaluó la calidad de los registros clínicos de los profesionales de enfermería en el Hospital regional “Centenario de la Revolución Mexicana” Emiliano Zapata (de alta especialidad) del I.S.S.S.T.E. basados en la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico y en la Hoja de la enfermera de la Institución, tomando una muestra probabilística, en donde se incluyeron 400 hojas de enfermería de los servicios de Medicina Interna y Cirugía General, en pacientes con más de 72 horas de hospitalización.

Los datos se analizaron en el programa Stata v.14 y la elaboración se realizó en Excel, realizando gráficas y tablas de los resultados obtenidos.

Se evaluó de la calidad de los registros clínicos de los profesionales de enfermería:

En Habitus exterior, de 11 puntos se obtuvo una media fue de 7.76, con una desviación estándar de 0.99.

En el turno matutino se observó la gráfica de signos vitales de 4 puntos, se obtuvo una media de 3.99 y desviación estándar de 0.99, en ministración de medicamentos de 4 puntos, se observó una media de 3.9 y desviación estándar de 0.18, procedimientos realizados de 118 puntos, se observó una media de 24.19 y desviación estándar de 2.56, las observaciones (correspondientes a la nota del profesional de enfermería) de 11 puntos se observó una media de 5.17 y desviación estándar de 1.19.

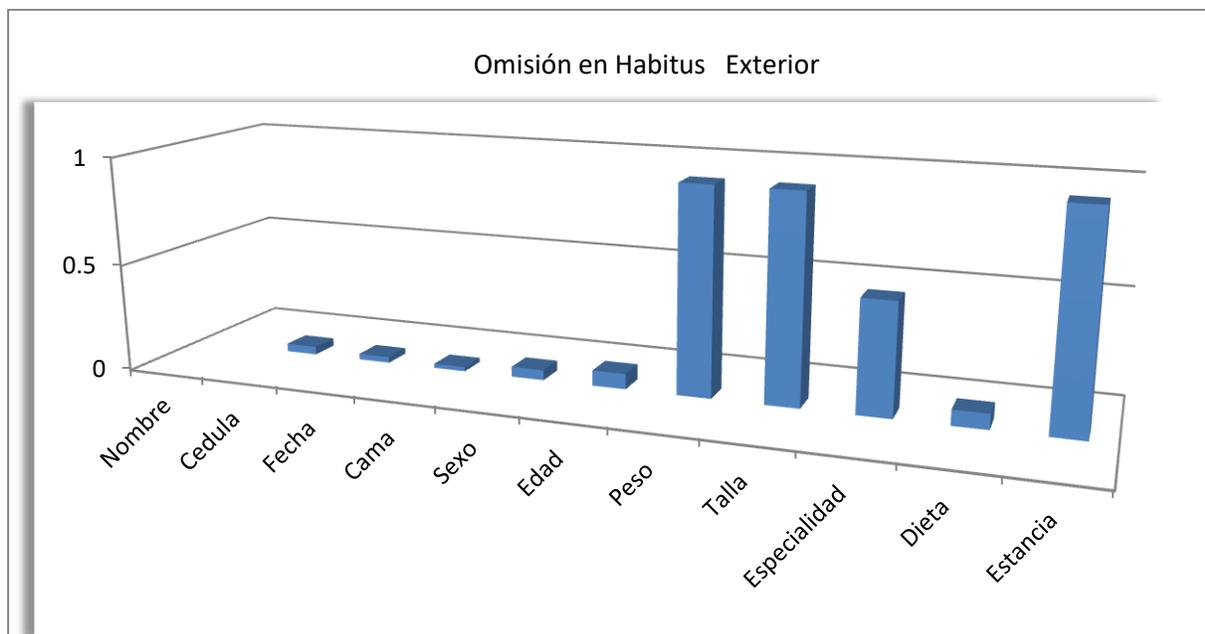
En el turno vespertino en gráfica de signos vitales, de un total de 4 puntos se observó una media de 3.95 y desviación estándar de 0.219, en ministración de medicamentos de 4 puntos, se observó una media de 3.84 y desviación estándar de 0.37, procedimientos realizados de 120 puntos, se observó una media de 24.85 y una desviación estándar de 2.75, observaciones de 11 puntos se observó media de 8.6 y desviación estándar de 1.51.

El turno nocturno, en gráfica de signos vitales de 4 puntos, se observó una media de 3.92 y desviación estándar de 0.4, ministración de medicamentos de 4 puntos, se observó una media de 3.78 y desviación estándar 0.47, procedimientos realizados de 117 puntos se observó una media de 24.8 y desviación estándar de 2.6, observaciones de 11 puntos, se observó una media de 3.95 y desviación estándar de 0.55.

Tabla 1. Omisión en Habitus Exterior en la evaluación de la calidad de los registros clínicos de los profesionales de enfermería en el Hospital regional “Centenario de la Revolución Mexicana” Emiliano Zapata (de alta especialidad) del I.S.S.S.T.E.

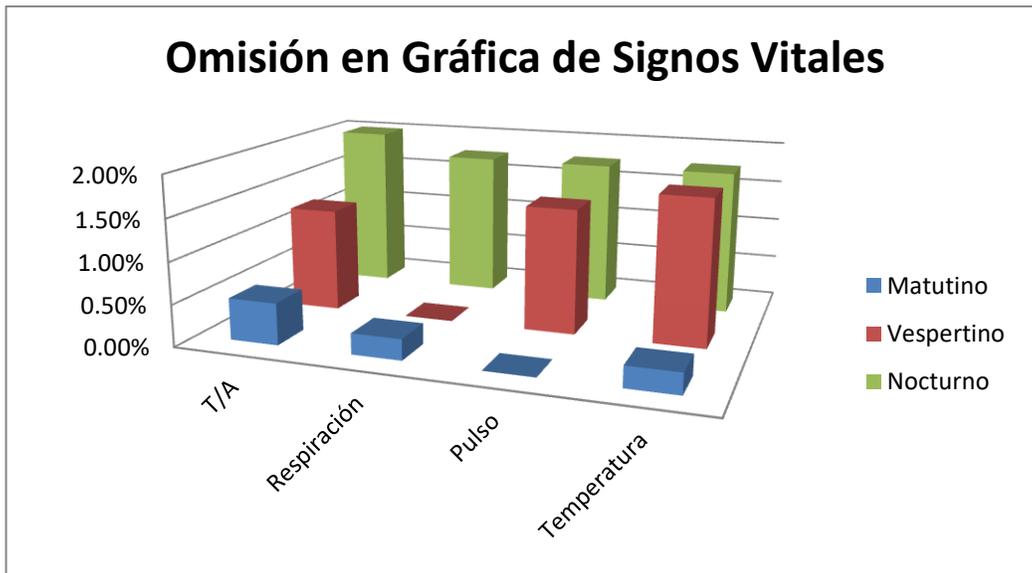
Nombre	Cedula	Fecha	Cama	Sexo	Edad	Peso	Talla	Especialidad	Dieta	Estancia
	3.75%	2.75%	2%	4.75%	7.25%	95.5%	95.25%	51.75%	7.25%	97.25%

Gráfica N° 1: Datos omitidos dentro de Habitus Exterior

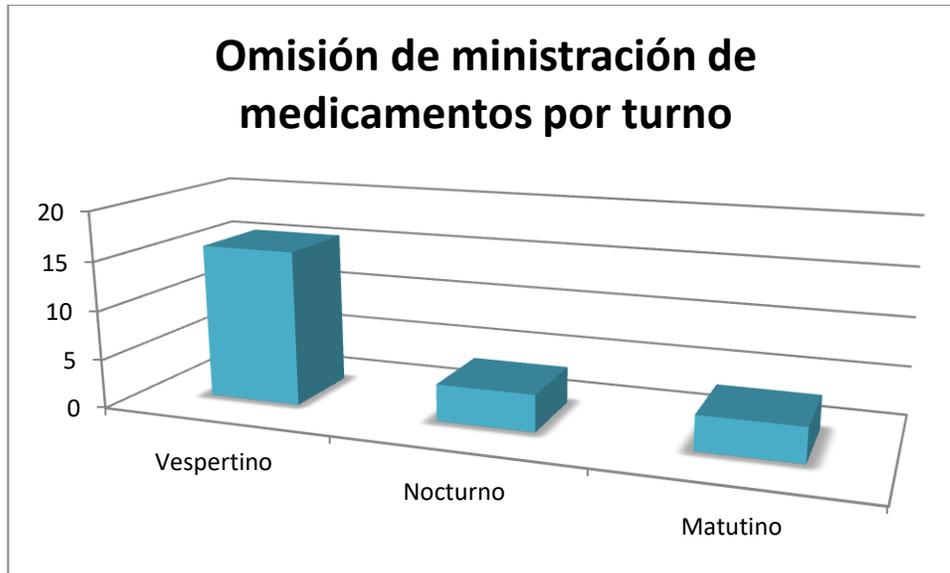


Habitus Exterior (nombre, cédula, fecha, cama, sexo, edad, peso, talla, especialidad, dieta, días de estancia) presenta tres valores referenciales de omisión importantes, estancia 97.25%, peso 95.5%, talla 95.2% y observando un porcentaje menor de omisión en especialidad 51.75%.

Gráfica 2. Dentro de la omisión en la Gráfica de signos vitales, en el turno nocturno se observa un 1.50% en todos los signos vitales y en el 1.50% la temperatura omitida por el turno vespertino.



Gráfica N° 3: Datos omitidos dentro de ministración de medicamentos el turno vespertino es representativo en un 15.75%, nocturno 3.75% y el matutino 3.5%.



De acuerdo al cumplimiento del registro solicitado por la NOM-004-SSA3, 2012 del expediente clínico en donde la ministración de medicamentos debe contar con los datos: nombre del medicamento, dosis, vía, hora.

Tabla 2. Datos omitidos en los procedimientos realizados.

Se observa que en la presente tabla los procedimientos realizados al paciente el turno vespertino omite en un 92.19% el llenado en procedimientos realizados, el turno nocturno en un 91.81% y el matutino en un 91.17%.

Procedimientos realizados	Turno matutino %	Turno vespertino %	Tuno nocturno %
Tipo de catéter	0.25	0.25	0.25
Fecha de instalación	0.25	9.75	9.95
Localización de catéter			
Cirugía	95.01	97.5	99.5
Días de posoperado	95.01	99.01	95
Estado del paciente			
Consiente	31.92	31.92	31.92
Inconsciente	90.25	99.75	99.75
Muy grave	66.01	96.01	96.01
Grave	95.51	95.51	95.51
Delicado	90	90	90
Mejorado	85.54	85.54	85.54
Cuidados especiales			
Monitorización	81.55	81.55	81.55
Posición			
Libremente	71.32	71.32	71.32
Fowler	65.34	65.34	65.34

Semifowler	63.09	63.09	63.09
Oxigenación			
Directo	86.78	86.78	86.78
Continuo	66.58	66.58	66.58
Intermitente	61.10	61.10	61.10
MNB	84.29	90.27	84.29
Higiene			
Baño			
Regadera	80	85	99.75
Parcial	59.10	59.10	90.77
Esponja	82.29	82.29	
Curación de catéter	96.51	96.51	96.51
Aspiración bronquial	96.51	96.51	96.51
Aseo colostomía	95.76	95.76	95.76
Aseo traqueostomía	96.26	96.26	96.26
Visita médica			
Rutina	0	0	0
Especialidad	95.26	95.26	93.52
Solución parenteral	5.74	12.5	5.74
Hora	5.74	5.74	5.74
Ministra	5.74	5.74	5.74
Entrega	5.74	5.74	5.74
Valoración de Braden			

Percepción sensorial			
Limitada completamente	99	99	99
Muy limitada	99.75	99.75	99.75
Ligeramente limitada	99.75	99.75	99.75
Sin limitación	99.75	99.75	99.75
Movilidad			
Inmóvil	99.75	99.75	99.75
Muy limitada	99.75	99.75	99.75
Ligera limitación	99.75	99.75	99.75
Sin limitación	99.75	99.75	99.75
Actividad			
Encamado	99.75	99.75	99.75
En silla	99.75	99.75	99.75
Deambula ocasionalmente	99.75	99.75	99.75
Deambula con frecuencia	99.75	99.75	99.75
Riesgo de lesión cutánea			
Problema potencial	99.75	99.75	99.75
No existe	99.75	99.75	99.75

Exposición a la humedad			
Constante	99.75	99.75	99.75
Con frecuencia	99.75	99.75	99.75
Ocasional	99.75	99.75	99.75
Raramente	99.75	99.75	99.75
Nutrición			
Muy pobre	99.75	99.75	99.75
Inadecuada	99.75	99.75	99.75
Adecuada	99.75	99.75	99.75
Excelente	99.75	99.75	99.75
<13 alto riesgo	91.52	91.52	91.52
13-14 riesgo moderado	68.08	68.08	68.08
>15 bajo riesgo	39.40	39.40	39.40
Escala de Glasgow			
Respuesta ocular			
4 Espontanea	91.27	90.77	90.27
3 A la voz	57.61	59.10	51.30
2 Al dolor	72.57	72.57	90.76
1 Ninguna	96.76	97.01	96.76
Respuesta verbal			
5 Orientado	90.02	90.52	90.27
4 Confuso	58.85	60.35	59.60
3 Inapropiada	71.82	72.32	69.7
2 Incomprensible	98.75	99.25	90.76
1 Ninguna	97.01	97.01	96.76

Respuesta motora			
6 A ordenes	90.52	90.27	90
5 Localiza Dolor	58.75	59.35	59.1
4 Dolor	71.75	72.07	72.3
3 Inapropiada	98.75	98.75	98.7
2 Extensión	97.2	97.51	97.01
1 Ninguna	99.5	99.5	99.5
Resultado			
Leve 14 a 15	73.32	73.57	74.3
Moderado 9 a 13	31.92	32.42	32.42
Severo <8	98.5	94.51	95.76
Prevención de caídas			
2 Limitación física	97.26	97.26	97.01
3 Estado mental alterado	94.01	94.01	94.01
2.Tratamiento farmacológico que implica riesgo	97.26	97.26	97.86
2 Problema de idioma o socio-culturales	99.75	99.75	99.75
1 Paciente sin factores de riesgo evidentes	88.53	88.78	88.53
Total 10	99.75	99.75	99.75

Nivel			
Alto riesgo	97.26	97.26	97.51
Mediano riesgo	96.26	96.26	96.26
Bajo riesgo	15.21	15.71	21.45
Escala se rostros de dolor			
0 Sin dolor	84.79	84.79	99.75
2 Siente solo un poco de dolor	90.02	90.02	90.02
4 Siente un poco más de dolor	99.75	99.75	99.75
6 Siente aumento del dolor	99.75	99.75	99.5
8 Siente mucho dolor	98.25	98.25	99
10 El peor dolor posible	99	99	99
Egresos			
Orina	1	1.25	1
Evacuaciones	40.65	40.65	40.65
Emesis	94.26	94.26	94.26
Perdidas insensibles	99.75	99.75	99.75
Estudios realizados			
Laboratorio	99.75	99.75	96.76
Tipo de estudio	90.52	90.52	99.75
Rx	86.03	86.03	86.03
Tipo de estudio	91.52	91.52	91.52
TAC	89.28	89.28	97.5

Tipo de estudio	91.52	91.52	99.75
Ecografía	96.76	96.76	99.75
Tipo de estudio	99.75	99.75	99.75
Otros	98	98	97.26
Drenes			
S.N.G.	92.27	92.27	92.27
S. Pleural	98.5	98.5	98.5
S. Vesical	90.27	90.27	90.27
Otros	99.75	99.75	99.75
Fecha de instalación	99.75	99.75	99.75
Motivo de ayuno			
Cirugía	96.51	96.51	97.26
Estudios especiales	99.75	99.75	99.75
Estudios de laboratorio	99.75	99.75	97.51
Otras causas	97.51	97.51	99.75
Alimentación			
Desayuno	3.49	0	
Equivalente	2.7	0	
Comida	0	10.72	
Equivalente	0	5.71	
Merienda	0	10.22	
Equivalente	0	4.77	

El turno matutino omite el llenado de los procedimientos realizados en un 91.17%, el turno vespertino en un 92.19% y el nocturno en un 91.81%

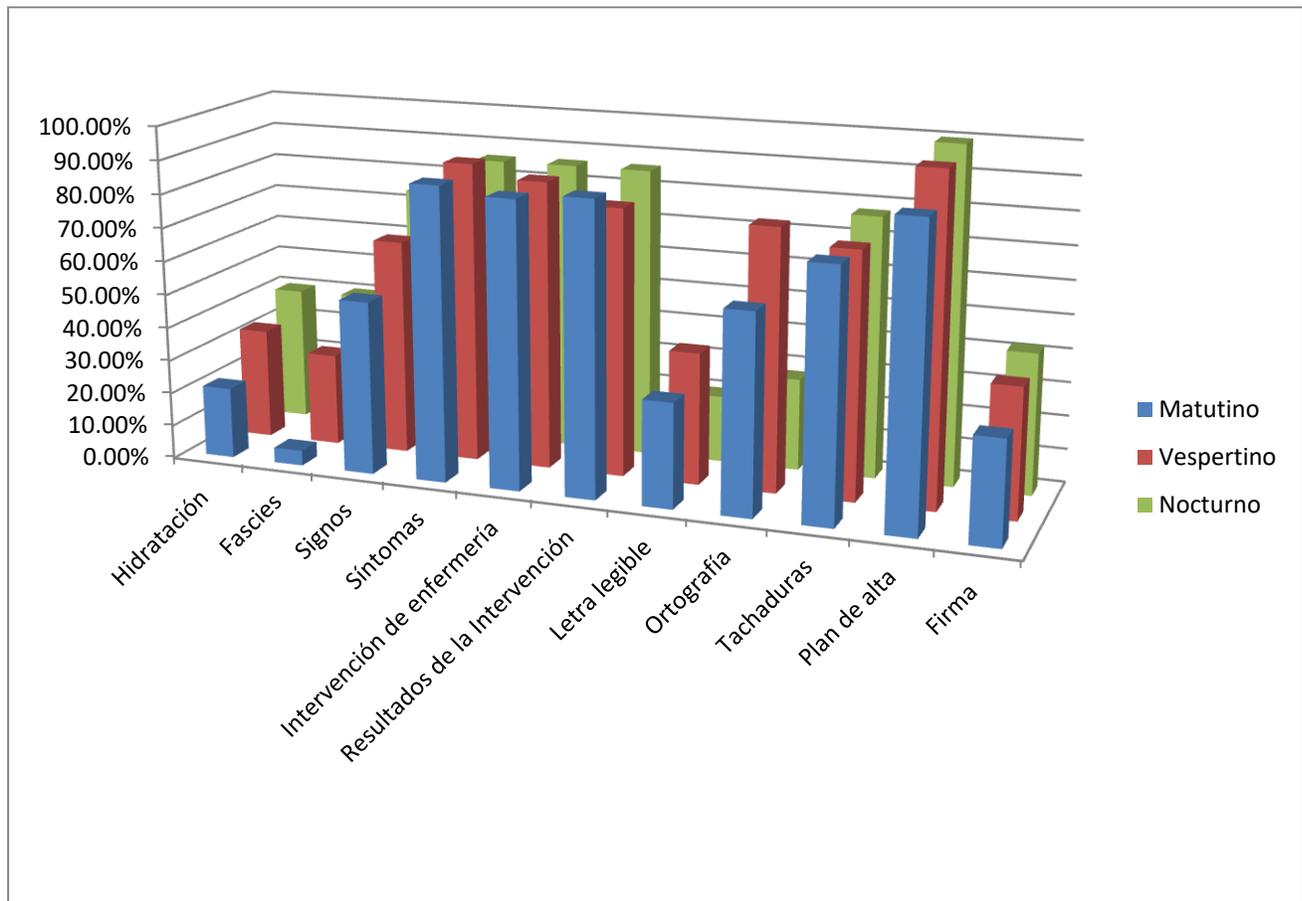
Gráfica N° 5: Datos omitidos en Observaciones.

Refleja lo que el profesional de enfermería realizó a su paciente, en donde describe los procesos reportados como es: hidratación, fascies, signos, síntomas, intervención de enfermería, resultados de la intervención, letra legible, ortografía, tachaduras, plan de alta, firma del profesional de enfermería.

En donde se observó que en el turno nocturno las omisiones son mayores al 85%, lo representan: tachaduras, síntomas, intervención de enfermería, resultado de la intervención, plan de alta.

El turno vespertino las omisiones mayores llegan al 70% son tachaduras síntomas, intervención de enfermería, resultados de la intervención y plan de alta.

En el turno matutino, las omisiones mayores al 60%, son tachaduras, síntomas, intervención de enfermería, resultados de la intervención, plan de alta.



VIII. Conclusiones

1. La gráfica de signos vitales el turno nocturno, es quien omite en un 1.5%, por lo cual la calidad es excelente de dicho registro.
2. La omisión de ministración de medicamentos se realiza con mayor frecuencia por el turno vespertino en un 15.75% reflejando una excelente calidad.
3. La omisión de procedimientos realizados, es frecuente en días de post operado, estado de conciencia, oxigenación, higiene, valoración de braden, escala de coma de Glasgow, prevención de caídas, egresos, estudios realizados, drenes, motivo de ayuno mayor a 91% demostrando una mala calidad.
4. En las observaciones en donde los profesionales de enfermería describen de manera escrita, los procesos realizados al paciente en puño y letra, las omisiones más frecuentes son: signos, síntomas, intervenciones de enfermería y resultados de la intervención, plan de alta en los 3 turnos, tachaduras en el turno nocturno y ortografía en el turno vespertino son de mala calidad siendo mayor al 70%.
5. El apego y conocimiento de la NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, facilita el cumplimiento en el llenado correcto de la hoja de enfermería.
6. La mayor demanda hospitalaria es en los servicios de medicina interna, cirugía general y urgencias. Por lo cual han sido evaluados sus registros clínicos.
7. La existencia de factores que interfieren en el cumplimiento de los procesos, causan desconocimiento del profesional de salud, realizando el llenado de su instrumento de reporte de manera incompleta.
8. La cantidad y calidad de los pacientes interfiere en el llenado correcto de los registros del profesional de enfermería.

9. La falta de conocimiento en relación a protocolos y normas oficiales mexicanas interfieren de manera directa en la calidad de atención reflejada a los usuarios.
10. La falta de evaluación de los registros clínicos del profesional de enfermería en coordinación con la jefatura de enseñanza, como la jefatura de los servicios disminuye el seguimiento en el cumplimiento de la NOM.
11. La falta de interés del profesional que labora en la Unidad hospitalaria para la autoeducación y actualización en normatividades influye en dar un informe escrito de su trabajo.
12. El factor habitus exterior respecto al peso, talla, especialidad y estancia es en donde se presenta una omisión mayor a 95%, reflejando una mala calidad en dicho registro.

IX. Discusión de los Resultados

De acuerdo a la investigación realizada, el enfoque de Avedis Donabedian, se observa que los registros clínicos del profesional de enfermería, de acuerdo a lo que marca la NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO y al formato del Hospital Regional “Centenario de la Revolución Mexicana Emiliano Zapata (de alta especialidad) del I.S.S.S.T.E. el instrumento para realizar los registros clínicos es complejo y menciona diversos rubros para un concepto como son las escalas.

La calidad de la evaluación de los registros clínicos del personal de enfermería, reflejados en el habitus exterior es buena. Sin embargo por el estado del paciente dificulta obtener peso y talla.

En respuesta a la demanda por los derechohabientes y familiares desarrolla una serie de procesos que van desde la percepción del paciente, la recogida de datos y elaboración de los registros desde el ingreso por la sala de urgencias, admisión hospitalaria, quirófano, consulta externa, terapia intensiva u otro servicio a fin.

El hospital siendo de tercer nivel y con una estructura pequeña, ya que al no contar con un segundo nivel, la demanda es insuficiente para su capacidad y así mismo para atender a los estados circunvecinos. Además de ser un foco rojo debido a la persistencia de violencia en el Estado; sin embargo se encuentran los subsidios necesarios y las subrogaciones para dar atención a las necesidades de atención.

Las oportunidades para el profesional en su capacitación al contar con capacitación continua, afectando seriamente al turno matutino, que no siempre accede a estos, ya que las becas son otorgadas a un porcentaje del personal. Sin embargo, tienen posibilidad de realizar los cursos pos técnicos gratuitos que la institución ofrece.

Por otro lado el objetivo del estudio, que son los registros clínicos de enfermería al evaluar las observaciones, en donde denota los procesos realizados al paciente, se observan deficientes ya que solo las fascias, hidratación, letra legible y firma cumplen la mayoría de los profesionales.

Los procedimientos realizados son confusos ya que existe un rubro en general sin tener la posibilidad de ser negativo o positivo. El estado de conciencia del paciente puede no ser valorado en este formato al existir la posibilidad de encontrar al paciente sedado, estuporoso.

Los factores como son ministración de medicamentos, grafica de signos vitales y habitus exterior muestran algunos rubros incompletos que no determinan los procesos realizados al paciente.

Se observó que el profesional de enfermería en el I.S.S.S.T.E. realiza los procesos de manera general, sin importar jerarquía, lo cual dificulta el proporcionar una atención de calidad y por la sobrecarga de trabajo entre la toma de signos vitales, abrir hojas de enfermería, solicitar medicamentos, realizar baños, tendido de cama, curaciones, preparar para estudios, para cirugía, preparar soluciones, administrar y ministrar medicamentos y demás tareas, la calidad de lo realizado a cada paciente, no lo refleja por escrito; ya sea porque olvido lo que realizo a cada uno. Siendo de gran importancia respetar jerarquía del profesional y la tarea para la cual está capacitada.

X. Recomendaciones

A la coordinación de enfermería, como a sus jefaturas de enseñanza, jefas y subjefas de enfermería.

- Elaborar un plan de educación continua incluyendo temas de atención al paciente y los procesos de atención a realizar en la unidad hospitalaria, promoviendo la participación activa de todos los recursos de las diversas áreas.

- Elaborar un plan de inducción al puesto del profesional de enfermería, para conocer el instrumento de los registros clínicos de los profesionales de enfermería y elementos que lo conforman.

- Promover la capacitación continua para fortalecer el conocimiento de Norma Oficial Mexicana del profesional de enfermería.

- Realizar evaluaciones periódicas para identificar el nivel de conocimientos del profesional de enfermería.

- Mantener la calidad de atención que se caracteriza y mejorar los registros clínicos de los profesionales de enfermería basados en la Norma Oficial Mexicana.

- Realizar cambios al instrumentos de registros clínicos, siendo más objetivos, evitando opciones múltiples en grandes cantidades, especificando si el paciente ha sido operado o no, cuantos días tiene de post operado, su estado de conciencia, los cuidados específicos, si son necesarios o no, la oxigenación, higiene, evitar tantas escalas de valoración quedando las más específicas, si son necesarios o no los estudios realizados.

- Así mismo reforzar las observaciones del profesional de enfermería apoyados en diagnósticos enfermeros para ser más específicas las intervenciones, resultados y procesos que conllevan los procesos enfermeros.

A los jefes de las diferentes áreas

- Supervisar y monitorear el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana.
- Realizar reuniones para reforzar conocimientos.
- Realizar reuniones mensuales con el personal de los servicios, para reforzar el desarrollo de los registros enfermeros.

Al profesional de enfermería

- Solicitar busque su autoeducación en relación a los procesos enfermeros.
- Que haga más continua su actualización de conocimientos.

XI. Referencias bibliográficas

Anep de la fundacionAlvar Net.Presidente de la Fundacion AvedisDonabedian, I. c. (s.f.). www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.

Avendaño, M. N. (2011). Exactitud, precisión y curva de aprendizaje del Instrumento para Iso registros clínicos de enfermería: Estudio comparativo. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16 (2), 97-103.

Batiz, A. V. (15 de febrero de 2015)

. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3892/2/Calidad-de-la-atencion-de-enfermeria-en-el-Servicio-de- Aplicacion-de-Quimioterapia>. Recuperado el 5 de junio de 2017

Beltrones, M. F. (27 de Abril de 2005). Ley General de Salud.

Carpenito, L. (2010). *Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados*. Barcelona: Interamericana, McGraw-Hill.

Cerezo Sanmartín M., J. G. (2009). Historia Clínica informatizada de enfermería en el Departamento de Torre Vieja Salud como instrumento de gestión de calidad. *Enfermería Global* , 32-36.

Código de ética y aplicabilidad en el quehacer profesional. (2007). *Ética en la enfermería* , 50.

Currell R, U. C. (2008). Sistema de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria. *Cochrane* , Num 2, 23.

del Olmo Nuñez Sonia, C. d. (Mayo de 2007). El registro de enfermería: un sistema de comunicación. *Enfermería Clínica* , 1-4.

Delgado, N. B. (2012). Expediente Clínico. *Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit* , 8.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*.

Dubón, P. (2010). La importancia del expediente clínico y el consentimiento najo información en las controversias médico-paciente. *FM UNAM* , 15-20.

Garcés, M. A. (2005). Los Registros de Enfermería:Consideraciones ético-legales.

Gonzalez, M. d. (2012). Conference Abstract. *Conference Presentations (Member Login is Required)*, (pág. 23). Canada.

Hernández Sánchez Daniel, R. C. (2007). Elaboración de un registro enfermero para hemodiálisis. *Revista Sociedad Española Enfermería Nefrología* , 15-22.

Ibarra Fernández Antonio José, G. S. (2007). *Registros de enfermería*. Almería, España: x.

Iyer P. Taptich B, B. L. (2010). *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. México: McGraw hill-Interamericana.

Jurisprudencia, L. y. (2015). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México, México, México: Distribución Editorial.

Martínez Ques, A. (2004). Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. *Revista Gallega de actualidad sanitaria* , 54-59.

Martinez, A. Q. (2006). Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. *revista Gallega de la actualidad sanitaria* , 23.

Martínez, J. D. (2009). Ética. *Revista Médica electrónica- Portales médicos.com* , 16-20.

Mejia Delgado Adriana, D. P. (2011). Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. *Revista CONAMED* , 4-10.

NOM-004-SSA3-DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. (15 de Octubre de 2012). *Diario Oficial de la Federación* .

NOM-004-SSA3-DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. (15 de Octubre de 2012). *Diario Oficial de la Federación* .

Poblete Troncoso Margarita, v. S. (2007). *Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios Hospitalarios*.

Puga Mira Maria, I. E. (2002). Valoración de los registros de enfermería informatizados en una unidad de hospitalización. *Seden.org* , 3-7.

Ramirez, a. (2005). *Tratamiento Jurídico de los datos clínicos en México (Ingormación y limites de acceso)*. México.

Rivas, J. G. (Octubre- Diciembre de 2009). propuesta de registros clínicos de enfermería con vinculación taxonómica para úlceras, traqueostomía y estómas. *CONAMED* , 30-36.

Santiago, M. T., Rosa Amarilis Zarate Grajales, R. M., & Matus Miranda, R. (2011). Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enfermería Universitaria*, 8 (1), 17-25.

Sebastian Viana Tomás, P. d. (enero-Febrero de 2009). Impacto de la codificación de enfermería en el peso medio de los grupos relacionados con el diagnóstico y su repercusión con el diagnóstico y su repercusión en la facturación de un hospital. *Gaceta Sanitaria* , 1-5.

Tarruella-Farré, M. (2013). Registros de enfermería: porqué, para qué y cómo. *Tesela, Revista de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería* , 14-22.

Valenzuela, R. J. (2006). Registro en el proceso en el área de urgencias y emergencias; una implicacion práctica a través de una herramienta viva. *Red galega de actualidad sanitaria* , 15-23.

Vitolo, F. (2009). Aspectos médico- legales y manejo de riesgos en enfermería. *Biblioteca Virtual Noble, S.A.* , 1-5.

Anexos

Instrumento de evaluación de la calidad en los registros clínicos de los profesionales de enfermería en un hospital. Folio_____

El presente instrumento es aplicado en el Hospital Regional "Centenario de la Revolución Mexicana "Emiliano Zapata (de alta especialidad) del I.S.S.S.T.E., tiene como objetivo evaluar las hojas de enfermería (registros clínicos de enfermería) para la investigación de la Maestría de Enfermería U.A.E.M., los datos recibidos serán manejados de forma anónima.

Habitus exterior cuenta con:	SI	NO
Nombre		
Cédula		
Fecha		
No de Cama		
Sexo		
Edad		
Peso		
Talla		
Especialidad		
Tipo de dieta		
Días de estancia		
Grafica de signos vitales cuenta con:		
T/A		
Respiración		
Pulso		
Temperatura		
T.M.		

T.V.		
T.N.		
Ministración de medicamentos cuenta con:		
Nombre de medicamento		
Dosis		
Vía		
Hora		
T.M.		
T.V.		
T.N.		
Procedimientos realizados cuenta con:		
Tipo de catéter		
Fecha de instalación		
Localización de catéter		
Turno		
Cirugía		
Cirugía		
Días de posoperado		
Estado del paciente		
Consiente		
Inconsciente		
Muy grave		
Grave		
Delicado		
Mejorado		
Cuidados especiales		
Monitorización		
Posición		
Libremente		
Fowler		

Semifowler		
Oxigenación		
Directo		
Continuo		
Intermitente		
MNB		
Higiene		
Baño		
Regadera		
Parcial		
Esponja		
Curación de catéter		
Aspiración bronquial		
Aseo colostomía		
Aseo traqueostomía		
Visita médica		
Rutina		
Especialidad		
Solución parenteral		
Ministra		
Entrega		
Valoración de Braden		
Percepción sensorial		
Limitada completamente		
Muy limitada		
Ligeramente limitada		
Sin limitación		
Movilidad		
Inmóvil		
Muy limitada		

Ligera limitación		
Sin limitación		
Actividad		
Encamado		
En silla		
Deambula ocasionalmente		
Deambula con frecuencia		
Riesgo de lesión cutánea		
Problema		
Problema potencial		
No existe		
Exposición a la humedad		
Constante		
Con frecuencia		
Ocasional		
Raramente		
Nutrición		
Muy pobre		
Inadecuada		
Adecuada		
Excelente		
<13 alto riesgo		
13-14 riesgo moderado		
>15 bajo riesgo		
T.M.		
T.V.		
T.N		
Escala de Glasgow		

Respuesta ocular		
4 Espontanea		
3 A la voz		
2 Al dolor		
1 Ninguna		
Respuesta verbal		
5 Orientado		
4 Confuso		
3 Inapropiada		
2 Incomprensible		
1 Ninguna		
Respuesta motora		
6 A ordenes		
5 Localiza Dolor		
4 Dolor		
3 Inapropiada		
2 Extensión		
1 Ninguna		
Resultado		
Leve 14 a 15		
Moderado 9 a 13		
Severo <8		
T.M.		
T.V.		
T.N		
Prevención de caídas		
2 Limitación física		
3 Estado mental alterado		
2 Tratamiento farmacológico que implica		

riesgo		
2 Problema de idioma o socio-culturales		
1 Paciente sin factores de riesgo evidentes		
Total 10		
Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 a 10	Rojo
Mediano riesgo	2 a 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 a 1	Verde
T. M.		
T. V.		
T. N.		
Escala se rostros de dolor		
0 Sin dolor		
2 Siente solo un poco de dolor		
4 Siente un poco más de dolor		
6 Siente aumento del dolor		
8 Siente mucho dolor		
10 El peor dolor posible		
T. M.		
T. V.		
T. N.		
Egresos		
Orina		
Evacuaciones		

Emesis		
Perdidas insensibles		
T. M.		
T. V.		
T. N.		
Estudios realizados		
Laboratorio		
Rx		
TAC		
Ecografía		
Otros		
Tipo de estudio		
T. M.		
T. V.		
T. N.		
Drenes		
S.N.G.		
S. Pleural		
S. Vesical		
Otros		
Fecha de instalación		
T. M.		
T. V.		
T. N.		
Motivo de ayuno		
Cirugía		
Estudios especiales		
Estudios de laboratorio		
Otras causas		
Alimentación		

Desayuno		
Equivalente		
Comida		
Equivalente		
Merienda		
Equivalente		
Registros de enfermería		
Hidratación		
Fascie		
Signos		
Síntomas		
Intervención de enfermería		
Resultado de la intervención		
Letra legible		
Ortografía		
Tachaduras		
Abreviaturas		
Hora		
Firma		
T.M.		
T.V.		
T.N.		