



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Enfermería

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN

CIENCIAS DE ENFERMERÍA

PRESENTA

LIC. ENF. MA. MARGARITA GONZÁLEZ GUTIÉRREZ.

SANTIAGO DE QUERETARO, MAYO 2007



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestro en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. Enf. Ma. Margarita González Gutiérrez

Dirigido por:

M. C. S. S. Ma. Alejandra Hernández Castañon

SINODALES

M.C.S.S. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Presidente

Firma

M.C.E. Raquel Acuña Cervantes
Secretario

Firma

M.C.E. Ruth Magdalena Gallegos Torres
Vocal

Firma

M.C.E. Alicia Álvarez Aguirre
Suplente

Firma

M.C.E. Martha González Esquivel
Suplente

Firma

M.C. Raquel Acuña Cervantes
Director de la Facultad

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Mayo 2007
México

RESUMEN

El surgimiento de nuevas políticas en el sector salud, implica mayor preparación y responsabilidad de quienes se dedican a brindar servicios asistenciales, de tal manera que su trabajo se refleje en una atención de calidad; en el caso de enfermería, el papel que desempeña frente al paciente es de vital importancia. El objetivo de esta investigación fue evaluar la calidad de los registros de Enfermería que realiza el personal de una clínica hospital. El estudio fue prospectivo transversal de tipo correlacional, se calculó la muestra para un intervalo de confianza del 95%, $p = 80$ $q = 20$ y error máximo al 0.5, siendo ésta de 246. El muestreo para las hojas de registro de enfermería fue aleatorio tomando en consideración todos los turnos; la distribución de la categoría de las enfermeras fue determinada por la selección de la hoja de registro, se utilizó una cédula de recolección de datos y una lista de cotejo elaborados con base a la normativa institucional. Los datos fueron procesados en el programa SPSS 11. Se utilizaron medidas de tendencia central para variables de tipo cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, para probar la hipótesis se utilizó χ^2 de Pearson. El análisis de los datos mostró que de los nueve rubros a evaluar 8 estaban por abajo del 80%, siendo importante mencionar que rubros como instalación de venoclisis, ministración de medicamentos y observaciones tuvieron una evaluación de 6.9%, 37.4% y 67.5% respectivamente, en tanto que para los registros sobre reglas generales solo 10.2% fueron completos. Al asociar calidad de los registros con la categoría de la enfermera no se encontró asociación ($p = 0.915$). En conclusión, la calidad de los registros no está asociada a la categoría de la enfermera que realiza los registros y existe la necesidad de mejorar la calidad de los mismos.

(Palabras claves: calidad de la atención, calidad de los registros, registros de enfermería)

SUMMARY

The appearance of new policies in the health sector implies more education and greater responsibility for those who provide health services in order for their work to demonstrate more emphasis on quality. In the case of nursing, the role played evaluate the quality of nursing records made by the personnel of a clinic-hospital. The study was prospective, transversal and of the correlation type. The sampling was calculated for a trust interval of 95%, $p=80$, $q=20$, whit a maximum error of 0.5, representing 246. The sampling for nursing page records was aleatory, covering all the shifts. Distribution of the nurses' categories was determined by the selection of the registry page. A data collection sheet and a comparison list prepared on the institution's regulations were used. Data was processed using the SPSS 11 program. Central tendency measures were used for quantitative and frequency variables and percentages were used for qualitative variables. Pearson's Chi2 was used to prove the hypothesis. Data analysis showed that of the nine areas to be evaluated, 8 were under 80%. It is important to mention that areas such as the placing of an IV, administration of medications and observations received an evaluation of 6.9% 37.4% and 67.5%, respectively, while of records on general rules, only 10.2% were complete. When the quality of the records were compared with the nurse's category, we found no relationship ($p=0.915$). In conclusion, the quality of records is not related the category of the nurse who makes records, and it is necessary to improve the quality of these records.

(KEY WORDS: Quality of care, quality of records, nursing records)

DEDICATORIAS

A Dios.

Por estar presente en todos los momentos de mi vida y darme la fortaleza y sabiduría para seguir adelante.

A mis padres y hermanos.

Por su apoyo y motivación que siempre me han brindado durante mi formación.

A mi esposo.

Por su amor, comprensión, apoyo y motivación durante la realización de esta investigación.

A Alejandra en especial.

Por creer en mí y darme todo su apoyo para concluir este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

En la realización de esta investigación participaron desinteresadamente varias personas a quienes se les brinda un cordial agradecimiento.

En particular a la M.C.S.S. Ma. Alejandra Hernández Castañón por su valioso apoyo y motivación, por transmitirme sus conocimientos y atinados comentarios para mejorar y concluir esta investigación.

A personal docente de la Facultad de Enfermería, quienes durante mi formación académica me transmitieron sus acertados conocimientos, muy en especial a la Dra. Serret+.

Finalmente un agradecimiento al personal del la Clínica Hospital Ismael Vázquez Ortiz, en especial al departamento de Jefatura de Enfermería y Enseñanza por apoyar la investigación en enfermería.

INDICE

	PAGINA
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
I.- Introducción	1
1.1 Justificación	2
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Objetivos	8
	9
II.- Revisión de literatura	9
2.1 Calidad de la atención	12
2.2 Calidad de los registros de enfermería	18
2.3 Características de los registros	22
2.4 Contenido de los registros	24
2.5 Conceptualización de los registros	27
III.- Hipótesis	28
IV.- Metodología	28
4.1 Diseño	28
4.2 Área de estudio	28
4.3 Universo y muestra	30
4.4 Instrumentos de medición	31
4.5 Procedimiento	31
4.6 Análisis	32
4.7 Ética del estudio.	33
V.- Resultados	41
VI Discusión	46
VII.- Conclusiones y Recomendaciones	48
Bibliografía.	52
APÉNDICES	

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO		PÁGINA
1	Caracterización de la población.	33
2	Porcentaje de cumplimiento de registro de la hoja de enfermería primera parte.	35
3	Porcentaje de cumplimiento de registro de la hoja de enfermería segunda parte.	37
4	Puntaje alcanzado en la evaluación de los registros de enfermería.	37
5	Calidad de los registros de enfermería.	38
6	Calidad de los registros de enfermería según turno.	38
7	Calidad de los registros de enfermería según categoría.	39
8	Correlación entre la calidad de los registros y la categoría de la enfermera.	40

I.- INTRODUCCIÓN

El continuo avance que en los últimos años experimenta el mundo, requiere de un compromiso total de las personas que lo integran, más aún en esta época en donde aspectos económicos, sociales, políticos y competitivos son cada vez mayores. En el sector salud, el acelerado desarrollo de la ciencia y la tecnología requiere cada vez mayor preparación y compromiso de quienes dedican su trabajo a brindar servicios asistenciales, de tal manera que su labor se vea reflejado en una atención de mejor calidad; en el caso del personal de enfermería el papel que desempeña frente al paciente es de vital importancia.

Los informes escritos o registro de las actividades que realiza la enfermera, ocupan un espacio muy importante del trabajo de enfermería y desde hace mucho tiempo, se considera que la documentación de los cuidados son esenciales para el ejercicio profesional. (Cañete, 2004)

El registro como tal, representa un alto grado de responsabilidad con implicaciones administrativas, profesionales, financieras y legales y, son actualmente más importantes que nunca, debido al aumento de las situaciones médico legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado (Domic 2004). Así “Los registros de enfermería son el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera.” (Ruiz, 2005)

La utilidad e importancia de los registros se centra fundamentalmente en su valor legal y como instrumento de gestión e indicador de calidad, que permite realizar auditorías médicas a fin de evaluar, optimizar y garantizar la calidad de los servicios prestados. Sin embargo, aún se observa que las enfermeras no les confieren mayor importancia, realizando registros en forma rutinaria, sin precisión ni objetividad. (Pecho 2003)

Investigaciones realizadas referentes a los registros que enfermería utiliza durante su práctica, sustentan que es necesario mejorar los mismos. Un buen registro es útil para el paciente porque apoya mantiene y mejora la calidad de atención, es además una fuente de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud y apoya la investigación (Domic, 2004). Sin embargo, a pesar del desarrollo de la ciencia, la tecnología y de la profesionalización de enfermería, ésta resta importancia al trabajo que realiza durante la atención del paciente.

1.1 Justificación

En los últimos años, se ha observado un interés creciente entre los profesionales de la salud en el mejoramiento de la calidad; uno de los indicadores para el caso de enfermería son los registros, lo que ha dado como resultado la aparición de un número significativo de publicaciones orientadas a mejorar éstos.

Gran Bretaña y España son de los países que más se han preocupado por establecer estándares y recomendaciones para mejorar los registros, por ejemplo The Nursing Outcomes Classification (1992), destaca la importancia de un buen registro y establece una serie de recomendaciones para elaborarlos. Con la publicación del estándar llamado, The United Kingdom Central Council Nursing (UKCC, 1993), se sugiere que existe un interés sobre la necesidad de mejorar la calidad de los registros de enfermería, elaborando dos paquetes de enseñanza llamados Estándares para registros y cómo hacer registros, así como el paquete de enseñanza de como llevar registros directos. La implementación de estos paquetes, nos sugiere que existe una necesidad de mejorar la calidad los registros en enfermería (HALE, 1997)

De acuerdo a la Norma Oficial del Expediente Clínico (NOM:168-SSA-1998), la hoja de enfermería como tal, es el registro de todas las actividades que la enfermera realiza durante la atención del paciente y es uno de los documentos que conforman parte del expediente clínico.

Resulta evidente que los registros de enfermería son fundamentales en la planificación de las actividades inherentes a la atención que se proporciona, sin embargo hasta el momento éstos no han logrado reflejar la naturaleza holística de la práctica de la enfermería. Lo anterior se sustenta en los resultados de algunas investigaciones referentes a la calidad de los registros los cuales aún son desalentadores.

Los principales problemas en el registro son la omisión e incongruencia de las actividades que realiza el personal de enfermería en la atención que proporciona al paciente. En pocas investigaciones se han utilizado los registros de enfermería como fuente de información pues es mínima su utilidad debido a que la mayoría demuestran deficiencia (HALE, 1997)

En México, sólo algunas instituciones asistenciales se han preocupado por evaluar la calidad de los registros como parte integral de las actividades que realiza el personal de enfermería, sin embargo, se le ha restado importancia al objetivo para el que fueron diseñadas e incluso de sus implicaciones legales.

Para Ruiz (2005), "es un hecho que nuestra profesión es una profesión relativamente actual y en fase de cambio, donde existe todavía un amplio colectivo de enfermeras que no dan la suficiente importancia a los registros de su actividad, consideran al papel como una obligación administrativa que les aparta de su labor asistencial por lo que es importante convencer al personal de la importancia de los registros, pues

éstos suponen el reconocimiento de nuestro trabajo.” El señalamiento de Ruiz se comparte, por lo que realizar esta investigación sobre la calidad de los registros, puede contribuir al mejoramiento de la práctica de enfermería.

1.2 Planteamiento del problema

El desarrollo de la sociedad en los tiempos actuales requiere de un compromiso total de las personas que la integran, el surgimiento de la nueva tecnología y los avances significativos en los diferentes ámbitos hacen necesario que los profesionales demuestren competencia ante los nuevos retos.

En el sector salud, el personal debe ser competente para ofrecer cada vez mejores servicios y que estos queden plasmados en registros de calidad, como una muestra fiable y efectiva de las actividades que realiza durante la atención del paciente. Sin embargo, aún cuando en los últimos años la enfermera realiza actividades de mayor complejidad, no se ha logrado demostrar esta ardua labor.

Durante siglos, la enfermera trabajó de manera activa al lado del paciente, sin contar con estándares de registros. Los primeros registros aparecen años después al surgimiento de la enfermería, aun cuando no existe una fecha exacta. Nightingale sistematizó la práctica de control de registros, siendo la primera persona en salud que se preocupó por registrar cada procedimiento y técnica ejecutada, incorporando herramientas estadísticas que permitieron obtener resultados de la mortalidad institucional y como mejorar la práctica. (Álvarez, 1998)

Marriner (1997), refiere que el interés de Nightingale por las estadísticas y su importancia en Enfermería, fue extraordinariamente eficaz e ingeniosa por su habilidad para recopilar y analizar los datos,

reconociendo su importancia en la asistencia de enfermería. Actualmente, el papel de la enfermera se ha modificado, ella es quien registra inicialmente los datos del paciente, lo que le permite detectar la problemática y establecer un plan asistencial definiendo actividades acordes a las necesidades que detecta.

Al día de hoy existen una gran variedad de registros sobre la atención del paciente, entre ellos la hoja de Enfermería, definida como, el registro de las actividades, valoración del cliente y evaluación de la eficacia de las intervenciones que lleva a cabo, las cuales constituyen las pruebas de atención proporcionadas al paciente y la respuesta ante los cuidados que se proporcionan. (Kozier 1998, Balderas 2005)

Los registros constituyen una base esencial de coordinación, comunicación e información entre el personal asistencial (Kozier 1994). De manera teórica, los registros de Enfermería son una herramienta dentro del campo de la enfermería, son un elemento primordial de trabajo que permite definir el plan asistencial en la atención del paciente, son ante todo un medio de comunicación para dar continuidad en la atención, sin embargo las investigaciones realizadas señalan que los registros lejos de contener información valiosa de la actividad de enfermería, muestran datos repetitivos, lo que lleva a perder tiempo, además de que se observa una tendencia a emitir juicios. (Domic, 2004)

Waters (1987), citado en HALE (1997), mencionó que se esperaba que la implementación del proceso de enfermería a finales de los 70's y principios de los 80's conduciría al mejoramiento de la calidad de la información registrada, sin embargo esto no sucedió y los registros continuaron siendo deficientes.

Por otro lado Espino en 2003 (citada por Pecho, 2003), en su investigación referente al nivel de conocimiento de la enfermera y su relación con la calidad de las anotaciones de enfermería, obtuvo como

resultado un regular nivel de conocimiento, ya que esta realiza anotaciones de mala calidad en un 85% y solo un 18% lo hace de regular calidad. Otras investigaciones señalan datos importantes en cuanto a la calidad de los registros, como la realizada por Castro (1998), en el Hospital General Regional No. 1 del IMSS en la ciudad de Culiacán; quien calificó la calidad del registro de acuerdo con el instructivo de la propia institución como excelente, suficiente e insuficiente; ninguna de las 83 hojas evaluadas alcanzó el parámetro de excelente. Una investigación más realizada por Tovar (2003), evaluó la calidad de los registros de enfermería y su correspondencia conceptual con el modelo de Virginia Henderson, donde obtuvo una ponderación final de 65.93%, calificando los registros como insuficientes.

Pecho (2003), en su investigación realizada a través de la implementación de un programa educativo, evalúa el mejoramiento del conocimiento y la calidad de las anotaciones de enfermería mediante un estudio cuasi-experimental obteniendo interesantes resultados: en cuanto a la calidad de las anotaciones de enfermería aplicando un test previamente al programa educativo se registraron en mayor proporción anotaciones buenas, regulares y malas y posteriormente a la aplicación del test en mayor proporción las notas fueron buenas y excelentes sin registrarse ninguna mala. Este autor recomienda sensibilizar al profesional de enfermería sobre la importancia de registrar la evidencia de los cuidados que brinda y potenciar los registros, mejorando sus contenidos y enfatizando el uso de los diagnósticos de enfermería.

Chaparro y García (2003), tenían como objetivo identificar que registra el profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado, obtuvieron entre otros resultados relevantes un 27% sin firma, 14% sin fecha, 14% letra ilegible y poco clara, 6% uso de siglas, 5% con tachones, 2% enmendaduras y un 2% deja espacios en blanco, además de que no hay secuencia en las etapas del proceso de enfermería.

Una investigación más realizada por Domic (2004), con el objetivo de determinar el porcentaje de cumplimiento de los registros de enfermería en las fichas de los pacientes hospitalizados, realizó tres auditorías determinando el porcentaje de cumplimiento en los registros, analizando las hojas de las unidades de pediatría y médico quirúrgica, destacando en sus resultados una gran preocupación sobre todo en los referente a la hidratación del paciente, pues la enfermera solo registra la hora de inicio de las soluciones indicadas, dejando de registrar el término, con lo que deduce que no realiza balance de líquidos pues determina que lo que no esta escrito no esta hecho, finalmente "lo que es claro es que el registro es útil para comprobar el trabajo"

Los resultados de diferentes investigaciones permiten inferir que la calidad de los registros, es insuficiente, que en su mayoría el personal de enfermería no registra las actividades que realiza y que registra datos repetitivos. A decir de Ruiz (2005), diversas razones se emplean para justificar la postura del personal de no dar importancia a los registros, entre ellas, falta de tiempo, carga de trabajo asistencial, falta de aplicabilidad, dificultades para plasmar por escrito el trabajo o por falta de costumbre.

En la experiencia profesional que la investigadora tiene dentro de instituciones asistenciales, se observan algunos problemas de registro por parte del personal de enfermería quienes repiten datos, omiten información de importancia para el tratamiento, registran actividades antes de ser ejecutadas, o los datos no corresponden a lo efectuado. Por otro lado, la enfermera no reconoce la importancia de la hoja de enfermería, no solo como una muestra fiable de lo que realiza, sino como un documento legal al que esta ligada durante la atención del paciente.

Cabe mencionar que aunque no es el objetivo principal de esta investigación correlacionar los registros de enfermería con el proceso atención de enfermería, o la relación de los registros con alguna teoría o

modelo de enfermería, es importante retomar este punto, puesto que el registro es el reflejo de nuestra actividad diaria frente al paciente.

Es importante señalar que la institución donde se realizó el estudio, no está fundamentado bajo que modelo o teoría se diseñó la hoja de enfermería, sin embargo puede observarse una aproximación al modelo de Henderson ya que esta basada en las necesidades básicas del ser humano.

Por lo anterior, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la calidad de los registros de enfermería en la atención del paciente en una Clínica Hospital?

1.3 Objetivos

General:

Evaluar la calidad de los registros de la hoja de Enfermería en la Clínica Hospital Ismael Vázquez Ortiz del ISSSTE

Específicos:

- Caracterizar al personal de enfermería que realiza los registros.
- Establecer la calidad de los registros de enfermería, en función de los criterios institucionales establecidos para el llenado de la hoja
- Relacionar la calidad de los registros de enfermería y categoría del personal que ejecuta los registros de enfermería.

II. REVISION DE LITERATURA

Considerando que la revisión de la literatura proporciona una mejor comprensión y alcance en el análisis del problema seleccionado para la investigación se presentan en este capítulo antecedentes e información relacionados a los conceptos de la calidad de la atención, la calidad de los registros en enfermería; sus características, el contenido que deben de poseer, los diferentes tipos de registros, así como los conceptos que diversos autores refieren acerca de los mismos.

Pecho (2003), refiere que la utilidad e importancia de los registros se centra fundamentalmente en su valor legal y como un instrumento indicador de calidad que permite evaluar la calidad de la atención que se proporciona.

2.1 Calidad de la atención

Durante los últimos años a nivel internacional diversas instituciones se han preocupado cada vez más por el mejoramiento continuo, en relación a todos aquellos aspectos que tienen que ver con los servicios que se brindan o que contribuyen a la calidad.

La calidad, la describe Lyonnet (1989), como una dimensión del mundo industrial, todavía muy reciente; por tanto es hasta finales de la segunda Guerra Mundial en que aparecen las diferentes fases de evolución de la misma implantadas en diversas organizaciones.

Al proponer una evaluación de la calidad en este trabajo es necesario remontarse a diversos conceptos de calidad entre ellos, el de Juran (1990), quien considera que no se conoce ninguna definición breve de lo que quiere decir calidad, pues la calidad tiene múltiples significados. Una definición sencilla de calidad es “la adecuación al uso,” definición que hay que ampliar rápidamente porque hay muchos usos y usuarios, por lo tanto, la calidad consiste en aquellas características que

satisfacen las necesidades del cliente; la calidad es la ausencia de deficiencias.

De acuerdo con Álvarez (1997), fue en 1916 cuando surge el primer elemento del concepto de la calidad, la efectividad; al parecer, las anotaciones minuciosas de un cirujano norteamericano de apellido Codman, hicieron que el colegio de Cirugía motivara al resto de sus miembros a seguir con este método y en 1917 se adopta como antecesor director de la Joint Comisión of Acreditación actual, trazándose estándares que fueran inspeccionados y aprobados, es decir, es el inicio de la evaluación asistencial

Sin embargo, para Rosales (1994), la palabra calidad no surge en el sector sanitario, se trata de una idea incorporada en el mundo industrial, que aparece en los años 30's como un procedimiento para detectar y corregir desviaciones en la producción.

En el sector salud uno de los iniciadores de la calidad fue Donabedian (1991) quien refiere que la calidad es el resultado de un largo proceso evolutivo que compete tanto al sector salud como al sector industrial, cuyos modelos lejos de excluirse se han enriquecido sistemáticamente y tienen mucho en común.

Este autor refiere que en la medida que las definiciones más generales se convierten en estrategias, criterios y estándares de medición, la definición de calidad adquiere nuevos significados y gradualmente se hace más concreta y específica, por lo que su medición específica operacional final es más exacta, asevera que la calidad de la atención médica es un atributo que debe tener un grado mayor o menor, dependiendo del objeto primario de estudio y para su valoración es necesaria una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes, a esta serie de actividades Donabedian la llama proceso de la atención.

Determina que hay tres enfoques principales para la evaluación de la calidad: estructura, proceso y resultado, en este triple enfoque existe una relación funcional fundamental, significando que las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención tienen una propensión a influir sobre el proceso de atención disminuyendo o acrecentando su calidad.

En lo que se refiere al proceso, este es definido como un comportamiento normativo y en el que se incluyen básicamente las normas técnicas de atención, en el concepto estructura se incluyen los recursos físicos y financieros que se necesitan para proporcionar la atención médica; y resultado como, un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente, que puede ser atribuido al antecedente de la atención médica.

Por último este autor refiere que para tener un juicio acerca de la calidad de dicho proceso, este puede hacerse a través de la revisión de información registrada.

La calidad dentro del área médica durante la última década del siglo pasado, retoma conceptos como el de Kuanomerlingen y colaboradores (1994) citados por Álvarez (1997), quienes definen a la calidad como la máxima satisfacción y total seguridad que ofrece una institución por el costo, que no siempre es monetario, y que el cliente esta dispuesto a asumir, por lo tanto, “la calidad la determina el Cliente”

Ruelas (2003), refiere por su parte que la definición propuesta por Donabedian ha sido la más aceptada en el ámbito de la atención a la salud y expresa que para Donabedian, la calidad es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados, se define como el logro de los mayores beneficios posible en la atención médica con los menores riesgos para el paciente. La calidad implica por

definición los resultados de la atención médica, medida como la mejoría esperada en la salud.

Sin embargo, hay autores que consideran a la calidad en los servicios de salud como un concepto clave, sin embargo no queda del todo clara para la organización dado que esta significa algo distinto para cada persona. Cuando se habla de calidad, dentro de los servicios asistenciales, generalmente se considera características típicas como eficacia, buen cuidado, eficiencia, etcétera, pero el usuario le da diversas interpretaciones (Gilmore, 1996). De ahí que Donabedian (2003), considera que la naturaleza de la calidad como tal tiene ciertas características propias en el modelo de salud, una de ellas radica en reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes aceptables y agradables.

Como puede verse, el concepto de calidad ha retomado múltiples significados dependiendo del momento y del área que se trate (salud, industrial, etc.); se han incorporado así mismo diversos elementos y componentes necesarios dependiendo de los criterios que cada autor desea interpretar acerca de la misma.

El concepto de la calidad que más se ha utilizado, es el enfocado a la calidad en la atención médica que se brinda en los servicios de salud y dado que los registros de enfermería son utilizados como parte de los documentos para evaluar la calidad de la atención que se proporciona al paciente, es importante valorar esta actividad realizada por la enfermera.

2.2 Calidad de los registros en enfermería

Desde el punto de vista histórico las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería, ya que la cantidad de los registros ha aumentado ciertamente con los años, y aunque no se conoce

con exactitud el año en que estos aparecieron, de manera formal se considera que Florence Nightingale fue la primera persona que hizo uso de registros como instrumentos estadísticos en el control de la morbilidad y mortalidad de los pacientes. La influencia de la obra de Nightingale se centra en su aportación a la estandarización de los registros en los hospitales. “En 1870, Florence Nightingale dio una conferencia en el IV Congreso Internacional de estadística, en el que se refirió a la necesidad de uniformar los registros en los hospitales.” (Fernández, 2003).

García (2001), afirma que con las reformas de la enfermería y el desarrollo de las instituciones sociales, Nightingale considerada como la pionera de la profesionalización, crea la primera escuela modelo de enfermería, donde se enseñaba el arte de la enfermería, su objetivo era preparar enfermeras para que estas a su vez capacitaran a otras esto indica el nacimiento de la enfermería moderna.

“La costumbre de Nightingale de tomar notas y su minuciosidad en apuntar todo lo que observaba le permitió no solo demostrar la veracidad de sus planteamientos sino dejarnos constancia de cómo esto puede constituir una actividad imprescindible en el trabajo de las enfermeras “ (Fernández, 2003). De esta manera se deduce que aunque no es precisamente el surgimiento de la hoja formal de enfermería, es posible que haya marcado el inicio de los registros de enfermería.

Se retoman por otro lado los conceptos de Calidad de acuerdo a Juran (1991) en el sentido de que la calidad es adecuación al uso, así como la ausencia de deficiencias, se concluye entonces que para los fines de la investigación, que la calidad de la Hoja de Enfermería utilizada durante la atención del paciente, se evaluará en función de la ausencia de deficiencias en los aspectos contenidos o criterios de lo que debe ser registrado de acuerdo al instructivo normado por la institución en estudio.

Pecho (2003), en su investigación relacionada a la calidad de las notas de enfermería define la calidad de la siguiente forma: calidad es el grado en que un conjunto de características inherentes cumplen con los requisitos de calidad, es un valor agregado de las cosas. La calidad en su investigación la enfoca en el sentido de que son de calidad cuando las anotaciones o registros de enfermería están basados de acuerdo al formato del Sistema Narrativo Orientado a Problemas (SOAPIE), como instrumento utilizado para evaluar las notas de enfermería en su investigación.

Evaluar la calidad en cualquier sentido no resulta sencillo, implica entre otras cosas el hecho de considerar que la calidad esta determinada de manera muy personal, lo que cada persona usuaria interpreta o entiende por calidad en base a los resultados que de ella obtiene.

Evaluar por otro lado la calidad de los registros de enfermería u hoja de enfermería no es fácil, tomando en consideración que en nuestro país pocas son las instituciones de salud que cuentan con programas actualizados para la revisión y evaluación periódica de los instrumentos de trabajo de Enfermería que coadyuven a facilitar la actuación del personal con eficiencia, máximo resultado y mínimo esfuerzo del mismo.

También son pocas las instituciones que han realizado investigaciones referentes a la calidad, pueden citarse entre estas la realizada en el Hospital Regional No. 1 del IMSS, en la ciudad de Culiacán, Sinaloa la cual utilizó un instrumento de evaluación normado por la misma institución, en el cual la calidad de los registros no alcanzó el parámetro de excelente. (Castro, 1998)

En la ciudad de Monterrey, N. L. se realizó una investigación en la que se describe que las notas no son suficientes ya que la enfermera

no registra la mayor parte de las actividades que realiza, además de ello la información que registra se repite en otros apartados de la hoja de enfermería.

En la ciudad de Querétaro, recientemente Tovar (2003), evaluó de alguna manera la calidad de los registros de enfermería catalogando la calidad como insuficiente.

Pocas instituciones cuentan con documentos específicos de Enfermería tendientes a sistematizar y simplificar los registros correspondientes al paciente, que permitan no solo establecer a la vez un plan de cuidados a seguir con la continuidad turno a turno, sino la valoración individual de todas las acciones que la enfermera realiza para contribuir en la mejora de la atención. De ello se desprende en parte la importancia de evaluar la calidad que tiene el registro de enfermería.

La perspectiva actual de la enfermera es cada vez mayor en cuanto al compromiso que tiene durante la atención al paciente, y en general con la sociedad, pero poco se ha reconocido su trabajo ya que no ha logrado dejar constancia de las actividades que realiza con el paciente, poca importancia le ha dado precisamente a la hoja de enfermería, la cual es la muestra fiable de su actividad profesional. Lo anterior no está del todo demostrado ya que la mayoría de las investigaciones que se han realizado solo refieren resultados de la calidad, pero poco lo relacionan con las características del personal como lo son la categoría o la formación académica de la enfermera que realiza los registros.

Según Donahue (1993), aunque se han dado grandes pasos en la enfermería, los problemas siguen vigentes, ya que existen diversos factores que impiden proporcionar cuidados de calidad entre los que se pueden mencionar largas horas de servicio, imposibilidad de utilizar sus propios conocimientos, juicios y toma de decisiones. De lo anterior se

deduce que son diversos los factores que se relacionan con la actividad de la enfermera en cuanto a los cuidados que se proporcionan al paciente y aunque no se relacionan directamente con la calidad de los registros que realiza durante la atención, estos factores de alguna manera pudieran influir en la misma.

El mismo autor menciona por otro lado que, aun cuando el grado de licenciatura se ha asentado en la estructura de la formación de enfermería, existen continuas discusiones en torno al producto de este tipo de formación, aunque se espera que con el surgimiento de otros grados académicos las condiciones de la profesión de enfermería mejoraran.

Por otro lado al evaluar la calidad de cualquier aspecto o producto se establecen índices de calidad, se establece un juicio de valor, en el cual existe una meta establecida y una cifra que indica el resultado, la asignación de cifras porcentuales o absolutas deben de ser evidentes. Sin embargo al pretender evaluar parámetros subjetivos, se puede enfrentar a problemas difíciles aunque no imposible de solucionar. Existen modelos para la asignación de valores que van a depender de los instrumentos utilizados y de lo que se pretende evaluar.

Un juicio de valor es entonces aquel que se emite sobre la base de los valores establecidos por la institución en los instructivos de evaluación concernientes a la hoja de enfermería. Para evaluar la calidad de la hoja de enfermería de la institución en estudio se utilizó como referencia el instrumento o cédula de evaluación de la hoja de la enfermera normada por la institución.

Partiendo del concepto de Kozier (1998), que “el registro es una documentación formal, legal sobre la evolución y tratamiento del cliente”, puede decirse que, de manera inherente los registros de enfermería representan en forma conjunta el llamado proceso de enfermería.

La documentación de enfermería incluye, entre otros. los registros que representan un conjunto de instrumentos en los que se identifica, la valoración diagnóstica y en los que se comunica por escrito los cuidados que se proporcionan (Tovar, 2003)

El registro es una fuente de datos muy valiosa, utilizada por todos los miembros del equipo de salud involucrados en la atención del paciente. Kozier (1998), considera que un registro es una relación sobre la historia de salud del cliente, estado actual de salud, tratamiento y evolución. Es altamente confidencial, y es un documento legal por medio del cual las enfermeras, médicos, los trabajadores sociales y otros miembros de salud comunican cosas sobre el cliente.

Aunque los formatos de los registros varían de un lugar a otro, estos cumplen diferentes fines: comunicación, documentación legal, investigación, estadística, educación, auditoria y planificación de los cuidados. Kozier (1998) y Potter (2003) incluyen el propósito de facturación económica.

Fundamentada en un amplio marco teórico, la ciencia de la enfermería ha evolucionado a lo largo de la historia permitiendo que en la actualidad su trabajo esté basado en el proceso de enfermería mismo que para su implementación como método de trabajo requiere de un sistema de registro que puede traducirse en las hojas de enfermería, registros o notas de enfermería. (Tovar, 2003; Fernández, 2003)

Lo anterior se ratifica con lo que señala Valenzuela (2004), de que “el registro de enfermería ha de ser reflejo del proceso enfermero, por tanto deberá estar diseñado y estructurado de tal manera que exprese todas y cada una de las etapas que lo constituyen es decir: valoración, problemas detectados, objetivos, intervención, y evaluación” (una aplicación práctica a través de una herramienta viva), además

refiere que al elaborar un registro, es recomendable acogerse a un modelo teórico de enfermería que preceda al diseño de registro y el de la institución que lo implemente.

Con base a lo anterior, las instituciones hospitalarias en diversas partes del mundo han precisado crear instrumentos propios acordes a las nuevas necesidades y encaminados a mejorar la calidad de atención. Enfermería ha desarrollado diversos modelos y teorías con la finalidad de sustentar científicamente su práctica profesional. Florence Nightingale fue la precursora de las teorías en enfermería, su máxima contribución al desarrollo teórico reside en la explicación del ámbito de la enfermería como la relación paciente-entorno y en el hecho de la aplicación del análisis estadístico a la salud y a la enfermería profesional. (Marriner,1997)

Uno de los modelos más utilizados en la práctica de enfermería es el Modelo de Virginia Henderson, de acuerdo a González (1997), es un modelo aplicable a la práctica que puede ser adaptado por las enfermeras clínicas, el cual se sustenta en las necesidades básicas del ser humano.

En la actualidad existen un sin número de documentación en enfermería, entre ellos los registros de enfermería; debido al arduo trabajo que diversas instituciones en enfermería han hecho se ha logrado tener un lenguaje enfermero más unificado gracias a las diferentes taxonomías y clasificaciones internacionales que reflejan las etapas del proceso de la práctica enfermera (Romero, 2003)

2.3 Características de los registros

La documentación es un aspecto muy importante dentro de la práctica de enfermería, son los registros la forma de comunicación

primordial entre los miembros de salud que brindan atención al paciente, revela la continuidad y evolución de los cuidados otorgados al mismo, y representa de manera efectiva la forma más viable de demostrar los cuidados que se brindan, sin embargo estos deben cubrir ciertas características o condiciones. Para lograr que los registros y los informes sean de calidad Cañete (2004), sugiere que estos deben ser objetivos y contener información meramente descriptiva y objetiva.

Potter (2002), sugiere las siguientes directrices o características necesarias que deben cubrir un registro:

- Real: Un registro contiene información descriptiva y objetiva sobre los que la enfermera ve, escucha, palpa y huele. Una descripción objetiva es el resultado de la observación y la determinación directa de las acciones.

- Exacta: La información debe ser fiable. La utilización de determinaciones exactas garantiza que un registro es exacto, la exactitud como medio de establecer si la situación de un paciente ha cambiado. La información por ejemplo de que “una herida abdominal tiene 5 cm sin enrojecimiento ni edema” es más exacta y descriptiva que “una gran herida abdominal está cicatrizando bien”

Para una información exacta puede hacerse uso de abreviaturas y símbolos, lo cual ayuda al profesional de enfermería a reducir el tiempo de escritura, el tipo de abreviaturas se utiliza y determina de acuerdo a lo preestablecido institucionalmente.

La ortografía o escritura correcta aumenta la exactitud del registro, ya que hay términos que pueden interpretarse de manera errónea. Al terminar las anotaciones en el registro del paciente debe incluirse la firma de la enfermera con nombre o primera inicial, apellido y título.

- Completa: La información registrada en una entrada o en un informe ha de ser completa, conteniendo información concisa apropiada y total sobre el cuidado del cliente.

Cuando los registros o informes son incompletos, se pone en peligro la comunicación y el profesional de enfermería es incapaz de demostrar que prestó una asistencia específica. Es necesaria una información concisa y completa acerca de las necesidades del paciente. El registro y la nota clara ofrecen la información esencial evitando palabras innecesarias y detalles irrelevantes.

Existen en algunas instituciones criterios que determinan que tan completo debe ser el registro ante determinados problemas de salud o actividades de enfermería.

- Actual: Las entradas o anotaciones a sus horas son esenciales en los cuidados continuados del paciente para aumentar la exactitud y disminuir la duplicación innecesaria. Pueden emplearse registros más específicos como:

- Constantes de signos vitales
- Administración de medicamentos
- Preparación para pruebas diagnósticas o cirugía.
- Cambios del estado del paciente
- Admisión, traslado, alta o fallecimiento del paciente.
- Tratamiento aplicado por haberse producido cambios bruscos en el estado del paciente.
- Respuesta del paciente ante los cuidados.

Al describir los cuidados, la enfermera debe referirse al problema del paciente, al cuidado otorgado y la respuesta del cuidado, lo más pronto posible, ya que la información oportuna evita errores en el tratamiento del paciente.

- Organización: Los registros y la información contenida en ellos deben seguir un formato u orden a fin de explicar lo que sucede de manera clara y no provocar confusión.

- Confidencialidad: Dentro de las características de los registros éste debe poseer como atributo la confidencialidad. Los registros contienen información confidencial, por lo que la enfermera no debe revelar el estado del paciente a otros pacientes o miembros no implicados en su atención, estando legal y éticamente obligada a considerar este derecho del paciente.

Potter (2002) sugiere además las siguientes directrices legales para el registro:

- No borrar, utilizar líquido corrector o tachar los errores hechos durante el registro, la acción correcta es trazar una línea única sobre el error, escribir la palabra error sobre ella, después escribir la nota correctamente.
- No escribir comentarios ofensivos o críticos sobre el paciente o los cuidados de otros profesionales. La acción correcta es introducir solo descripciones objetivas de la conducta del paciente; hay que citar los comentarios del paciente.
- Corregir todos los errores precozmente.
- Registrar todos los hechos.
- No dejar espacios en blanco en las notas de enfermería. Si es posible trazar un gráfico de forma consecutiva línea a línea.
- Registrar todas las entradas de forma legible y no utilizar lápiz.

- Si se pregunta sobre una orden, registrar que se solicitó aclaración.
 - Apuntar en el gráfico solo el nombre de la persona que hace el registro.
 - Evitar frases generalizadoras o vacías.
 - Anotar la hora de cada registro y acabar con la firma y el cargo.

2.4 Contenido de los registros

“El registro de los cuidados de enfermería deberá ser pertinente y conciso debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones del paciente, el registro será objetivo y completo debiendo registrar con exactitud el estado del paciente y lo que le ha pasado.” (Ibarra, 2006)

Carpenito (1994), define que las hojas registro u hojas de enfermería no son documentos ajenos a otros documentos concernientes a la atención del paciente, sino que es también uno de los componentes del expediente Clínico de paciente y como tal es necesario hacer referencia al mismo. La NOM-168-SSA1-1998, destaca la importancia de un ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros utilizados en la atención del paciente.

Castro (1998), refiere que *el expediente Clínico* “es un documento médico, legal, científico - técnico administrativo, que se utiliza en el ejercicio de la medicina por diversos profesionales, que registran en él la atención otorgada al paciente y los servicios por ofrecer, se trata de un documento único, bien identificado, en donde se incluye toda la información concerniente a la salud del individuo, sus enfermedades, diagnósticos, evolución y pronóstico, es así mismo un documento oficial

de comunicación organizacional específico, entre los médicos, y demás profesionales de la salud”.

La importancia de definir el expediente clínico para esta investigación radica en que es un documento básico en la evaluación de la atención que se le proporciona al paciente, en la cual se incluye la hoja de enfermería. Como componente o elemento imprescindible, representa parte de la calidad que se otorga al paciente, en la medida que el registro cumpla con los requisitos necesarios en cuanto a la forma de registrar, de acuerdo a sus criterios representa un indicador importante de calidad.

Cabe destacar que de acuerdo a lo que señala Carpenito (1994), cada institución u hospital tienen la autoridad de definir sus propios requisitos de registros siempre y cuando cumplan con las normas legales, profesionales y autorizadas, así en México, se elaboran diversos formatos de registros, pero deben acatarse a lo preestablecido por la norma anteriormente citada, como el que la hoja de enfermería que debe ser elaborada por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

- Habitus exterior
- Gráfica de signos vitales
- Administración de medicamentos
- Procedimientos realizados
- Observaciones

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el personal de enfermería utiliza como hoja de enfermería desde 1986 la forma de “Registros Clínicos, Tratamientos y Observaciones de Enfermería, la cual sustituye a la Hoja de registros Clínicos y Tratamientos forma 4-30-61/72 y hoja de notas de enfermería forma 4-30-62/72, como parte de un

programa de simplificación y unificación de los registros por esta institución. (IMSS, 1998)

En el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el personal de enfermería utiliza la hoja de la enfermera denominada Hoja de la enfermera SM5-9 (1-1), normada por la institución de acuerdo a la Guía Técnica Administrativa (ISSSTE,1981) para los servicios de enfermería, la cual a su vez se apoya en el manual de procedimientos de enfermería para la atención de pacientes de hospital, que refiere las instrucciones de llenado o contenido de los registros.

2.5 Conceptualización de los registros

Se utilizan diversos tipos de registros para comunicar información acerca del estado de salud y de los cuidados del paciente existen diversos tipos de registros aunque cada institución asistencial utiliza formatos diferentes en cuanto a la estructura, los tipos de información requerida suelen ser similares. En la atención del paciente se utilizan documentos como: ordenes de tratamiento, hojas de evolución, diagnóstico médico, plan de alta etc.

Específicamente los registros usuales en enfermería son diversos y se han modificado continuamente, entre los que la enfermera utiliza más comúnmente se encuentran los siguientes:

- a) La hoja de la enfermera.
- b) Planes de atención de enfermería.
- c) Hoja de registros clínicos y tratamientos.
- d) Hoja de balance de líquidos de 24 horas.
- e) Censo diario de pacientes

Balderas (2005), define de la siguiente manera algunos de los tipos de registros utilizados por la enfermera.

Planes de atención de enfermería

El plan de atención no es una práctica frecuente ya que manejan varios instrumentos escritos y el exceso de trabajo impide su aplicación completa. Sin embargo, cuando se elaboran generalmente están conformados por varios instrumentos como hoja de valoración clínica, diagnóstico de enfermería, tratamiento de enfermería y evaluación de resultados, es posible que el modelo de calidad permita trabajar aplicando los conocimientos sobre el proceso atención de enfermería.

Hoja de balance de líquidos en 24 horas

Una de las actividades que requiere más habilidad y conocimiento es la relativa al control y manejo de líquidos parenterales que se administran al paciente, la enfermera es la encargada directa de aplicar y vigilar las canalizaciones, las cantidades prescritas, las respuestas del paciente al tratamiento, detallar el procedimiento es importante para el proceso de enfermería y se puede realizar a través de esta hoja.

Censo diario de pacientes

El censo diario de paciente permite a la supervisora conocer el movimiento de pacientes y, por lo tanto la distribución del personal y el sistema de trabajo adecuado para los servicios. Los datos estadísticos obtenidos con relación al número de pacientes promedio a diario indican también la carga de trabajo del personal de enfermería.

Algunos registros aunque no se han modificado reciben nombres diferentes de acuerdo al autor, mientras que en otros casos por ejemplo, dos tipos de registros se han sintetizado en uno solo, tal es el caso de la hoja de enfermería con la hoja de registros y tratamientos clínicos que

actualmente es utilizada por la mayoría de las instituciones asistenciales de tipo social.

Refiere Kozier (1998), Que un registro es un escrito, una documentación formal, legal sobre la evolución y tratamiento de un cliente (paciente). Este a su vez es un documento legal, por medio del cual las enfermeras, los médicos, los trabajadores sociales y otros miembros de salud comunican cosas sobre el paciente.

Específicamente en esta investigación se evaluará la hoja de enfermería, misma que es utilizada por el profesional de enfermería de la institución en estudio, razón por la cual de aquí en adelante se remitirá a denominarla hoja de enfermera de la que se presentan algunos conceptos.

Balderas (2005), la define como “uno de los instrumentos más importantes para identificar el proceso atención de enfermería. Constituye un resumen y un informe detallado de la atención prestada al paciente, y permite conocer de manera indirecta la eficacia de la atención. Las notas del personal muestran sus experiencias, conocimientos y cualidades, así como sus fallas y necesidades que deben atenderse.”

Pérez (1995), refiere la hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de la enfermera, como uno de los instrumentos más importantes para investigar la calidad en la atención de enfermería; que muestran experiencias, conocimientos, habilidades y destrezas del personal, además de integrar el plan terapéutico, las medidas asistenciales, la respuesta y la evolución de cada paciente, así mismo permite a la supervisora verificar y cotejar el plan terapéutico indicado. Las hojas de registro de enfermería constituyen las pruebas de la atención proporcionada al paciente y su respuesta ante los cuidados recibidos.

Por su parte, el IMSS (1986), conceptúa la hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería como un “documento legal que comprende identificación del paciente, esquema terapéutico, observaciones y análisis crítico de enfermería que permiten establecer el plan de cuidados correspondiente a la evaluación del paciente”.

Potter (2002) por su parte, afirma que es una documentación legal permanente de la información relevante para la gestión de cuidados de la salud del cliente.

III. Hipótesis

La calidad de los registros de enfermería en la Clínica Hospital Ismael Vázquez Ortiz del ISSSTE no está determinada por la categoría del personal que realiza los registros.

IV. METODOLOGIA

4.1 Diseño

Con base en Pineda (1994), se realizó un estudio de tipo prospectivo transversal de tipo correlacional

4.2 Área y periodo de estudio

Clínica Ismael Vázquez Ortiz del ISSSTE delegación Querétaro, la investigación se llevó a cabo en los servicios donde se utiliza la hoja de la enfermera: servicio de gineco - obstetricia y cirugía y medicina interna.

4.3 Universo y Muestra:

El universo de estudio estuvo conformado por las hojas de enfermería de pacientes hospitalizados en el periodo de estudio. La unidad de análisis fue la hoja de la enfermera de los servicios ya señalados.

Se consideró para determinar la muestra, el total de egresos de pacientes (1579), durante el primer semestre del 2006. El tamaño de la muestra se determinó aplicando la fórmula para una población finita, con un nivel de significancia o intervalo de confianza del 95%, $p = 80$ $q = 20$ y .05 de error máximo, dando como resultado una muestra de 246 hojas

Basado en la metodología utilizada por la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), en la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, se identificó el número de egresos de pacientes, del total obtenido se determinó el tamaño de muestra para cada servicio. El muestreo fue aleatorio tomando en consideración a

todos los turnos de la institución, así como el total de enfermeras de la plantilla institucional, el intervalo de selección de las hojas de enfermería se estableció al dividir el universo entre la muestra determinando a la sexta hoja para evaluación, las muestras por semana se determinaron dividiendo la muestra entre el número de semanas en que se realizó el levantamiento de información el total de hojas evaluadas por semana fue de 30 hojas, el número de muestras por día se determinó dividiendo entre siete (por días semana) para obtener la recopilación de información por día. Esto quiere decir que se realizaron 4 evaluaciones de hoja por día.

Criterios de inclusión:

Se consideraron las hojas de enfermería de los pacientes con más de un día de estancia hospitalaria en los servicios seleccionados.

Registros realizados por el personal de base y suplentes asignados a los servicios seleccionados en el periodo de estudio.

Criterios de exclusión:

No se consideraron las hojas de enfermería de pacientes hospitalizados por menos de 24 horas en los servicios seleccionados.

Los servicios donde no se utiliza la hoja de la enfermera.

Servicio de urgencias por las características de permanencia del paciente.

Criterios de eliminación:

Se eliminaron las hojas de enfermería que no presentaron nombre y / o rubrica del personal que realizó el registro.

4.4 Instrumentos de medición:

Con base al instructivo institucional se realizó la operacionalización de variables (apéndice 1). Para la evaluación de los registros de enfermería de acuerdo a los requisitos solicitados para cada uno de los nueve elementos a evaluar se otorgó un valor de 0 a 2 puntos. El valor máximo a lograr era de 12 puntos.

De esta operacionalización se desprendió la lista de cotejo (apéndice 2), que incluyó los nueve elementos que contiene la hoja de enfermería así como sus especificaciones. Con este instrumento además de evaluarse la pertinencia de los registros de las hojas de enfermería, se concentró el resultado o calificación obtenida, asignándose un valor numérico. La asignación de calificación la determinó la investigadora con base a los lineamientos establecidos institucionalmente para cada uno de los nueve elementos (apéndice 3), además de colocarse en el apartado de observaciones, cuales fueron las omisiones o errores encontrados durante el registro.

Para establecer los puntos de corte para categorizar la variable calidad de los registros, se tomó como referencia el porcentaje aceptado para los servicios de salud donde 80% o más de los indicadores se considera como buena, entre 60 y 79% como regular y menos de 60% como mala, de ahí que para el estudio se determinó que aquellas hojas de enfermería que tuvieran entre 9 y 12 puntos serían evaluadas con buena calidad de registro, regular con un puntaje entre 5 y 8 puntos y mala con un puntaje entre 0 a 4 puntos.

Así mismo, se obtuvieron datos referentes al personal que realizó registros en las hojas seleccionadas por lo que se incluyó en el instrumento un apartado con el fin de determinar nombre y categoría del personal, los cuales fueron corroborados a través del expediente de las enfermeras que realizaron los registros.

4.5 Procedimiento

Se solicitó la autorización por escrito a los directivos de la Clínica Ismael Vázquez Ortiz del ISSSTE para llevar a cabo la ejecución del estudio formal. (Apéndice 4)

Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto evaluando un total de 25 registros en la misma institución con la finalidad de revisar el instrumento, realizar las adecuaciones correspondientes, determinar el tiempo necesario en la evaluación de cada una de las hojas, efectividad de instrumento de concentración de datos en la evaluación de la calidad de los registros de enfermería, así como la factibilidad de obtener información confiable del personal de enfermería que se incluyó en el estudio, de acuerdo a esta prueba piloto se eliminó el rubro de diagnóstico debido a que en el formato de la hoja no lo contiene.

Trabajo de Campo

Se consideraron los meses de octubre y noviembre del 2006 para realizar la investigación, utilizando el primer día para la presentación con el personal del área de archivo así como de los servicios seleccionados y el área de jefatura de enfermería donde se obtuvo información referente al personal como: nombre de la enfermera que registra, grado académico y categoría.

4.6 Análisis

Para la captura de datos se utilizó del programa de computo SPSS. Versión 11.0. Se utilizaron medidas de tendencia central para variables de tipo cuantitativas; para variables de tipo nominal se utilizaron

frecuencias y porcentajes. Finalmente se realizó estadística inferencial para correlaciones. De acuerdo con los objetivos del estudio, los resultados se presentan a través de cuadros y gráficos.

4.7 Ética del estudio.

El estudio se realizó de acuerdo a lo reglamentado en Ley General de Salud en materia de investigación (1987), en razón de que el tipo de estudio es de riesgo mínimo para el sujeto (ART. 17 apartado 2) y de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 14 apartado VIII en razón de que se solicitó la autorización del comité de ética e investigación de la institución seleccionada.

V. RESULTADOS

En este capítulo se describen los resultados del manejo estadístico de los datos obtenidos al evaluar los registros que realiza el personal de enfermería en la hoja de la enfermera. Esta hoja esta conformada por nueve variables las cuales a su vez contienen diferentes rubros que deben ser seguidos por el personal para garantizar un adecuado registro.

Se evaluó un total de 246 hojas de la enfermera seleccionadas de manera proporcional para cada uno de los diferentes turnos, la categoría del personal se obtuvo por muestreo por conveniencia de acuerdo a su aparición en la hoja evaluada. (Cuadro No. 1)

CUADRO No. 1

CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN

VARIABLE	FRECUENCIA ABSOLUTA N = 246	FRECUENCIA RELATIVA %
TURNOS		
MATUTINO	76	30.9
VESPERTINO	49	19.9
NOCTURNO A	32	13.0
NOCTURNO B	27	11.0
SDDF DIURNO	35	14.2
SDDF NOCTURNO	27	11.0
CATEGORÍA		
AUXILIAR DE ENFERMERIA	89	36.2
ENFERMERA GENERAL	130	52.8
ENFERMERA ESPECIALISTA	7	2.8
LICENCIADA-O EN ENFERMERÍA	20	8.1
TOTAL	246	100

Fuente: Cédula de concentración de datos de la evaluación de la calidad de la hoja de la enfermera 2006.

En el cuadro No. 2, se describe las variables a ficha de identificación, signos vitales, medicamentos y venoclisis; las cuales fueron evaluadas de acuerdo al instructivo de llenado de la institución en estudio, los resultados obtenidos se muestran cada uno por separado.

La ficha de identificación esta conformada por cinco rubros: nombre y apellido del paciente, número de cama, tipo de dieta, días estancia y fecha. El 43.5% efectúa el registro de los cinco rubros, mientras que el 56.5% omite datos como son fecha, días estancia y tipo de dieta del paciente.

En la variable correspondiente a signos vitales compuesta por los siguientes rubros: hora, temperatura, pulso, respiración y tensión arterial, se observó que el 93.3% realiza el registro completo de los signos vitales y el 3.7% omite el rubro de la hora.

La variable relacionada a los medicamentos esta formada por cinco rubros: cantidad, presentación, nombre genérico, dosis y vía de administración; los datos obtenidos refieren que el 62.6% del personal registra en la hoja adecuadamente mientras que el 37.4% restante omite datos como cantidad, dosis y vía, en el caso de éste último en algunos registros se señalan con una paloma siendo inadecuado.

Finalmente la variable que corresponde a la venoclisis y que se integra por siete rubros: medio, región (miembro donde esta instalada la venoclisis) permeabilidad, instalado, tipo de solución, medicamentos agregados, cantidad ministrada en turno y cantidad que se entrega para siguiente turno, 93.1% del personal de enfermería no realiza, lo cual repercutió considerablemente en la evaluación de los registros, los datos omitidos más frecuentemente fueron: cantidad de solución ministrada en el turno, cantidad que se entrega, así como la permeabilidad de la venoclisis y la región en que está instalada.

CUADRO No. 2
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO
HOJA DE ENFERMERÍA 1RA. PARTE

VARIABLES	FRECUENCIA ABSOLUTA N = 246		%
FICHA DE IDENTIFICACIÓN	NO CUMPLIO	139	56.5
	CUMPLIO	107	43.5
SIGNOS VITALES	NO CUMPLIO	9	3.7
	CUMPLIO	237	96.3
MEDICAMENTOS	NO CUMPLIO	92	37.4
	CUMPLIO	154	62.6
VENOCLISIS	NO CUMPLIO	229	93.1
	CUMPLIO	17	6.9

Fuente: Cédula de concentración de datos de la evaluación de la calidad de la hoja de la enfermera 2006.

El cuadro No. 3 describe las variables observaciones generales, observaciones específicas, alimentación, observaciones (descripción del estado del paciente) y reglas generales.

La variable de observaciones generales la integran 5 rubros: estado de conciencia, estado general, posición, ayuno y visitas médicas, y se observó que el 67.1% del personal de enfermería registra satisfactoriamente, mientras que el 32.9% omite información principalmente en el rubro referente a la vista médica.

La variable correspondiente a observaciones específicas conformada por ocho rubros: paciente operado de..., días de pos operado, sondas, oxígeno, prácticas higiénicas, movilización, cuidados especiales, excretas. En esta variable se observa que el 74% no realiza el registro completo y los rubros omitidos son prácticamente todos.

Respecto a la variable de alimentación formada por los rubros número de alimentos y cantidad, el 28 % no lo registra, y cuando lo hace anota en el espacio correspondiente sólo el tipo de dieta y no la descripción precisa de lo que ingiere el paciente durante el turno.

La variable que se refiere a observaciones constituida por ocho rubros: sexo, estado de hidratación, valoración tegumentaria, adaptación al medio, ubicación en las tres esferas, situaciones específicas o eventualidades durante el turno, reporte de valoración para el cambio de turno, anotaciones legibles objetivas, precisas, completas y oportunas. Los resultados obtenidos en esta variable señalan que solo el 32.5% del personal de enfermería realiza registros completos, mientras que el 67.5% lo hace incompletos y realiza anotaciones muy subjetivas carentes de información valiosa o bien muestra información solicitada en otras variables o espacios, los rubros que se omiten con mayor frecuencia son los relacionados a la ubicación del paciente en sus tres esferas, eventualidades durante el turno y reporte de valoración para el siguiente turno.

Por último se describe la variable correspondiente a las reglas generales que está integrada por los rubros siguientes: escribir con el color de tinta correspondiente al turno (matutino – azul, vespertino – verde, nocturno – rojo) hacer anotaciones legibles, uso solo de abreviaturas universales, registro de datos sin tachaduras ni enmendaduras, nombre y firma de la enfermera responsable. Los resultados obtenidos describen que solo el 10.2 % obtuvo una calificación satisfactoria cumpliendo con todos los rubros mientras que el 89.8% no hace anotaciones legibles, tiene tachaduras y enmendaduras, no anota su nombre y firma completos como lo establece el instrumento de llenado y en el caso del turno especial de sábados, domingos y días festivos diurno los registros son elaborados con tinta negra.

CUADRO No. 3
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO
HOJA DE ENFERMERÍA 2DA. PARTE

VARIABLES	FRECUENCIA ABSOLUTA N = 246		%
OBSERVACIONES GENERALES	NO CUMPLIO	165	67.1
	CUMPLIO	81	32.9
OBSERVACIONES ESPECIFICAS	NO CUMPLIO	183	74.4
	CUMPLIO	63	25.6
ALIMENTACIÓN	NO CUMPLIO	69	28.0
	CUMPLIO	177	72.0
OBSERVACIONES	NO CUMPLIO	166	67.5
	CUMPLIO	80	32.5
REGLAS GENERALES	NO CUMPLIO	221	89.8
	CUMPLIO	25	10.2

Fuente: Cédula de concentración de datos de la evaluación de la calidad de la hoja de la enfermera 2006.

En el cuadro No.4, se señala el puntaje obtenido al evaluar los registros, identificando un promedio de 5, siendo este el límite inferior para categorizar al registro como regular.

CUADRO NO. 4
PUNTAJE ALCANZADO EN LA EVALUACIÓN
DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

PUNTAJE ALCANZADO	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE RELATIVO	PORCENTAJE ACUMULADO
0.00	1	.4	.4
1.00	16	6.5	6.9
2.00	40	16.3	23.2
3.00	42	17.1	40.2
4.00	29	11.8	52.0
5.00	45	18.3	70.3
6.00	40	16.3	86.6
7.00	14	5.7	92.3
8.00	11	4.5	96.7
9.00	5	2.0	98.8
10.00	3	1.2	100.0
TOTAL	246	100.0	

Fuente: Cédula de concentración de datos de la evaluación de la calidad de la hoja de la enfermera 2006.

En el cuadro No. 5 se observa que el 52% de las hojas de enfermería se evaluó como mala, 44.7% como regular y 3.3% como buena, es decir solo 8 de 246 hojas fueron calificadas como buenas pero sin alcanzar el total de 12 puntos.

**CUADRO No.5
CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA**

CATEGORÍAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	%
BUENA	8	3,3 %
REGULAR	110	44.7 %
MALA	128	52.0 %
TOTAL	246	100,0 %

Fuente: Cédula de concentración de datos de la evaluación de la calidad de la hoja de la enfermera 2006.

El cuadro No. 6 describe la categorización de los registros de enfermería evaluados con relación a los diferentes turnos, como se observa en el turno matutino las hojas se categorizaron en su mayoría como regulares en contraste con los turnos nocturno, así como sábados, domingos y días festivos donde las hojas evaluadas se categorizaron como malas.

**CUADRO No. 6
CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA
SEGÚN TURNO**

TURNO	CALIDAD DEL REGISTRO						TOTAL
	BUENA		REGULAR		MALA		
	F. A	%	F. A	%	F. A.	%	
MATUTINO	7	9.2	47	61.8	22	28.9	76
VESPERTINO	0	0	26	53	23	47	49
NOCTURNO A	0	0	11	34.4	21	65.6	32
NOCTURNO B	0	0	16	59.2	11	40.8	27
SDFSIDIURNO	0	0	6	17.1	29	82.9	35
SDFSNOCTURNO	1	3.7	1	26	19	70.3	27
TOTAL	8		113		125		246

Fuente: Cédula de concentración de datos de la evaluación de la calidad de la hoja de la enfermera 2006.

En el cuadro 7, se muestra la distribución porcentual de la calidad de los registros en función de la categoría del personal de enfermería, se observa que a excepción de la especialista todas las demás categorías tuvieron el 5 % o menos hojas evaluadas como buenas, quienes obtuvieron mayor porcentaje de hojas evaluadas como regular fueron la enfermera especialista y como mala pareciera una tendencia que a menor categoría menor calidad.

CUADRO No. 7
CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA
SEGÚN CATEGORÍA

CATEGORÍA	CALIDAD DE LOS REGISTROS						TOTAL
	BUENA		REGULAR		MALA		
	F. A	%	F. A	%	F. A	%	
AUXILIAR ENFERMERA	2	2.2	37	41.6	50	56.2	89
ENFERMERA GENERAL	5	3.8	59	45.4	66	50.8	100
ENFERMERA ESPECIALISTA	0	0	4	57.1	3	42.9	7
LICENCIADA-O ENFERMERÍA	1	5.0	10	50.9	9	45.0	20
TOTAL	8	3.3	110	44.7	128	52.0	246
							100

Fuente: Cédula de concentración de datos de la evaluación de la calidad de la hoja de la enfermera 2006.

Para comprobar la hipótesis se utilizó la prueba Chi² para establecer el nivel de correlación entre calidad del registro y categoría del personal de enfermería, no encontrando asociación ($p = .915$) lo que confirma nuestra hipótesis de que la calidad de los registros no esta determinada por la categoría del personal (Cuadro No. 8).

CUADRO No. 8
CORRELACION ENTRE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS
Y LA CATEGORÍA DE LA ENFERMERA

	VALOR	Gl	Sig. asint (bilateral)
CHI CUADRADO DE PEARSON	2.047 ^a	6	.915
RAZON DE VEROSIMILITUD ASOCIACIÓN LINEAL	2.263	6	.894
POR LINEAL	1.357	1	.244
NO. CASOS VALIDOS	246		

Fuente: Cédula de concentración de datos de la evaluación de la calidad de la hoja de la enfermera 2006.

VI.- DISCUSIÓN

Después de realizar la descripción y análisis estadístico de las variables que se evaluaron para determinar la calidad de los registros de enfermería, se obtuvieron resultados que concuerdan con otras investigaciones similares.

La Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE 2003), como parte de la evaluación de la calidad de los Servicios de Enfermería, propuso de tres indicadores: 1.- El cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral, 2.- Vigilancia y control de venoclisis instalada y 3.- Trato digno como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de enfermería.

Estos criterios son seleccionados debido a la importancia que estos tienen en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente, al mismo tiempo que permiten retomar la percepción de los usuarios de los servicios de enfermería en cuanto al trato recibido. En este documento se menciona además que las enfermeras podrán evaluar sus servicios a partir de indicadores básicos y tomar decisiones al detectar oportunidades de mejora o establecer procesos de mejora.

Sin embargo los resultados obtenidos en nuestro estudio nos indican que existe necesidad de mejora, por ejemplo los resultados respecto a la ministración de medicamentos (aún cuando se consideraron todas las vías) se observó que únicamente el 62.6 % del personal de enfermería registra adecuadamente los medicamentos indicados; con relación a la variable de venoclisis los resultados muestran que el 93.1% no registra adecuadamente u omite la mayoría de las veces la cantidad de soluciones que ministra al paciente durante turno y la cantidad de solución restante para el siguiente turno entre las más relevantes, lo que permite inferir que no lleva un control de líquidos adecuado del paciente.

Esto muestra congruencia con el estudio realizado por Domic (2004), quien determinó el cumplimiento de los registros de enfermería destacando en sus resultados lo referente a la hidratación del paciente, pues la enfermera solo registra el inicio de la solución sin llevar finalmente un control de líquidos.

En cuanto al trato digno, aunque no es una variable considerada por sí sola en el estudio, se esperaba encontrar una interrelación enfermera-paciente dentro de la variable observaciones, sin embargo, no se encontró ninguna situación donde se pudiera valorar este parámetro como parte de la calidad de atención o como una eventualidad que sucediera al paciente durante el turno (como por ejemplo el paciente refiere sentirse triste por su enfermedad, por lo que se platicó con él, motivándolo a seguir adelante).

Aunque estos resultados se podrían obtener por el personal en el caso de una evaluación de los indicadores de calidad de enfermería, deben tenerse en cuenta al evaluar los registros de enfermería de manera conjunta, más aun cuando ya se agregaron tres indicadores: prevención de infección de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, prevención de caídas en pacientes hospitalizados y prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. (CIE, 2006)

Por otro lado Potter (2002) y Domic (2004) sugiere algunas directrices legales entre las que destaca no borrar o tachar, registrar todos los hechos, no dejar espacios en blanco y propone dentro de las características que al término de registro debe incluirse la firma de la enfermera incluyendo nombre o primera inicial, apellidos y cargo, además de hacer énfasis en que los registros de enfermería representan un alto grado de responsabilidad con implicaciones administrativas, profesionales, financieras y legales y en la actualidad son muy importantes debido al aumento de situaciones médico legales.

Sin embargo, los resultados obtenidos muestran incongruencia con lo anterior encontrando hojas incompletas, ilegibles, con borrones y tachaduras, con espacios en blanco, sin la firma o nombre completo, resultado que se relaciona con los resultados obtenidos por Chaparro y García (2003), quienes observaron deficiencias en la calidad de las anotaciones de enfermería y que finalmente pueden tener repercusiones médico legales para el profesional de enfermería.

Por otro lado Balderas (2005) señala que la hoja de la enfermera es uno de los instrumentos para identificar el proceso atención de enfermería, sin embargo cabe señalar que desde el inicio de la investigación se observó que el formato de la hoja de la enfermera no cuenta con un espacio que señale el diagnóstico ni médico, ni de enfermería, por lo que es difícil identificar el plan de atención de enfermería, así mismo en la variable que corresponde a observaciones se encontró que lo que registra enfermería es irrelevante y repetitivo como “paciente conciente con venoclisis permeable, pos operado de” por lo que no permite dar continuidad al cuidado del paciente o proceso de enfermería.

Estos resultados se relacionan con la investigación de Tovar (2003), quien determinó que la documentación precisa y consistente es la clave para determinar lo que le ha sucedido al paciente, y sin esta documentación la evaluación es imposible, así como también el proceso de enfermería.

Potter (2002), menciona que cuando los registros son incompletos limitan la comunicación y el profesional de enfermería es incapaz de demostrar qué cuidados brindó al paciente, por lo que un registro claro y conciso ofrece una información esencial, evitando palabras redundantes y datos irrelevantes. Como se observa en comparación con otras investigaciones, en el presente estudio se encontraron limitantes para identificar el plan de atención a seguir para

con el paciente, debido a la irregularidad con que el personal realiza los registros de enfermería. Se observó que la hoja de la enfermera tiene una aproximación al modelo teórico de Henderson, pero en su aplicabilidad no sigue ningún modelo teórico y no se identifica con precisión la aplicación del Proceso de Enfermería.

En cuanto a la categorización de los registros de enfermería, los resultados se relacionan con los obtenidos por Castro (1998) quien evaluó la calidad de los registros y previo a una intervención obtuvo que ninguna de las 83 hojas evaluadas obtuvieron el valor de excelente. Así mismo los resultados de la investigación son congruentes con los resultados obtenidos por Pecho (2003), quien evaluó la calidad de las anotaciones de enfermería y obtuvo una mínima proporción como excelentes, esto previo a la aplicación de un test, y recomienda sensibilizar al profesional de enfermería sobre la importancia de registrar los cuidados que brinda.

Finalmente, cabe destacar que al correlacionar la calidad de los registros con la categoría del personal de enfermería, ésta no mostró asociación lo que comprobó la hipótesis de que la calidad de los registros no está determinada por la categoría del personal que los realiza. Los resultados obtenidos en el presente estudio mostraron necesidad de mejora en la mayoría de las variables.

Ruiz (2005) refiere que son diversas las razones para justificar que no se realicen los registros como son: la carga de trabajo asistencial, dificultades para plasmar por escrito nuestro trabajo o por falta de costumbre. Sin embargo aún cuando la carga de trabajo sea excesiva, es necesario retomar el hecho de que un registro con calidad, es el reflejo del trabajo realizado y la única constancia que se tiene para demostrar la atención que se brinda al paciente.

Es a través del departamento de enfermería que se pueden desarrollar acciones que garanticen la mejora de los registros de enfermería, sin duda una de las tareas fundamentales de este departamento es la supervisión, y una las acciones prioritarias de la supervisión es la evaluación del personal de enfermería con la finalidad de mejorar la calidad de atención proporcionada, e impulsar el desarrollo personal entre otras actividades.

De acuerdo a Ibarra (2006) la supervisión se realiza de dos formas: supervisión directa e indirecta esta última por medio de los registros de enfermería, estadísticas, etc. A partir de esta supervisión se efectúa la detección de necesidades con la finalidad de establecer programas de mejora continua ya sea a través de enseñanza incidental y planeada.

VII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Con base a los resultados obtenidos en esta investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- En lo que respecta a la correlación entre la categoría de la enfermera que realiza los registros y la calidad no existe ninguna asociación, por lo que se acepta la hipótesis planteada en la investigación.
- Ocho de los nueve rubros de los que esta constituida la hoja de la enfermera al ser evaluados está por debajo del 80% de lo que el instructivo institucional de llenado requiere.
- El rubro evaluado más bajo fue el de venoclisis, un total de 229 registros no cumplen con los criterios establecidos.
- De acuerdo a las observaciones recabadas durante la recolección de la información, existe congruencia de la investigación con otras investigaciones citadas en el estudio al determinar que el profesional de enfermería no da importancia a la información que registra durante la atención al paciente,
- Se omiten datos importantes por lo que son incompletos, registra información repetida, no plasma datos relevantes referentes al estado del paciente, sus anotaciones las efectúa ilegibles, con tachaduras y enmendaduras, la enfermera no realiza el registro y firma por lo que se excluyeron hojas de la enfermera.

Con los resultados obtenidos al evaluar la calidad de los registros de enfermería se proponen las siguientes recomendaciones.

- Por medio de los departamentos de Jefatura de Enfermería y Enseñanza en enfermería, reforzar la capacitación del personal operativo en cuanto al llenado de la hoja de enfermería.
- Establecer programas de mejora continua mediante la evaluación de los registros por parte del personal supervisor en los diferentes turnos, en los que se facilite la capacitación continua en el servicio.
- Dar a conocer al personal de enfermería los indicadores de calidad de la atención para enfermería propuestos por el CIE y evaluarlos de manera complementaria con los normados con la institución, incluyendo la evaluación de la hoja de la enfermera.
- Establecer lineamientos para supervisar directa o indirectamente los indicadores establecidos por la CIE conjuntamente con los registros de enfermería.
- Sensibilizar al profesional de enfermería sobre la importancia legal y administrativa que conlleva los registros, con la finalidad de dar continuidad al proceso atención que se brinda al paciente.
- Que el Comité Interdisciplinario de la institución en estudio encargado de evaluar el expediente clínico, considere la importancia legal que la hoja de registros de la enfermera como un medio de mejorar la calidad de atención del paciente y le de seguimiento
- Coordinación con las instituciones formadoras de recursos humanos para educar y actualizar al personal en el proceso de enfermería y su aplicación al momento de realizar los registros.

BIBLIOGRAFIA

- Álvarez, A. Álvarez P. B. Mengana F.T.. Vivas B.O.& Álvarez J.. 1998. Metodología para la evaluación de la calidad de los servicios y programas, en: Desarrollo Científico de la Enfermera. 6 (1): 20 – 28
- Balderas P. M. 2005 Administración de los Servicios de Enfermería, cuarta edición, Edit. Mc Graw Hill- Interamericana. Pág. 90-125 194-199
- Camacho R. J. 2001. Estadística para SPSS para Windows, Edit. Alfaomega Grupo Editor. Pág. 250- 253
- Cañete, M. El Registro de Enfermería: Debería hablar por si solo, Noticias Revista VEA No. 1, (versión electrónica), extraído el 31 de julio del 2006
- Carpenito. 1994. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería, México, Interamericana Mc Graw Hill, pág. 10-24
- Castro M. N., Álvarez E. V. , Arias V.R., Botello, Z..G., Nieuw, V. E. & Vázquez A. G . 1998. Calidad de los Registros Clínicos en Enfermería, Desarrollo Científico de la Enfermera 6 (2), 41 –44.
- Chaparro, D. L. & García, U. D. 2003. Registros de profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado, (versión electrónica) Actualizaciones en enfermería 2003 6(4):16-21, Extraído el 31 de julio del 2006
- Domic, E. 2004. Prevención en Enfermería Quirúrgica I, “Importancia de los Registros en Enfermería (versión electrónica) MEDWAVE, Mayo 4 (4) 2 extraído el 6 de agosto del 2006.
- Donabedian, A. 1991. La Calidad de la Atención Médica, Definición y métodos de evaluación, (1ª. reimp.) México, La Prensa Medica Mexicana.
- Fernández, F. C.,Garrido, A. M. Santo Tomas, P. M, & Serrano, P. D. 2003. Enfermería Fundamental, España, Edit. Masson.
- García, G. M. de J. 1997. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, Edit.. Progreso, México.
- García. M. C. C.& Martínez, M. M. L. 2001. Historia de la Enfermería, Evolución del Cuidado Enfermero, Edit. Harcourt, España.

Gilmore M. C. & Moraes N. H. 1996. Manual de Gerencia de Calidad, OMS, OPS, Fundación Kellogg's Manuales operativos Paltex 3 (9)

Guía Técnica Administrativa para los Servicios de Enfermería. 2000. Sub Dirección Medica ISSSTE, Jefatura de los Servicios Técnicos Normativos, Departamento de Enfermería. Pág. 209-211

HALE, 1997. Journal of Clinical Nursing, El Registro en Enfermería como herramienta para identificar intervenciones en: Diario de Enfermería Clínica. 6(3): 207-214

<http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/Supervision/mision.htm>
extraído diciembre 2006

<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm>

<http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php> extraído el 6 de agosto del 2006

Ibarra, F. J. A & García, S. M. 2006. Registros de enfermería en Revista Cubana de enfermería versión electrónica, extraído octubre ,2006

Ibarra. 2006. Introducción a la supervisión versión electrónica extraído 26 diciembre del 2006
<http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/Supervision/default.htm>

IMSS. 1986. Instructivo de Operación de la forma de Registros Clínicos , Tratamientos y observaciones de enfermería,

Juran, J. M. 1990. Planificación para la Calidad México, Díaz y Santos , Pág. 1- 15

Kozier. B & Glenova E. 1998. Técnicas de Enfermería Clínica Vol. I, Edit. McGraw-Hill- Interamericana Pág..45-63

Kozier, E., Olivier. 1994. Enfermería Fundamental (concepto Proceso y Práctica) Tomo 2 (4a ed.) Interamericana Mc. Graw Hill, Pág. 323-345

Lyonnet, P. 1989. Los métodos de la Calidad Total, ediciones Díaz y Santos S.A. Pág. 1-11

Norma Oficial Mexicana NOM.168-SSA-1998, del Expediente Clínico.

Pecho, T. M. 2003. Efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y la calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de ICA, Tesis para optar por el título de especialista en enfermería pediátrica, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

- Pérez S. A. 1995. Administración de los servicios de Salud, México, editorial, Trillas,
- Pineda, E.B., Alvarado, E.L.& Canales, F. H. 1994. Metodología de la Investigación, manual para el desarrollo del personal de la salud, O.P.S. segunda edición.
- Potter;A. P. Griffin , A. & Perry. 2002. Fundamentos de Enfermería, 5ta. Ed.) Harcourt Brace, p-66-87,512-535
- Procedimientos de Enfermería para la atención del Paciente de hospital. 1981. Sub Dirección Medica ISSSTE, Jefatura de los Servicios Técnicos Normativos, Departamento de Enfermería. Pág. 17 -21
- Romero N. & Lozano J. Registro del Proceso Enfermero en Urgencias y Emergencias, en Recomendaciones Científicas, Octubre 2003 (versión electrónica) extraído el 8 de agosto del 2006
- Rosales C. I. 1994. Evaluar la Calidad (Una Condición para la eficacia) en Revista Rol de Enfermería, (189): 76 -78
- Ruelas B.E. 1993. Calidad, Productividad y Costos, Salud Pública En México, 35 (3)
- Ruiz, H. A. 2006. Misión de la Supervisión.
- Ruiz, H. A. Calidad de los registros en Enfermería, Enfermería cardiovascular, versión electrónica extraído diciembre, 2006
- Secretaria de Salud, 2006. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, tres Indicadores de Aplicación Hospitalaria, Secretaria de Salud Julio del 2003, (versión electrónica) extraído el 20 de julio 2006.
- Secretaria de Salud. 2006. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, tres Nuevos Indicadores de Aplicación Hospitalaria, (versión electrónica) extraído enero del 2007<http://72.14.253.104/search?q=cache:ixBbQDiMGiJ:www.salud.gob.mx/dirgrss/indica/indicadores.doc+comision+interinstitucional+de+enfermeria+2006+instruemnto+de+evaluaci%C3%B3n+de+nuevos+indicadores+de+los+servicios+de+enfermeria&hl=es&gl=mx&ct=clnk&cd=2>
- Serrano S. R. Saracibar R.M. 1994. ¿Dónde comienza la calidad científica de los documentos en enfermería?, en: Revista Rol de Enfermería, (191-192): 33 – 40
- Tovar, L. B. 2003. Correspondencia conceptual entre los registros de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, Tesis para optar por el grado de maestro en ciencias de enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro México.

Valenzuela, R. J. A., & Cámara, A. S., Registro del proceso Enfermero en el Área de Urgencias y Emergencias: una aplicación práctica a través de una herramienta viva. Salud y Cuidados (versión electrónica) No. 7 No. 7 (consultada 11 de agosto del 2006)<http://www.saludycuidados.com/numero7/registros/registro.htm>

APENDICES

APÉNDICE 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	DIMENSION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE								
CALIDAD DE LOS REGISTROS EN LA HOJA ENFERMERIA	Es la adecuación al uso y es la ausencia de deficiencias			Variable ordinal								
				<table border="0"> <tr> <td>Puntaje Alcanzada</td> <td>Calificación</td> <td>Categoría</td> </tr> <tr> <td>9 a 12</td> <td>3.7 – 5</td> <td>Buena</td> </tr> <tr> <td>5 a 8</td> <td>2.1 – 3.3</td> <td>Regular</td> </tr> <tr> <td>4 a 0</td> <td>< 1.6</td> <td>Insuficiente</td> </tr> </table>	Puntaje Alcanzada	Calificación	Categoría	9 a 12	3.7 – 5	Buena	5 a 8	2.1 – 3.3
Puntaje Alcanzada	Calificación	Categoría										
9 a 12	3.7 – 5	Buena										
5 a 8	2.1 – 3.3	Regular										
4 a 0	< 1.6	Insuficiente										
	1. Ficha de identificación.	1.1 Nombre y apellido del paciente 1.2 Numero de cama. 1.3 Tipo de dieta 1.4 Días de estancia 1.5 Fecha 1.6 Diagnostico	Se otorga 1 punto si contiene los 6 rubros. Se otorgara 0 puntos si faltará alguno de los 6 rubros									
	2. Signos vitales.	2.1 Hora 2.2 Temperatura 2.3 Pulso 2.4 Respiración 2.5 Tensión arterial	Se otorga 1 punto si contiene los 5 rubros. Se otorgara 0 puntos si faltará alguno de los 5 rubros									
	3. Medicamentos.	3.1 Cantidad 3.2 Presentación 3.3 Nombre genérico 3.4 Dosis 3.5 Vía	Se otorga 1 punto si contiene los 5 rubros. Se otorgara 0 puntos si faltará alguno de los 5 rubros									
	4. Venoclisis	4.1 Medio 4.2 Región (miembro donde esta) 4.3 Permeabilidad 4.4 Instalado. 4.5 Sol. Y medicamentos agregados 4.6 Ministrado en turno. 4.7 Se entrega (condiciones)	Se otorgaran 2 puntos si contiene los 7 rubros. Se otorgara 0 puntos si faltará alguno de los 7 rubros									
	5. Observaciones generales	5.1 Edo. De conciencia 5.2 Edo. General 5.3 Posición 5.4 Ayuno 5.5 Visitas medicas 6.1 Operado de 6.2 Días de pos operado 6.3 Sondas	Se otorga 1 punto si contiene los 5 rubros. Se otorgara 0 puntos si faltará alguno de los 5 rubros									
	6. Observaciones especificas											

		<p>6.4 Oxígeno</p> <p>6.5 Practicas higiénicas</p> <p>6.6 Movilización</p> <p>6.7 Cuidados especiales</p> <p>6.8 Excretas.</p>	<p>Se otorga 1 punto si contiene los 8 rubros.</p> <p>Se otorgara 0 puntos si faltará alguno de los 8 rubros</p>	
	7. Alimentación	<p>7.1 Número de alimentos ingeridos</p> <p>7.2 Cantidad</p>		
	8. Observaciones	<p>8.1 Sexo se registra cuando en el servicio se atiende a ambos sexos.</p> <p>8.2 Edo de hidratación</p> <p>8.3 Valoración tegumentaria</p> <p>8.4 Adaptación al medio</p> <p>8.5 Ubicación (tres esferas)</p> <p>8.6 Situaciones específicas (eventualidades durante el turno)</p> <p>8.7 Reporte de valoración para cambio de turno</p> <p>8.8 Hacer anotaciones precisas, completas y oportunas.</p>	<p>Se otorga 1 punto si contiene los 2 rubros.</p> <p>Se otorgara 0 puntos si faltará alguno de los 2 rubros</p> <p>Se otorgaran 2 puntos si contiene los 8 rubros.</p> <p>Se otorgara 0 puntos si faltará alguno de los 8 rubros</p>	
	9. Reglas generales	<p>9.1 Escribir con el color de tinta correspondiente al turno</p> <p>Matutino- azul</p> <p>Vespertino – verde</p> <p>Nocturno- rojo</p> <p>9.2 Hacer anotaciones legibles</p> <p>9.3 Usa solo abreviaturas universales.</p> <p>9.4 Registra datos sin tachaduras y enmendaduras</p> <p>9.5 Nombre y firma de la enfermera responsable.</p>	<p>Se otorgaran 2 puntos si contiene los 5 rubros.</p> <p>Se otorgara 0 puntos si faltará alguno de los 5 rubros</p>	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE
Categoría	Clasificación que se otorga de acuerdo a las funciones que desempeña, o de acuerdo al nivel de estudios realizados.	Categoría asignada de acuerdo a su nombramiento oficial dentro de la institución.	1.-Enfermera auxiliar 2.-Enfermera general 3.-Enfermera especialista 4.-Licenciado en enfermería	Ordinal
Turno	Horario asignado de trabajo en la institución	Se reconocerá el turno a que pertenece la enfermera a partir del color de tinta con la que realiza sus registros en la hoja de la enfermera	Matutino – tinta color azul Vespertino - tinta color verde Nocturno – tinta color rojo	Nominal

APÉNDICE 3

INSTRUCCIONES DE LLENADO PARA EL REGISTRO EN LA HOJA DE LA ENFERMERA

OBJETIVO

Que la enfermera lleve a cabo los registros que integran la atención individual del paciente; en forma objetiva, ordenada, precisa y veraz en un mínimo de tiempo y esfuerzo; facilitando la continuidad de los cuidados de enfermería en los tres turnos y al médico la información oportuna de los cambios en el estado de salud del paciente que le permitan valorar la evolución del padecimiento.

REGLAS GENERALES:

- Escribir con el color de tinta correspondiente al turno:

Matutino – azul Vespertino- verde Nocturno – rojo

- Hacer las anotaciones legibles
- Usar sólo abreviaturas aceptadas universalmente
- Procurar no cometer errores para evitar borrones, tachones y enmendaduras.
- Al terminar de escribir las anotaciones correspondientes a su turno, la enfermera responsable debe firmar con la inicial de su nombre y sus dos apellidos.
- El turno siguiente comenzará a escribir sus anotaciones en el renglón siguiente a la firma de la enfermera del turno anterior.

ANOTACIONES EN LA HOJA

1. En el ángulo derecho se encuentra un espacio para anotar en forma progresiva los días de estancia hospitalaria del paciente.
2. Anotar los datos solicitados en los espacios correspondientes: nombre del paciente, número de cama, fecha y tipo de dieta que recibe.
3. Enseguida se encuentra un cuadro en el que se irá registrando la información específica solicitada en cada columna; en la primera

columna de la izquierda se anotará la hora en que se realizó la actividad requerida.

4. La 2^a. 3^a. 4^a. Y 5^a. Columna corresponden a los signos vitales en las que se anotaran exclusivamente cuando este indicado llevar el control de ellos. La rutina de los signos vitales se registraran en la hoja de “ Grafica de los Signos Vitales”.
5. De la 6^a. A la 12^a. Columnas correspondientes a la administración de medicamentos.
6. Anotar la cantidad, presentación, nombre genérico y dosis del medicamento prescrito; enseguida marcar con el signo X (por) la vía de administración en el espacio correspondiente.
7. En la columna parenteral se marcaran cuando se trate de inyección intradérmica, subcutánea, intramuscular e intravenosa.
8. En la columna que especifica OTRAS quedan incluidas las vías oftálmica, otica, nasal, respiratoria, rectal, vaginal, o cutánea.
9. De la 13^a. A la 24^a. Columna corresponde a venoclisis.
 - a) Anotar el signo (X) en los espacios de las columnas que indican el medio que utilizo para instalarla y región en que se encuentra.
 - b) En la 13^a. Columna corresponden a la permeabilidad anotar Si o No de acuerdo como se recibe.
 - c) De la 21^a. A la 24^a. Columna corresponde a la cantidad de solución anotar en la 21^a. Columna la columna la cantidad instalada; en la siguiente el tipo de solución y medicamentos agregados; a continuación la cantidad que paso en el turno y en la ultima columna la cantidad con que se entrega al turno siguiente,
10. En la cara posterior de la hoja se encuentra en primer termino la columna de conceptos que señala la información mas importante de los cuidados generales y especificos que se proporcionan al paciente y los cuidados que realiza en su turno.
11. En el espacio que sigue al dato operado de se anotará el nombre de la operación efectuada al paciente.

12. En el espacio correspondiente a los días de post-operatorio será anotado el número en forma progresiva y exclusivamente en el turno matutino.
13. En la columna específica de alimentación anotar los tres alimentos que recibe el paciente, debiendo registrar la enfermera exclusivamente la cantidad ingerida de alimentos en el desayuno, comida y merienda.
14. En la columna siguiente se anotará la hora en que se efectúan las observaciones y los cuidados del paciente.
15. La última columna corresponde a observaciones, es para anotar los hechos, síntomas, signos o situaciones que complementan o informan acerca del estado del paciente, que de ninguna manera serán los mismos que ya se anotaron en las otras columnas o porciones copiadas de la hoja de evolución escrita por el médico, sino datos significativos del estado de ese paciente durante el turno, que sirva para establecer el cuidado continuo del enfermo.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestro en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. Enf. Ma. Margarita González Gutiérrez

Dirigido por:

M. C. S. S. Ma. Alejandra Hernández Castañón

SINODALES


M. C. S. S. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Presidente


M. C. E. Raquel Acuña Cervantes
Secretario

M. C. E. Ruth Magdalena Gallegos Torres
Vocal

M. C. E. Alicia Álvarez Aguirre
Suplente

M. C. E. Martha González Esquivel
Suplente


M. C. Raquel Acuña Cervantes
Director de la Facultad


Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Mayo 2007
México