

Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención

Compliance with clinical records, therapeutic schemes and nursing interventions in a second-level care hospital

Enoc Isaí Hernández-Cantú,^{1a} Alan Karim Sayeg Reyes-Silva,^{1b} Mayra Alejandra García-Pineda^{1c}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6, Subjefatura de Educación e Investigación en Salud, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México

Número de registro ante el Comité Local de Investigación y Ética en Salud: R-2017-1912-9

ORCID:

^{1a}0000-0002-4168-4512

^{1b}0000-0003-2072-9061

^{1c}0000-0002-6125-6363

Palabras clave:

Registros de enfermería
Enfermería
Ficha clínica

Keywords:

Nursing records
Nursing
Clinical record

Correspondencia:

Enoc Isaí Hernández-Cantú

Correos electrónicos:

isai.chanoc@gmail.com
enoc.hernandez@imss.gob.mx

Fecha de recepción:

09/05/2017

Fecha de dictamen:

18/12/2017

Fecha de aceptación:

06/02/2018

Resumen

Introducción: los registros clínicos de enfermería constituyen un documento legal en donde se evalúa la calidad científica, humana y ética de la atención al paciente.

Objetivo: determinar el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería con base en la "Herramienta única de evaluación de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería".

Metodología: estudio descriptivo transversal. En una muestra de 156 expedientes clínicos, se evaluó la hoja de enfermería mediante un instrumento diseñado como "Herramienta única de evaluación de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería".

Resultados: en general el cumplimiento de los registros clínicos fue del 61%. La omisión en el registro se presentó en la valoración continua del dolor. El registro de intervenciones fue del 70% y de estudios 48%. Solo el 41% registró las acciones para reducir el riesgo de úlceras por presión. La mayoría (75%) no firma sus notas o lo hace de forma incompleta.

Conclusiones: la utilidad práctica de este estudio se traduce en un diagnóstico situacional sobre los registros de enfermería como información esencial sobre la cual tomar futuras decisiones con respecto a la temática abordada.

Abstract

Introduction: Nursing clinical records are a legal document in which the scientific, human and ethical quality of patient care is evaluated.

Objective: To determine compliance with nursing clinical records based on the "Single tool for the evaluation of clinical records, therapeutic schemes and nursing interventions".

Methods: Cross-sectional descriptive study. In a sample of 156 clinical files, the nursing sheet was evaluated by means of an instrument designed as "Single tool for evaluation of clinical records, therapeutic schemes and nursing interventions".

Results: In general, compliance with clinical records was 61%. The omission in the registry was presented in the continuous pain assessment. The registry of interventions was 70% and studies 48%. Only 41% registered the actions to reduce the risk of pressure ulcers. The majority (75%) do not sign their notes or do so in an incomplete way.

Conclusions: The practical utility of this study is translated into a situational diagnosis of nursing records as essential information on which to make future decisions regarding the subject matter addressed.

Introducción

En la práctica profesional de enfermería se requiere la documentación por escrito de la información recabada de la valoración clínica, las intervenciones de enfermería y los resultados esperados en los pacientes. Los requisitos mínimos de dichos registros están establecidos en la *Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico*.¹

Los registros clínicos de enfermería se encuentran integrados en el expediente del paciente; por ende, constituyen una parte fundamental de la asistencia a los pacientes, con su respectiva repercusión y responsabilidad profesional y legal; así pues, es preciso que en la práctica el registro clínico se lleve a cabo con el rigor científico que garantice su calidad y su legalidad.²

Derivado de lo anterior, se han implementado sistemas de estandarización de los registros en las instituciones de atención a la salud pública y privada, con la finalidad de mejorar la calidad de los registros clínicos de enfermería y facilitar su elaboración durante la práctica cotidiana. No obstante, hay factores institucionales, como la carga excesiva de trabajo y la falta de capacitación, que más que beneficiar perjudican la calidad de las notas de enfermería.³

En este contexto, la Coordinación Delegacional de Enfermería en Atención Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) implementó en el estado de Nuevo León, a finales del 2014, un proyecto de mejora que abarca la capacitación, la evaluación, el monitoreo y el control de la calidad de los registros clínicos en las unidades de segundo nivel de atención; en particular, se ha propuesto mejorar la calidad de los registros clínicos, el esquema terapéutico y las intervenciones de enfermería.

Para tal efecto, se elaboró un manual con base en los lineamientos institucionales para llevar la adecuada documentación de los registros clínicos de enfermería. Asimismo, conforme a lo establecido por la institución, se cuenta con el formato de la hoja de enfermería con número de clave 2660-021-002.

Como parte de este mismo proyecto, se validó un instrumento denominado “Herramienta única de evaluación de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería”. Se trata de una lista de verificación (no publicada), mediante la cual se evalúa el cumplimiento de los lineamientos institucionales establecidos para el correcto llenado de las hojas de enfermería; dicho instrumento consta de siete rubros definidos por sus autores, los cuales se describen a continuación:

- **Identificación:** este rubro contiene 10 aspectos que hay que evaluar, los cuales están relacionados con la identificación correcta del paciente. Incluye el nombre, número de seguridad social, sexo, edad, diagnóstico médico, número de cama y días consecutivos de hospitalización.
- **Valoración:** este apartado está conformado por nueve elementos que tienen que ver con el registro de los signos vitales y las medidas somatométricas.
- **Ingresos y egresos:** abarca 25 aspectos evaluables, relacionados con los ingresos por vía oral y parenteral del paciente, como la dieta, el plan de soluciones intravenosas, los medicamentos, la sangre y los hemoderivados. Respecto de los egresos, se registra la cantidad y las características macroscópicas de la orina, evacuación, sangrado, vómito y drenajes. Se evalúa también el control de líquidos en los casos aplicables.
- **Estudios y reactivos:** son tres criterios de verificación, los cuales corresponden al registro de estudios de laboratorio y gabinete, al de pruebas reactivas de glucemia capilar y de orina.
- **Intervenciones:** en este se concentran seis criterios verificables que tienen que ver con el registro de procedimientos como, por ejemplo, una intervención quirúrgica, la aplicación de medicamentos o vacunas. Cuenta con un apartado de observaciones para anotar otra intervención realizada. En este rubro, se evalúa que el personal de enfermería realice la valoración del riesgo de caídas y de úlceras por presión, con la utilización de las escalas de Newman y de Braden, respectivamente, así como el registro de las acciones encaminadas a disminuir el riesgo identificado. Otro aspecto importante es el plan de alta de enfermería, mediante el cual se dictan las recomendaciones higiénico-dietéticas, los cuidados específicos, los horarios de medicación, los ejercicios de rehabilitación, así como los signos y síntomas de alarma y otras recomendaciones que promueven el autocuidado en el paciente y la familia.⁴
- **PLACE:** se trata del acrónimo de *Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado*. La estandarización del cuidado se entiende como la aplicación metodológica y científica de conocimientos, habilidades y actitudes del personal de enfermería, con la finalidad de homologar, ordenar y mejorar las prácticas de enfermería dirigidas a la promoción, la prevención y el fomento de la salud.⁵ Dicho apartado consta de un total de 10 aspectos evaluables con base en el Lineamiento General para la Elaboración del Plan de Cuidado de Enfermería, el cual, a su vez,

incluye la interrelación taxonómica de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y la *Nursing Interventions Classification* (NIC, las tres por sus siglas en inglés). Así es como se verifica el proceso integral de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Cabe mencionar que la valoración se basa en los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. En la etapa diagnóstica, se utiliza como guía la Taxonomía II de la NANDA y el formato PES (problema + etiología + signos y síntomas) para la formulación de diagnósticos de enfermería; se usan los conectores “relacionado con” para unir el problema con la etiología o el factor relacionado y el “manifestado por” para relacionar los dos conceptos anteriores con los signos y síntomas.⁶ El otro aspecto que se evalúa es el problema interdependiente. Se trata de una complicación potencial que emplea la terminología médica para un problema real; inicia con la denominación PI (problema + etiología + signos y síntomas) y para su formulación se utilizan los conectores “secundario a” y “manifestado por”. En caso de un problema de riesgo, solo se enuncia el problema y la etiología.⁷

- Firmas: se verifica que la hoja de enfermería se encuentre debidamente firmada por la enfermera o el enfermero responsable del cuidado del paciente, la o el jefe de piso y la o el subjefe de enfermería que son responsables del servicio. Para cumplir con este apartado, se debe escribir de forma legible la firma institucional que consta de la primera inicial del nombre de la persona, seguida de su apellido paterno y el número de matrícula institucional; el color de la tinta debe ser acorde al turno en que se otorga la atención: matutino (azul), vespertino (verde) y nocturno (rojo).

A pesar de que el proyecto de mejora de los registros clínicos de enfermería lleva casi dos años en operación, se ha identificado un pobre cumplimiento por parte del personal de enfermería; lo anterior puede estar relacionado con la metodología llevada a cabo para su medición, que resulta en datos poco confiables y opuestos a lo esperado.

Implementar en los servicios de enfermería un protocolo sistematizado de registros clínicos es algo muy relevante, ya que orienta al personal de enfermería en los lineamientos claves que se deben tener en cuenta en cada uno de los cuidados que se brindan.⁸

Por lo anterior, en el presente estudio se proyecta determinar con mayor certeza el cumplimiento de los re-

gistros clínicos de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en un hospital de segundo nivel de atención con 262 camas censables. En teoría a cada cama le corresponde un expediente clínico y a cada expediente un formato de registros clínicos de enfermería. En los últimos cinco años el promedio de ocupación de camas ha sido del 95.7%.

Se realizó un muestreo probabilístico por conglomerados con la ayuda del programa estadístico Epidat, versión 4.1. Los parámetros de referencia para el cálculo de la muestra fueron una población finita de 262, un nivel de confianza de 95% y un intervalo de confianza de 5; se obtuvo una muestra de 156 expedientes con 156 hojas de registros clínicos de enfermería (cuadro I).

Se obtuvo la autorización y el permiso correspondientes por parte de los directivos del hospital y se contó con la autorización del Comité Local de Investigación en Salud.

Una vez en el área de trabajo, se evaluaron los expedientes de cada uno de los servicios seleccionados y se tomaron en cuenta los números de cama hasta completar la cantidad de muestra calculada. El estudio contempló el periodo del último bimestre del año 2016.

Se elaboró una base de datos en el programa de hoja de cálculo Excel. Posteriormente se analizó con estadística descriptiva para caracterizar a la población por medio de medidas de tendencia central; asimismo, se hizo uso del gestor de base de datos SPSS para Windows, versión 20.

Para establecer las diferencias en el nivel de cumplimiento entre los diferentes turnos y servicios, se utilizó la prueba *t* de student y se verificó previamente la normalidad de la distribución muestral.

Se cumplió con los aspectos éticos correspondientes a la investigación científica y con el acuerdo establecido en la Declaración de Helsinki.⁹ De igual manera, se consideró el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.¹⁰

Instrumento de recolección

La lista de verificación “Herramienta única de evaluación de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería” es utilizada actualmente en las unidades de segundo nivel de atención del estado y ha sido validada por personal experto del IMSS, que repor-

Cuadro I. Distribución de la muestra por conglomerados

Área y servicio	Camas (expedientes) por piso	Proporción de cada estrato	Expedientes por cada estrato
	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Segundo piso, UCIN	24	9	15
Segundo piso, Ginecología y Obstetricia	50	19	30
Tercer piso, Cirugía	44	17	26
Cuarto piso, Medicina Interna	44	17	26
Quinto piso, Medicina Interna	48	18	28
Sexto piso, Pediatría y Nefrología	52	20	31
Total	262	100	156

UCIN = unidad de cuidados intensivos neonatales

Fuente: Herramienta única de evaluación de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería

ta una confiabilidad de 0.77 de acuerdo con la escala de Kuder-Richardson.

Dicho instrumento está estructurado con siete apartados y un total de 66 reactivos. La distribución de reactivos por cada apartado es la siguiente: 1. Identificación: 10; 2. Valoración: 9; 3. Ingresos y egresos: 25; 4. Estudios y reactivos: 3; 5. Intervenciones: 6; 6. PLACE: 10, y 7. Firmas: 3.

Para cada uno de los elementos evaluables existen tres opciones de respuesta, 1 = Cumple, 2 = No cumple y 3 = N/A (no [se] aplica). Para que un elemento cumpla debe estar registrado conforme a los lineamientos establecidos en el Manual Institucional de Registros Clínicos. Por ejemplo, el manual establece que el nombre del paciente debe estar escrito de acuerdo con el patrón apellido paterno-apellido materno-nombre. Por tal motivo, si falta un elemento de los ya descritos, se determina como No cumplimiento y se registran las causas del no cumplimiento en la columna de observaciones. Para obtener el nivel de cumplimiento, se divide el número de elementos que cumplen entre el total de elementos evaluables y este resultado se multiplica por 100.

Resultados

De un total de 156 formatos de registros clínicos evaluados, el porcentaje de cumplimiento general fue del 61%; el cumplimiento para los rubros de Identificación y Valoración fue del 90% y 84%; el menor cumplimiento se encontró en el registro de Estudios y reactivos y en el de Firmas con 48% y 25%, respectivamente (figura 1).

Aunque hubo variaciones en cuanto al cumplimiento del registro en la hoja de enfermería, en los servicios de Cirugía General y Medicina Interna se identificó un porcentaje máximo de 69% y 60%, respectivamente (figura 2); el porcentaje de cumplimiento fue similar por turno con 64% para el turno matutino y 60% para el turno vespertino y nocturno (figura 3). Al respecto no se encontraron diferencias significativas.

Entre los principales factores de no cumplimiento en cada uno de los rubros del modelo institucional de registros clínicos de enfermería, destacaron los siguientes:

- Identificación: faltaban datos de la fecha y el sexo del paciente; asimismo, el registro del diagnóstico médico se omitió en el 52% de los casos.
- Valoración: no se registró la valoración del dolor en la gráfica de la Escala Visual Analógica (EVA), además de que se hizo una codificación errónea de la temperatura corporal axilar.
- Ingresos y egresos: no se registró la cifra total de ingresos y egresos ni la hora de término de los líquidos parenterales y los electrolitos. Es relevante que en el registro de la administración de sangre y hemoderivados, este solo se anote como “un paquete”, sin especificar la cantidad administrada en mililitros.
- Estudios y reactivos: en el 52% de incumplimiento en los registros, no se especificó si los estudios ya habían sido realizados o si estaban pendientes; tampoco si los resultados de los estudios ya habían sido valorados por el médico solicitante. Asimismo, en las hojas de enfermería la información era dudosa respecto a la in-

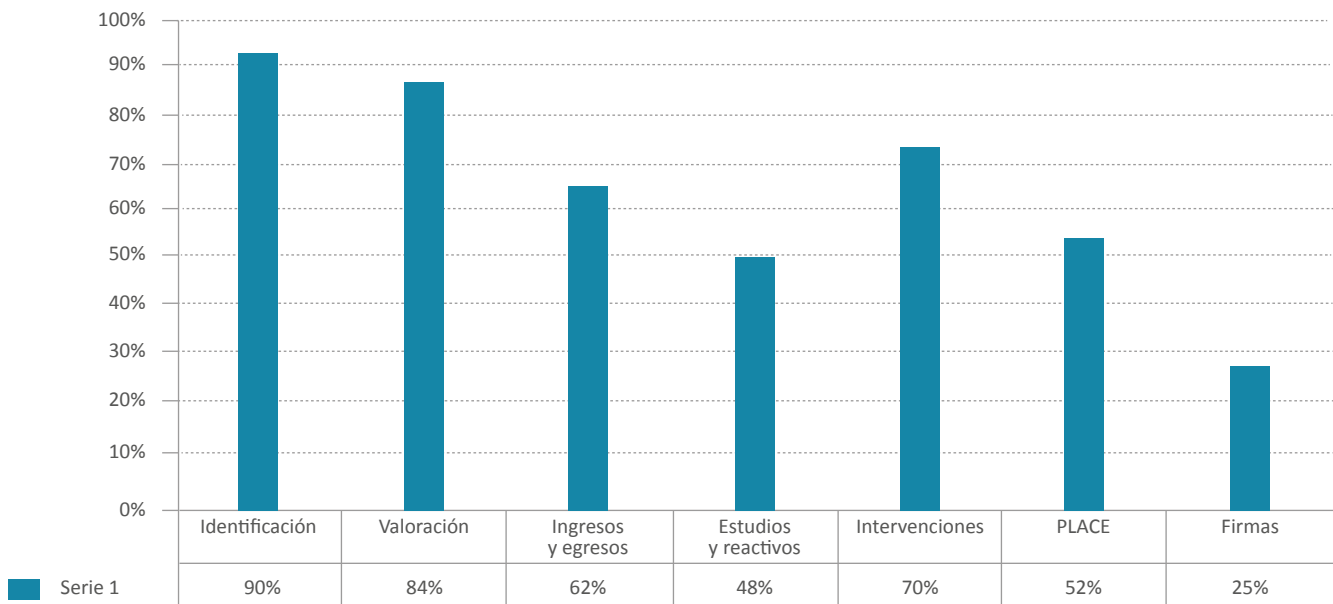
intervención quirúrgica de los pacientes, en cuanto a si el procedimiento ya había sido realizado, si tenía fecha programada o si estaba en hueco quirúrgico.

- Intervenciones: en el 30% de no cumplimiento, destacó la omisión del registro en el conteo de los días consecutivos en la administración de antibióticos. En poco más de la mitad de los casos, hubo tomas de glucemia capilar que no se registraron. Aunque la mayoría (87%) registró la valoración del riesgo de úlceras por presión, tan solo el 41% documentó las intervenciones específicas para la prevención o tratamiento de las mismas. En el 30% de los casos, la puntuación de la escala de Newman para riesgo de caídas no correspondía con los criterios que presentaba el paciente según su diagnóstico médico y tratamiento; es decir, tres de cada 10 pacientes estaban mal clasificados en cuanto al riesgo de caídas. Otra área de oportunidad que se detectó fue la ausencia de información en el plan de alta, es decir, no se anotó en la mayoría de los casos ninguna acción relacionada con este apartado. En general este rubro de Intervenciones obtuvo un cumplimiento del 70%.
- PLACE: aquí principalmente se encontraron desviaciones metodológicas con respecto a la taxonomía vigente de la NANDA. En los diagnósticos de enfermería registrados, cerca del 93% carecía de los conec-

tores “manifestado por”. Asimismo, se encontró una gran confusión a la hora de plasmar la redacción del problema interdependiente, ya que el 64% del personal registró el diagnóstico médico, mientras que el resto dejaba en blanco esta categoría. Un 74% de los registros de enfermería presentó falta de concordancia entre el diagnóstico de enfermería y los patrones funcionales marcados como alterados. Se pudo apreciar cómo el PLACE fue un proceso disfuncional, toda vez que en una gran mayoría de las notas evaluadas (79%) no se encontró concordancia entre cada una de las fases de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Por ejemplo, para el 49% de los diagnósticos de enfermería, las características definitorias no coincidían con lo establecido en la literatura. Asimismo, el 57% de los diagnósticos coincidía con alguna etiqueta diagnóstica aprobada por la NANDA. El cumplimiento global de este rubro fue de 52%.

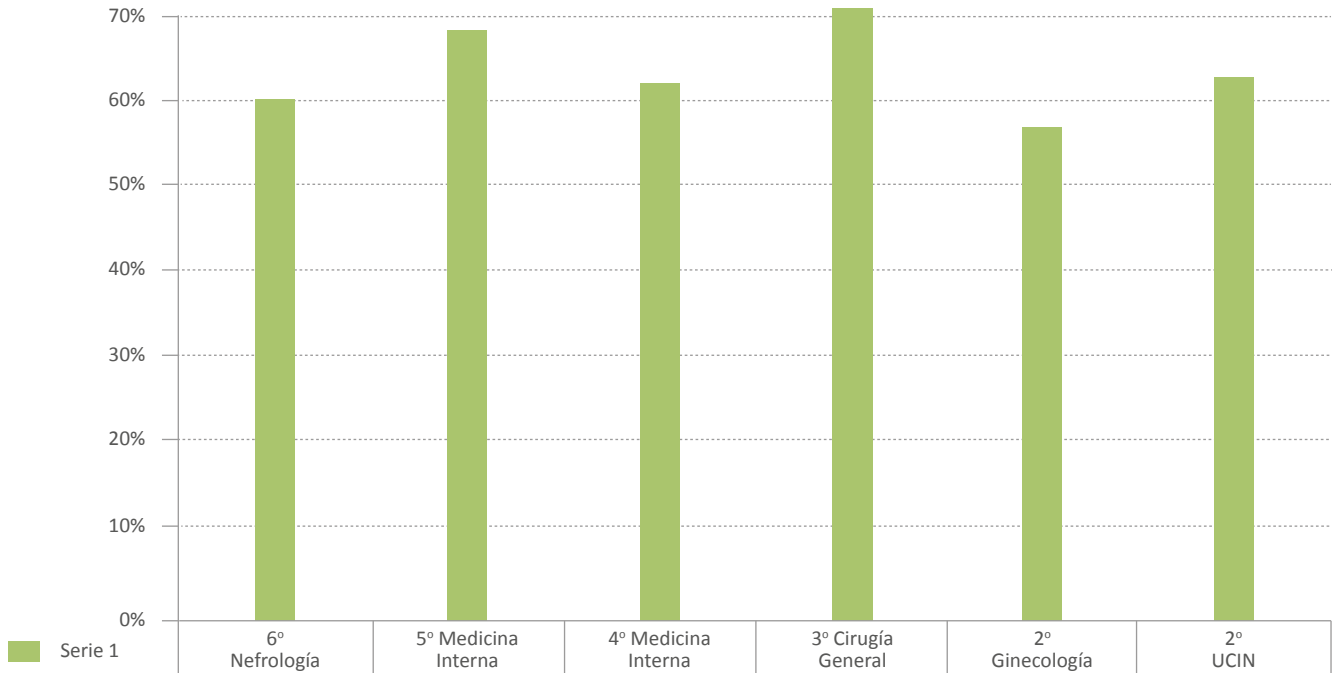
- Firmas: se encontró que el total del personal responsable del paciente firma las hojas de registros; no obstante, solo el 25% firma de manera correcta. Es decir, con la inicial de su nombre y su apellido. Cabe destacar que el personal jefe de piso solo firmó el 47% de los registros, mientras que los subjefes responsables de área apenas y firmaron el 12% de los registros evaluados.

Figura 1. Cumplimiento del registro en la hoja de enfermería por rubro evaluado (n = 156)



Fuente: Herramienta única de evaluación de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería

Figura 2. Cumplimiento del registro en la hoja de enfermería por servicio evaluado (n = 156)



Fuente: Herramienta única de evaluación de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería

Hallazgos adicionales

En algunos formatos la tinta era tan tenue que casi no se alcanzaban a apreciar los datos de los títulos y subtítulos. En algunas otras los márgenes de las hojas estaban desfasados, de tal forma que una parte del encabezado no se veía. Los espacios para anotar algunas intervenciones eran demasiado pequeños y no se alcanzan a escribir los datos completos. En pacientes que tenían demasiados medicamentos, los renglones no alcanzaban para registrarlos todos y el personal lo hacía en otros espacios donde no correspondía.

La caligrafía fue también un aspecto preocupante. Se contabilizó un total de 18 notas de enfermería cuya legibilidad no era la apropiada y cinco de ellas tuvieron que ser excluidas por no entenderse con exactitud lo que estaba escrito. Se identificó un total de 22 errores ortográficos. Se reportó este hecho a la jefatura de enfermería y se mantuvieron siempre en el anonimato los datos personales de los sujetos de estudio.

Se encontró un total de 27 casos de notas de enfermería que presentaban tachaduras o enmendaduras. En seis casos se detectó también el uso de corrector para tinta indeleble.

Discusión

Desde la perspectiva del presente estudio, el bajo nivel de cumplimiento de los registros clínicos e intervenciones de enfermería puede tener relación con diversos aspectos como el desinterés y la desmotivación personal debida a la excesiva carga de trabajo (hasta 15 pacientes por enfermero), lo cual propicia que se le dé prioridad a la acción y no a la anotación, un hecho ya reportado por Cynthia Anglade-Vizcarra.³

Existe la evidencia de desapego a los lineamientos institucionales de registro, como la firma y los códigos de abreviaciones considerados oficiales, lo que a su vez puede ser un síntoma de resistencia al cambio, toda vez que sí se ha capacitado e informado al personal. Coincidiendo con Carlos Agustín León-Román, los trabajadores muchas de las veces prefieren seguir patrones de registros establecidos por la costumbre, la lógica personal y los mitos.¹¹ Por ejemplo, es evidente una fuerte resistencia por parte de los jefes de servicio y el personal administrativo, quienes se niegan a firmar las hojas de registro a pesar de que las normas internas hospitalarias se lo exigen. La principal explicación a esto es la renuencia a hacerse responsables del trabajo del personal operativo y la falsa

creencia de que el hecho de no firmar los excluye de responsabilidad en caso de verse involucrados en situaciones legales. Asimismo, ante la falta de firmas del personal administrativo, es muy probable la falta de supervisión y seguimiento constante de los registros clínicos del personal operativo, lo cual dificulta aún más el cumplimiento.

Ahora bien, aunque institucionalmente se hace un esfuerzo por estandarizar los registros clínicos mediante formatos, claves, códigos, símbolos y colores de tinta, la artificiosa manera de representar los datos y la ausencia de una efectiva estrategia continua de comunicación y difusión del sistema de registro dificulta significativamente el cumplimiento de los escritos de acuerdo con las exigencias de la institución.

Otro aspecto por demás cuestionable es el formato en sí mismo de los registros clínicos que utiliza la institución, el cual en ocasiones crea confusiones tanto para quien anota como para quien lee los registros. El horario de las intervenciones, por ejemplo, viene mar-

cado cada dos horas y no se entiende la hora precisa en la cual se realizó la intervención, lo cual es algo clave en los peritajes médico-legales.

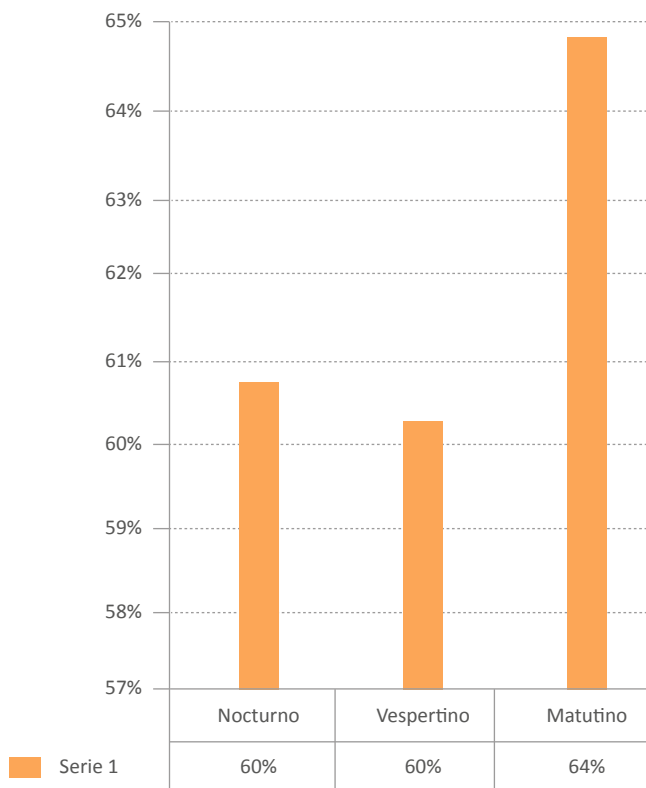
Exigir que se registren datos innecesarios, como el problema interdependiente, cuya fundamentación teórica aún es exigua y su utilidad controversial, hace que se pierda espacio en las hojas y que se tenga que utilizar un tipo de fuente demasiado pequeña. Es notable la necesidad de una reestructuración del formato de registros que sea más sintética y funcional, y que se enfoque en cumplir con los criterios que marca la *NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico* y que en determinado momento su ausencia u omisión sí pudiese atraer perjuicios legales.

Por ejemplo, tal vez sería conveniente, en lugar de intentar seguir un patrón complejo de taxonomía establecido por la NANDA, enfocarse en el adecuado registro de requisitos éticos, como el registro continuo del dolor y sus intervenciones, la identificación de riesgos y medidas de seguridad, así como la continua valoración de signos y síntomas en horarios precisos establecidos de manera rutinaria y no solo a criterio del personal. Una propuesta del presente trabajo es la futura consideración de solicitar la firma del paciente o de su cuidador primario, la cual avale y dé mayor certeza a las actividades de enfermería. Esto evitaría o al menos disminuiría las acciones impropias, como el registro de aplicación de medicamentos no suministrados.

Finalmente, en acuerdo con la postura de Sancho-Cantus¹² el presente estudio pone en debate el apego casi doctrinario a la taxonomía de la NANDA, que es una propuesta de una asociación civil norteamericana, más que un sistema universal de atención y que muchas veces es causante de polémica, ya que su funcionalidad es discutible, toda vez que al realizar sus actividades diarias muchos profesionales de enfermería pueden prescindir de un diagnóstico o hasta de un PLACE, tal como se encontró en este estudio (situación ya también descrita por Rivera-Romero *et al.*)¹³ No obstante, contrario a la visión de dichos autores, quienes insisten en “repotenciar” el apego a la sintaxis de la ciencia enfermera actual, el presente trabajo plantea que lo que hay que cambiar es la sintaxis en sí, luego de que a lo largo de más de 30 años, esta no ha podido asentarse a pesar de los múltiples esfuerzos de llevarla a la práctica en el mundo occidental.

Así pues, se propone la revisión de nuevos fundamentos teóricos que reorienten la atención del personal de enfermería de acuerdo con los paradigmas científicos actuales, los cuales han estado en constante evolución

Figura 3. Cumplimiento del registro en la hoja de enfermería por turno de atención (n = 156)



Fuente: Herramienta única de evaluación de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería

desde hace ya más de tres décadas, cuando Lynda Carpenito propusiera su modelo bifocal, vigente en enfermería hasta la fecha.

Conclusiones

La utilidad práctica de este estudio se traduce en un diagnóstico situacional sobre los registros de enfermería de mayor certeza para el hospital en el que se realizó; se trata de información esencial sobre la cual tomar futuras decisiones con respecto a la temática abordada.

Se encontró la necesidad de reestructurar el formato

de las hojas de registros clínicos para facilitar más que complicar las anotaciones. Una mejora en el sistema de comunicación organizacional podría enriquecer la estandarización de los registros y ayudar a crear mayores niveles de conciencia sobre la magnitud y la trascendencia de los registros de enfermería.

No corregir a corto plazo el incumplimiento de los registros podría traer consigo consecuencias tanto para la institución como para el personal, como el hecho de tener el riesgo de verse perjudicados ante cualquier situación médico-legal, cuyos peritajes se basan cien por ciento en los registros del expediente clínico.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. 15 de octubre de 2012; Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012 [Consultado el 19 de diciembre de 2017].
2. Chávez-Arcos P de R. Utilización de los registros clínicos de enfermería por el equipo de salud en los procesos asistenciales de los pacientes del servicio de medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suarez. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013. Disponible en <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7228/8.14.001708.pdf?sequence=4&isAllowed=y> [Consultado el 19 de diciembre de 2017].
3. Anglade-Vizcarra C. Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el servicio de medicina del Hospital Nacional 2 de Mayo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006. Disponible en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/990/1/Anglade_vc.pdf [Consultado el 19 de diciembre de 2017].
4. Tixtha-López E, Alba-Leonel A, Córdova-Ávila MÁ, Campos-Castolo EM. El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Enf Neurol*. 2014;13(1):12-8. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf> [Consultado el 19 de diciembre de 2017].
5. Posos-González M de J, Jiménez-Sánchez J. Estandarización del cuidado mediante el plan de cuidados de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2013;21 (1):29-33. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2013/eim131f.pdf> [Consultado el 25 de diciembre de 2017].
6. Aquino-Olivera M. Cómo hacer un plan de cuidados de enfermería y no perder ninguna neurona en el intento. *Rev Uruguaya Enfermería*. 2009;4(2):3-16. Disponible en <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/100/97> [Consultado el 25 de diciembre de 2017].
7. González-Mejorada S, Romero-Quetchol G, Romero-Ojeda M. Conocimiento sobre la diferencia entre el diagnóstico enfermero y problema interdependiente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2013;21(2):63-7. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2013/eim132b.pdf> [Consultado el 31 de diciembre de 2017].
8. Bautista-Rodríguez LM, Vejar-Ríos LY, Pabón-Parra MR, Jesús-Moreno J, Fuentes-Rodríguez L, León-Solano KY et al. Registros de Enfermería. *Cienc y Cuid*. 2015;12(2):5-10. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n1/v7n1a07.pdf> [Consultado el 29 de diciembre de 2017].
9. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas/Organización Panamericana de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016. Disponible en https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf [Consultado el 19 de diciembre de 2017].
10. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Mexico, Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación; 1986. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> [Consultado el 25 de diciembre de 2017].
11. León-Román CA. Nuevas estrategias para la aplicación del Método Cubano de Registro del Proceso de Atención de Enfermería. *Rev Cubana Enfermer*. 2005;21(2). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200009 [Consultado el 19 de diciembre de 2017].
12. Sancho-Cantus D, Prieto-Contreras L. Teorías y modelos en la práctica enfermera. ¿Un binomio imposible? *Enfermería Glob*. 2012; 11(27):292-8. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/ensayo1.pdf> [Consultado el 29 de diciembre de 2017].
13. Rivera-Romero V, Pastoriza-Galán P, Díaz-Perianez C, Hilario-Huapaya N. Revisión crítica de la taxonomía enfermera NANDA internacional 2009-2011. *Rev Científica Enfermería*. 2013;(6):1-18. Disponible en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44913/1/RECIEN_06_07.pdf [Consultado el 30 de diciembre de 2017].

.....
Cómo citar este artículo: Hernández-Cantú EI, Reyes-Silva AKS, García-Pineda MA. Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2018; 26(2):65-72.