



UNIVERSIDAD LA SALLE

FACULTAD DE NEGOCIOS

Con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la
Secretaría de Educación Pública según acuerdo número 974225
de fecha 25 de julio de 1997

ESTUDIO DE CASO” CALIDAD EN LOS REGISTROS CLINICOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL GENERAL BALBUENA.”

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES DE
LA SALUD

PRESENTA: LUIS ANTONIO CERVANTES PACHECO.

Asesor: DR. ANTONIO MORALES DE LA BARRERA.

Ciudad de México a, 23 de febrero del 2026

Ciudad de México, a 09 de febrero de 2026

LIC. DULCE MARÍA PRECIADO ÁVILA
DIRECTORA DE GESTIÓN ESCOLAR
UNIVERSIDAD LA SALLE
P R E S E N T E

Le informo que el (la) C.

LUIS ANTONIO CERVANTES PACHECO

Egresada (o) de la Facultad de: Negocios

de la **UNIVERSIDAD LA SALLE**, de la Maestría en:

ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES DE LA SALUD

Con reconocimiento de validez oficial de estudios de la Secretaría de Educación Pública según acuerdo número 974225 de fecha 25 de julio de 1997.

Ha elaborado el trabajo de Estudio de caso titulado: "Calidad en los registros clínicos de enfermería en el Hospital General Balbuena".

De conformidad con la modalidad para la obtención de grado aprobada para esta Maestría de acuerdo a lo establecido en el Reglamento General de las Universidades La Salle Integrantes del Sistema Educativo de las Universidades la Salle.

Cumplió con todos los requisitos y el trabajo que fue elaborado bajo la conducción del Dr. Antonio Morales de la Barrera que fungió como asesor, tiene la calidad suficiente para ser la base de sustentación de su Examen de Grado por lo que se le autoriza presentarlo.



Mtro. Markel Israel Lehman Elizondo
Director de la Facultad de Negocios

Índice

Dedicatorias	4
Introducción	5
Capítulo I. Generalidades del caso de estudio.	8
1.1 Contextualización del caso de estudio.	8
1.2 Objetivos del caso de estudio.....	11
1.3 Justificación del caso de estudio	12
1.4 Descripción de la institución objeto de estudio.	15
1.5 Planteamiento del problema.....	18
1.6 Alcances y limitaciones del estudio de caso.	20
Capítulo II. Marco teórico.	22
2.1 Importancia de los registros clínicos en la práctica de la enfermería.....	22
2.2 Normatividad aplicable al registro clínico en México	25
2.3 Calidad en los registros clínicos: conceptos y dimensiones.....	29
2.4 Factores que influyen en la calidad de los registros clínicos.	32
2.5 Impacto de los registros clínicos en la seguridad del paciente	35
2.6 Aspectos éticos y legales de la documentación en enfermería.....	37
2.7 Tecnología y registro clínico: desafíos en instituciones públicas.	40
2.8 Antecedentes de estudios de calidad documental en enfermería.....	42
Capítulo III. Metodología	45
3.1 Generalidades de la metodología y enfoque	45
3.2 Población y muestra.....	46
3.3 Instrumentos cuantitativos.....	48
3.4 Indicador de notas y registros clínicos de enfermería.	53

3.5 Instrumento cualitativo.	54
Capítulo IV. Resultados.....	57
4.1 Resultados de las encuestas	57
4.2 Resultados del indicador de las Notas de las y Registros Clínicos de Enfermería.....	72
Capítulo V. Discusión de los resultados.....	74
5.1 Hallazgos obtenidos en las entrevistas	78
Capítulo VI. Conclusiones y reflexiones.....	82
Fuentes de consulta	90
Anexos	100

Dedicatorias.

A MI MADRE.

A quienes me he heredado el tesoro mas valioso que pueda darse a un hijo que es: amor. A quienes, sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme.

A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en una persona de provecho. A quienes nunca podre pagar todos sus desvelos ni aun con las riquezas más grande del mundo.

Por esto y más gracias.

Al Dr. Antonio Morales de la barrera, Por su guía, por compartirme todo su conocimiento y motivarme en todo este proceso.

Introducción

La calidad en los registros clínicos de enfermería es un tema de alta relevancia en los hospitales públicos y privados de México, sobre todo en instituciones con una gran carga asistencial como el Hospital General Balbuena. Esta unidad médica, ubicada en la Ciudad de México, es considerada uno de los hospitales con mayor tradición en la atención de urgencias y pacientes poli traumatizados. En ese contexto, los registros clínicos de enfermería no solo representan una obligación legal o administrativa, sino una herramienta fundamental para garantizar la continuidad y seguridad del cuidado al paciente (González & Martínez, 2022). Además, un registro adecuado permite respaldar las decisiones clínicas y facilitar el trabajo multidisciplinario en un entorno cada vez más complejo.

El Hospital General Balbuena, como parte de la red de hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, enfrenta desafíos constantes en cuanto a la calidad de sus procesos. Dentro de estos procesos, el registro clínico de enfermería es uno de los pilares que permite documentar y comunicar las intervenciones realizadas, el estado del paciente y los cuidados proporcionados. Sin embargo, múltiples estudios han señalado que los registros suelen ser incompletos o se elaboran de forma apresurada debido a la sobrecarga laboral y la escasez de personal (Ramírez & López, 2023). Esto puede derivar en omisiones importantes que afectan la trazabilidad de la información y aumentan el riesgo de eventos adversos.

Un registro clínico de calidad debe ser claro, preciso, cronológico y estar basado en evidencia. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 establece criterios específicos sobre cómo deben elaborarse los expedientes clínicos en México, incluyendo las notas de enfermería (DOF, 2012). No obstante, la práctica cotidiana muchas veces se aleja de lo que dictan estas normativas. La falta de capacitación continua, la cultura de trabajo enfocada en lo inmediato y la percepción de que los registros son una carga burocrática son factores que explican parte de esta problemática (Torres & Medina, 2021). En el caso del Hospital General Balbuena, estas dificultades se acentúan debido al alto flujo de pacientes en áreas como

urgencias, quirófano y terapia intensiva.

La enfermería es una disciplina que combina conocimiento científico, habilidades técnicas y sensibilidad humana. Parte de ese ejercicio profesional implica la documentación de cada cuidado brindado al paciente, ya sea una administración de medicamento, una valoración física o un acompañamiento emocional. No registrar estas intervenciones de manera adecuada implica invisibilizar gran parte del trabajo de enfermería, lo que afecta no solo al paciente, sino también a los propios profesionales al limitar la posibilidad de demostrar su aportación al proceso de salud-enfermedad (Salazar & Jiménez, 2020). Por ello, hablar de calidad en los registros clínicos es también hablar de reconocimiento y valorización del trabajo enfermero.

En este contexto, el presente estudio de caso se enfoca en el análisis de la calidad de las hojas de enfermería en el Hospital General Balbuena, con el objetivo de identificar áreas de oportunidad y proponer estrategias de mejora. La revisión de expedientes, las entrevistas al personal y la observación directa son herramientas clave para comprender el problema desde una perspectiva realista y cercana al entorno operativo. La auditoría detallada de estos registros constituye una herramienta fundamental para comprender las deficiencias en la documentación y su impacto en la atención al paciente. Este análisis no sólo permite evaluar la situación actual, sino también establecer las bases para un programa de capacitación y sensibilización continúa dirigido al personal de enfermería (López & Rodríguez, 2023). El propósito es transformar las observaciones en acciones concretas que fortalezcan la calidad y seguridad del cuidado.

Cabe destacar que la calidad del registro clínico no depende únicamente de la voluntad del personal de enfermería. Es un proceso complejo que involucra factores estructurales, como la disponibilidad de recursos tecnológicos, la dotación de personal suficiente y la organización del tiempo de trabajo. Algunos hospitales han comenzado a implementar registros electrónicos como parte de la modernización de los sistemas de información en salud, sin embargo, el Hospital General Balbuena aún trabaja en su

mayoría con registros manuales, lo que puede aumentar la posibilidad de errores o pérdidas de información (Martínez & Pérez, 2024). Esta situación hace necesario replantear la logística y las herramientas disponibles para realizar los registros.

Junto con el impacto en la atención al paciente, los registros clínicos tienen una función legal y ética que no puede pasarse por alto. En caso de una revisión médica, auditoría o proceso legal, los documentos clínicos son las principales pruebas de las intervenciones realizadas. Por ello, un registro incompleto o mal hecho puede poner en riesgo no sólo la seguridad del paciente, sino también la integridad legal del profesional de enfermería y de la institución hospitalaria (Castro & Hernández, 2022). Esta dimensión jurídica es frecuentemente subestimada en el trabajo diario, por lo que es necesario incluirla en las capacitaciones al personal.

El fortalecimiento de los registros clínicos no debe ser visto como un tema aislado, sino como parte de un enfoque integral de mejora de la calidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que la seguridad del paciente comienza con una documentación precisa y oportuna de todas las acciones relacionadas con su cuidado (OMS, 2023). Los registros permiten detectar patrones, prevenir complicaciones y generar evidencia sobre la eficacia de las intervenciones. En ese sentido, mejorar la calidad del registro es también una manera de promover la cultura de la seguridad en el hospital y reducir los riesgos asociados a la atención médica.

Este estudio de caso se propone fomentar una reflexión crítica en torno a los registros clínicos de enfermería y su importancia en la práctica profesional. No se trata solamente de cumplir con un formato o llenar hojas de papel; se trata de documentar de manera responsable los cuidados otorgados a cada persona, respetando su dignidad y protegiendo su vida. Es necesario que el personal de enfermería en el Hospital General Balbuena asuma este compromiso, no como una carga administrativa, sino como una parte esencial de su labor diaria (García & Suárez, 2021). Solo así será posible avanzar hacia un modelo de atención más seguro, humano y eficiente.

Capítulo I. Generalidades del caso de estudio.

1.1 Contextualización del caso de estudio.

La calidad en los registros clínicos de enfermería es un tema de interés global en el ámbito sanitario, pues de ello depende en gran medida la seguridad del paciente y la eficiencia en la atención médica. Los registros son mucho más que simples notas administrativas: son el reflejo escrito de las intervenciones, observaciones y cuidados proporcionados por el personal de enfermería en cada momento de la atención (Valenzuela & Rodríguez, 2021). Su adecuada elaboración garantiza la continuidad del cuidado y facilita la comunicación entre los diferentes profesionales de la salud. Además, representan un respaldo legal y ético que protege tanto al paciente como al personal que lo atiende.

En la actualidad, los servicios de salud enfrentan una creciente complejidad debido a la incorporación de nuevas tecnologías, el aumento en la demanda de servicios y la necesidad de mantener estándares de calidad elevados. En este contexto, los registros clínicos se convierten en un eje fundamental para asegurar una atención integral, ya que documentan no solo los procedimientos médicos, sino también el seguimiento, los cuidados de enfermería y las decisiones clínicas relevantes (Cabrera & Morales, 2022). La calidad de los registros no es un tema menor, pues de su exactitud depende la posibilidad de tomar decisiones clínicas acertadas y reducir errores en la atención.

Uno de los principales desafíos que enfrentan los sistemas de salud en todo el mundo es la estandarización y mejora de los procesos de documentación. Las instituciones sanitarias deben asegurar que el personal de enfermería esté capacitado en la correcta realización de los registros, ya que un documento incompleto o mal estructurado puede provocar serias consecuencias, incluyendo omisiones en el tratamiento o incluso riesgos legales (Torres & García, 2020). En muchos casos, la falta de tiempo, la sobrecarga laboral y la ausencia de herramientas adecuadas dificultan que los registros se realicen de forma adecuada y oportuna.

El trabajo de enfermería implica múltiples tareas, desde la administración de medicamentos hasta la monitorización de signos vitales, pasando por el acompañamiento emocional al paciente y su familia. Cada una de estas acciones debe ser documentada con precisión, pero en ocasiones se prioriza la atención directa y se deja en segundo plano la elaboración del registro, lo cual genera un desfase entre la práctica clínica y su documentación (Luna & Sánchez, 2021). Esto crea un círculo vicioso donde la falta de registro resta valor al trabajo de enfermería, haciendo que muchos cuidados no sean visibles ante la organización.

En diferentes países, las normas y guías clínicas recomiendan que los registros sean realizados de forma cronológica, legible, completa y con lenguaje claro, evitando abreviaturas que puedan dar lugar a interpretaciones erróneas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). Además, es fundamental que se documenten tanto los eventos normales como las situaciones atípicas o incidentes relacionados con el paciente. Esta práctica contribuye no solo a la seguridad clínica, sino también al desarrollo de estadísticas hospitalarias y a la generación de conocimiento en salud.

La calidad del registro clínico también está directamente relacionada con la cultura de la seguridad del paciente. Cuando los registros son precisos y completos, es más fácil detectar patrones, identificar riesgos y tomar decisiones preventivas. Por el contrario, cuando los registros son ambiguos o incompletos, se dificulta el seguimiento de los cuidados y se incrementa la probabilidad de eventos adversos (Vargas & Jiménez, 2022). Este problema se agrava en contextos hospitalarios con alta demanda, donde el personal de enfermería debe atender a numerosos pacientes en tiempos muy ajustados.

Los registros clínicos son una fuente valiosa de información para la investigación, la auditoría y la docencia. A partir de ellos es posible revisar casos clínicos, evaluar prácticas de atención y promover mejoras continuas en los procesos asistenciales (Gómez & Hernández, 2023). No obstante, si los registros son

deficientes, esta fuente de datos se ve afectada y limita la posibilidad de realizar un análisis riguroso de la calidad de la atención. Por eso, muchas instituciones han comenzado a implementar sistemas electrónicos para reducir errores y mejorar la accesibilidad de la información.

La transformación digital en los servicios de salud es un fenómeno que también ha impactado la manera de realizar los registros clínicos. Algunos hospitales han migrado al expediente clínico electrónico, lo cual permite una mejor organización de la información, pero también implica nuevos retos como la capacitación en el uso de plataformas tecnológicas (Ramírez & Paredes, 2021). Sin embargo, en muchos contextos aún se mantienen los registros manuales, sobre todo en áreas con limitaciones tecnológicas, lo que aumenta la probabilidad de errores por ilegibilidad o extravío de documentos.

En el ámbito ético y legal, los registros clínicos tienen una función clave, ya que constituyen evidencia del cuidado brindado y del proceso de atención al paciente. Cuando surge un conflicto médico-legal, los registros son revisados para determinar si se actuó conforme a los protocolos establecidos y si se garantizó la seguridad del paciente (Cruz & Salinas, 2023). Por tanto, su correcta elaboración no solo protege al paciente, sino también al personal de salud frente a posibles reclamaciones. Esta dimensión jurídica obliga a los profesionales de enfermería a ser meticulosos y responsables en su elaboración.

La calidad de los registros clínicos de enfermería es un tema transversal que impacta múltiples áreas: desde la seguridad del paciente, la comunicación interprofesional, la gestión de riesgos, hasta la defensa legal y la mejora continua de la atención (Bravo & Mendoza, 2022). Abordar esta problemática requiere una visión integral que contemple la capacitación del personal, la adecuación de recursos y la implementación de estrategias que faciliten la documentación adecuada. No se trata solo de cumplir con un requisito institucional, sino de entender que un buen registro es parte fundamental del cuidado de enfermería y, por ende, del bienestar del paciente.

1.2 Objetivos del caso de estudio

Objetivo general

Analizar los factores que influyen en la calidad de los registros clínicos de enfermería en el Hospital General Balbuena, considerando aspectos normativos, operativos y organizacionales.

Objetivos específicos

Evaluar el grado de cumplimiento en la elaboración de los registros clínicos de enfermería de acuerdo con los estándares establecidos en la normativa vigente.

Explorar la relación entre la carga de trabajo (índice enfermera-paciente) y la calidad del llenado de los registros clínicos.

Identificar cómo influye la duración y características de la jornada laboral en la calidad de los registros clínicos de enfermería.

1.3 Justificación del caso de estudio

La documentación clínica en enfermería ha cobrado una importancia crítica en la actualidad debido al aumento de la complejidad en los procesos asistenciales y a la necesidad de garantizar una atención segura, continua y de calidad. Los registros clínicos son la principal evidencia del cuidado proporcionado, y su correcta elaboración permite dar seguimiento adecuado a las necesidades del paciente (García & Romero, 2022). Además, estos documentos son esenciales para coordinar el trabajo en equipo, ya que facilitan la comunicación entre los distintos profesionales de la salud, evitando errores o duplicidades en los tratamientos y cuidados.

El caso de estudio sobre la calidad de los registros clínicos de enfermería en el Hospital General Balbuena se justifica por la necesidad de identificar los puntos críticos en la práctica de documentación. Este hospital, como muchas instituciones públicas, enfrenta una alta demanda de atención, lo que incrementa la probabilidad de fallas en la documentación. La falta de tiempo, la sobrecarga laboral y la escasez de recursos tecnológicos son factores que suelen afectar directamente la calidad del registro clínico (Pérez & Sánchez, 2021). Analizar esta situación permitirá proponer estrategias de mejora adaptadas al contexto real del hospital.

Los registros de enfermería son un requisito normativo en el sistema de salud mexicano. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 establece los lineamientos básicos para la elaboración del expediente clínico, incluyendo las notas de enfermería (DOF, 2012). Cumplir con esta normativa no es solo una obligación legal, sino también una herramienta para garantizar la seguridad del paciente y evitar omisiones o malas prácticas. No obstante, en la práctica diaria, muchos registros se realizan de manera incompleta o sin la calidad necesaria, lo que expone tanto al paciente como al profesional de salud a riesgos innecesarios.

La justificación de este estudio también radica en la protección jurídica del personal de enfermería. En los procesos legales o auditorías médicas, los registros clínicos son considerados pruebas fundamentales sobre las intervenciones realizadas

(Salinas & Torres, 2023). Si estos documentos son deficientes o presentan inconsistencias, el profesional queda desprotegido frente a posibles demandas o sanciones administrativas. De ahí la importancia de promover una cultura de documentación responsable, no como una simple formalidad, sino como parte integral del cuidado.

La evaluación de la calidad en los registros clínicos permitirá visibilizar el trabajo real del personal de enfermería, ya que muchas de las intervenciones que se realizan a lo largo de una jornada no quedan reflejadas en los documentos oficiales. Esto contribuye a la llamada “invisibilización del cuidado”, un fenómeno ampliamente documentado en la literatura enfermera (Luna & Carrillo, 2021). Mejorar los registros no solo beneficia al paciente, sino también al reconocimiento y valoración de la labor de enfermería dentro del equipo de salud.

Otro aspecto relevante es el impacto de los registros en la continuidad de los cuidados. Cuando un paciente es atendido por diferentes turnos o equipos, la única manera de garantizar una atención continua y coherente es a través de una documentación adecuada (Moreno & Álvarez, 2022). Los registros deficientes generan vacíos de información, lo que puede ocasionar errores en la administración de medicamentos, omisión de cuidados o repetición de procedimientos innecesarios. Esto no solo pone en riesgo al paciente, sino que incrementa los costos y el tiempo de atención.

El presente caso de estudio también responde a la necesidad de contar con evidencia actualizada sobre el estado de los registros clínicos en instituciones de salud pública. La mayoría de los estudios existentes se enfocan en hospitales privados o en sistemas altamente digitalizados, dejando de lado la realidad de los hospitales públicos donde aún predominan los registros manuales (Cruz & Ramírez, 2023). Conocer la situación específica del Hospital General Balbuena permitirá identificar brechas y proponer soluciones contextualizadas y viables.

Se busca fomentar la capacitación continua en el personal de enfermería, ya que la correcta elaboración de registros no siempre es abordada en la formación inicial o en los cursos de actualización (Gutiérrez & Lara, 2022). Es necesario reforzar estos conocimientos de manera permanente, promoviendo habilidades de redacción clínica, manejo de normativas y uso adecuado del lenguaje técnico. La capacitación, acompañada de la revisión constante de la práctica, puede ser una herramienta poderosa para mejorar la calidad de la documentación.

El análisis de la calidad de los registros clínicos en el Hospital General Balbuena permitirá proponer estrategias específicas de mejora, basadas en un diagnóstico real y cercano a la práctica cotidiana. Esto puede incluir la revisión de formatos, la redistribución de tiempos para el registro, la implementación de tecnologías o el diseño de programas de sensibilización sobre la importancia de documentar correctamente (Vargas & Méndez, 2023). De esta manera, se contribuye a fortalecer la seguridad del paciente y a profesionalizar aún más el rol de la enfermería en el sistema de salud.

1.4 Descripción de la institución objeto de estudio.

El Hospital General Balbuena es una de las instituciones de salud pública más reconocidas de la Ciudad de México, no solo por su historia, sino por la diversidad de servicios que ofrece a la población. Fundado en 1905, es considerado uno de los hospitales más antiguos del sistema de salud capitalino, lo cual le ha otorgado un papel central en la atención médica de urgencias, cirugía y especialidades (Martínez & Pérez, 2022). Desde su creación, el hospital ha sido referencia en la formación de personal médico y de enfermería, destacándose como un espacio formativo para generaciones de profesionales de la salud.

Ubicado en la alcaldía Venustiano Carranza, el Hospital General Balbuena pertenece a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y ofrece servicios a población abierta, sin necesidad de afiliación a un sistema de seguridad social específico (Gutiérrez & Salinas, 2023). Esta característica lo convierte en un hospital de primer contacto para personas que no cuentan con cobertura del IMSS o ISSSTE, lo que genera una gran afluencia de pacientes diariamente. Su área de influencia es amplia, abarcando no solo a los habitantes de su zona, sino también a personas de otras alcaldías e incluso del Estado de México.

El hospital cuenta con diversas áreas médicas, entre las que destacan urgencias, medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría, y cuidados intensivos (Ramírez & Torres, 2022). Además, tiene un banco de sangre, laboratorio clínico, servicios de imagenología y quirófanos equipados para cirugías de alta complejidad. La unidad de urgencias es una de las más activas, ya que recibe pacientes politraumatizados provenientes de accidentes viales o de violencia urbana, lo que exige un alto nivel de capacidad resolutive en poco tiempo.

El personal de enfermería en el Hospital General Balbuena desempeña un papel fundamental en todas las áreas, especialmente en la atención directa al paciente y en el proceso de documentación clínica. La plantilla de enfermería se encuentra dividida en turnos matutino, vespertino y nocturno, con personal de base,

eventuales y suplentes (López & Rivera, 2023). Esta dinámica permite cubrir las 24 horas del día, pero también genera retos relacionados con la sobrecarga laboral y la rotación de personal, factores que impactan en la calidad de los registros clínicos.

En cuanto a infraestructura, el hospital cuenta con un edificio principal de varios niveles, donde se distribuyen los diferentes servicios médicos, áreas administrativas, servicios generales y aulas de capacitación (Sánchez & Gómez, 2021). A pesar de sus esfuerzos por modernizar sus instalaciones, el hospital aún enfrenta limitaciones estructurales y tecnológicas que dificultan la implementación de sistemas de expediente electrónico en todas las áreas. Por esta razón, gran parte de la documentación sigue realizándose en papel, lo cual puede provocar errores de legibilidad o pérdida de información.

El Hospital General Balbuena también es sede de programas de formación académica, tanto para médicos residentes como para estudiantes de enfermería, lo que lo convierte en un hospital-escuela (Cervantes & Juárez, 2022). Esto significa que además de atender pacientes, el hospital cumple con una función educativa importante, preparando a nuevos profesionales en un entorno de práctica real. Esta característica genera una dinámica en la que coexisten profesionales experimentados y personal en formación, lo que puede influir en los procesos de registro clínico.

El contexto operativo del hospital refleja los desafíos propios de una institución pública de alta demanda. Los picos de atención en urgencias, la escasez de recursos humanos y materiales, así como los tiempos limitados para el registro de información, son elementos constantes en la dinámica diaria (Fernández & Muñoz, 2023). Esta situación hace que la documentación clínica a veces se vea relegada, generando vacíos que afectan la calidad del expediente del paciente y comprometen la continuidad del cuidado.

Es importante mencionar que el Hospital General Balbuena mantiene un compromiso con la mejora continua, participando en programas de calidad y

auditorías internas para fortalecer sus procesos asistenciales y administrativos (Rojas & Castillo, 2023). Sin embargo, la documentación de enfermería continúa siendo un área de oportunidad, por lo que el análisis de la calidad de los registros clínicos se convierte en un tema prioritario. Esta revisión permitirá identificar las causas de las deficiencias y proponer soluciones adaptadas a las condiciones específicas del hospital.

1.5 Planteamiento del problema

En el ámbito hospitalario, la documentación clínica representa una de las herramientas más importantes para garantizar la continuidad y seguridad del cuidado al paciente. Sin embargo, en múltiples instituciones de salud, particularmente en los hospitales públicos, se observa un fenómeno recurrente: los registros clínicos de enfermería son incompletos, imprecisos o se realizan de forma apresurada debido a la presión del entorno laboral (Morales & Castañeda, 2023). Esta situación no solo pone en riesgo la calidad de la atención, sino que genera un problema acumulativo, pues al carecer de información clara, los equipos de trabajo deben improvisar o repetir procedimientos innecesarios.

En el caso específico de las áreas hospitalarias con alta demanda, como las urgencias o las unidades de cuidados intensivos, la sobrecarga de trabajo se convierte en un obstáculo importante para realizar registros adecuados. La prioridad inmediata del personal es atender al paciente, lo cual es comprensible; sin embargo, este enfoque reactivo puede derivar en que se descuide la correcta documentación del cuidado proporcionado (Rivas & Méndez, 2022). Como resultado, los registros se completan muchas veces de manera retrospectiva, lo que aumenta la posibilidad de errores o de datos olvidados.

La literatura actual señala que el déficit en la calidad de los registros clínicos no es un problema exclusivamente técnico, sino estructural y organizacional. La falta de capacitación específica en redacción clínica, los formatos rígidos o mal diseñados y la presión de los tiempos operativos son factores que contribuyen a esta problemática (Escobar & Nieto, 2021). Además, muchos profesionales perciben el llenado de registros como una tarea secundaria, sin dimensionar su impacto en la seguridad del paciente y en la protección legal del propio personal de salud.

El Hospital General Balbuena, como institución pública de alta demanda, no es ajeno a esta realidad. Se ha identificado que existe una brecha importante entre lo que establecen las normativas y lo que realmente se documenta en los registros de

enfermería. Esto genera vacíos de información que dificultan el seguimiento del estado clínico de los pacientes, especialmente en los cambios de turno o cuando el paciente es trasladado a otra unidad (Zárate & Villegas, 2023). Estas deficiencias también complican las auditorías internas y limitan la posibilidad de implementar mejoras basadas en evidencia.

Otro aspecto que agrava el problema es la falta de personal suficiente para cubrir de manera eficiente las cargas de trabajo actuales. Diversos estudios han señalado que la relación enfermera-paciente en hospitales públicos suele ser desproporcionada, lo que impacta directamente en el tiempo disponible para realizar un registro detallado y de calidad (Patiño & Herrera, 2022). Este desequilibrio provoca que muchas veces el registro se haga al final del turno, con el cansancio acumulado y sin la posibilidad de recordar todos los detalles necesarios.

La ausencia de una cultura institucional que valore la documentación clínica como parte esencial del proceso de atención también es un factor determinante. No se trata solo de cumplir con un requisito administrativo, sino de entender que cada registro es un respaldo para el profesional y un derecho del paciente (Delgado & Barrera, 2023). La falta de supervisión específica sobre los registros de enfermería y la escasa retroalimentación respecto a su calidad permiten que esta práctica siga relegada en la rutina hospitalaria.

Los registros deficientes afectan no sólo al paciente, sino a todo el equipo de salud. Cuando la información no está clara o es incompleta, se compromete la comunicación entre los diferentes profesionales, generando confusiones o errores en la administración de tratamientos (Rodríguez & Pavón, 2023). Los registros no son un fin en sí mismos; son un medio para coordinar el cuidado, tomar decisiones clínicas acertadas y evitar complicaciones evitables, por lo que su descuido tiene consecuencias reales y tangibles.

Por estas razones, resulta prioritario estudiar a fondo el problema de la calidad

en los registros clínicos de enfermería en el Hospital General Balbuena. Es necesario comprender no solo los síntomas del problema, sino sus causas profundas: la cultura institucional, las condiciones laborales, la capacitación insuficiente y la percepción errónea de que el registro es un trámite más (Linares & Montes, 2023). Este análisis permitirá generar propuestas de mejora que contribuyan a fortalecer la seguridad del paciente y a proteger el ejercicio profesional de la enfermería.

1.6 Alcances y limitaciones del estudio de caso.

Este estudio de caso tiene como principal alcance la identificación de los factores que afectan la calidad de los registros clínicos de enfermería en el Hospital General Balbuena, considerando variables operativas y organizacionales propias de un hospital público de alta demanda. El análisis permitirá conocer de manera directa cómo influye la carga laboral, la jornada de trabajo y la cultura institucional en la elaboración de la documentación clínica. Esto proporcionará un diagnóstico realista y ajustado al contexto específico del hospital.

Otro de los alcances importantes es la posibilidad de proponer estrategias concretas de mejora en los procesos de registro. El estudio no solo se limita a describir el problema, sino que plantea una intervención práctica al identificar áreas clave de oportunidad. Esto permitirá a las autoridades hospitalarias, jefaturas de enfermería y al propio personal reflexionar sobre las causas y buscar soluciones que se adapten a sus circunstancias diarias, considerando los recursos humanos y materiales con los que se cuenta.

Sin embargo, el estudio tiene limitaciones que es importante reconocer desde el inicio. La investigación se enfoca exclusivamente en el Hospital General Balbuena, por lo que los resultados no pueden generalizarse a otros hospitales públicos o privados, aunque compartan ciertas características. Cada institución de salud tiene dinámicas, políticas internas y estructuras diferentes que pueden influir de manera particular en la calidad del registro clínico, lo que restringe la universalidad de las conclusiones.

Una limitación adicional del estudio radica en la naturaleza del instrumento de recolección de datos, el cual se apoya exclusivamente en la revisión documental de las hojas de enfermería. Si bien este método permite recabar información valiosa de primera mano y evita interferir con la dinámica asistencial, su eficacia depende en gran medida de la legibilidad, precisión y coherencia con que cada profesional plasma sus notas. La diversidad de estilos de redacción, la utilización de abreviaturas no estandarizadas o incluso la omisión involuntaria de datos clínicos relevantes pueden generar interpretaciones ambiguas o sesgadas.

La revisión documental no siempre captura el contexto en el que se emitieron los registros, como la carga de trabajo, la complejidad del paciente o las urgencias del momento, lo que podría limitar la profundidad del análisis. En consecuencia, aunque la revisión de hojas de enfermería constituye una fuente indispensable de información, sus resultados deben complementarse con otras estrategias, auditorías interactivas, para obtener una comprensión más rica y exacta del proceso de documentación.

También hay que considerar la posible variabilidad entre turnos y servicios hospitalarios. No es lo mismo documentar un cuidado en urgencias que en medicina interna o la unidad de cuidados intensivos, por lo que los hallazgos estarán condicionados al área donde se levanten los datos. Esto implica que, aunque se logre un panorama general, algunos detalles específicos podrían pasar desapercibidos o no ser representativos de toda la institución, lo cual debe señalarse con claridad en los resultados.

El tiempo disponible para realizar el estudio constituye otra limitación relevante. La investigación se llevará a cabo en un periodo determinado, lo que impide observar los registros en ciclos más largos o durante cambios administrativos. Factores como la rotación de personal o la implementación de nuevas políticas internas podrían modificar las condiciones observadas, por lo que el estudio reflejará un momento particular de la institución y no necesariamente una tendencia permanente.

Capítulo II. Marco teórico.

2.1 Importancia de los registros clínicos en la práctica de la enfermería

Los registros clínicos son una herramienta fundamental en la práctica de enfermería, ya que permiten dejar constancia detallada de las intervenciones, observaciones y cuidados brindados al paciente durante su estancia hospitalaria. No se trata únicamente de escribir lo que se hizo; es una manera formal de documentar todo aquello que el paciente recibió como atención, desde la administración de medicamentos hasta los cambios en su estado clínico (Alfaro & Medina, 2021). Esta información, además de servir como evidencia del trabajo realizado, se convierte en un recurso vital para la toma de decisiones clínicas posteriores.

Cuando un paciente es atendido por varios profesionales de salud, los registros clínicos cumplen una función de enlace entre cada uno de ellos. El personal de enfermería no siempre permanece con el mismo paciente durante toda la jornada o estancia hospitalaria, por lo que la documentación se convierte en el único mecanismo fiable para transmitir información entre turnos o equipos (Silva & Mendoza, 2022). Esta continuidad es esencial, sobre todo en casos complejos donde un dato omitido puede cambiar por completo el curso de un tratamiento.

La comunicación efectiva entre profesionales de la salud depende, en gran medida, de la calidad de los registros clínicos. Si un enfermero no documenta adecuadamente los signos de alarma o las intervenciones realizadas, el personal que retoma el caso puede actuar sin información completa, poniendo en riesgo la seguridad del paciente (López & Cordero, 2023). Por ello, los registros son más que una simple actividad administrativa: son un eslabón esencial en la cadena de cuidado, donde cada anotación tiene un propósito y un destinatario.

Los registros permiten al personal de enfermería documentar no sólo las acciones ejecutadas, sino también las decisiones clínicas y los razonamientos que las motivaron. Esto resulta importante porque muchas veces el juicio clínico de enfermería no se visibiliza, ya que las intervenciones se interpretan como tareas repetitivas o

mecánicas (Ruiz & Pacheco, 2022). Sin embargo, detrás de cada decisión existe un análisis del contexto del paciente, y los registros son el medio para dejar constancia de ese proceso reflexivo.

Desde un enfoque práctico, los registros clínicos bien elaborados ayudan a prevenir errores médicos y a mejorar la eficiencia del trabajo en equipo. Cuando un paciente es trasladado a otra unidad o servicio, la información contenida en el expediente debe ser clara y precisa para evitar confusiones en su atención (Palacios & Estrada, 2023). La omisión de datos relevantes o la redacción ambigua pueden derivar en la repetición innecesaria de procedimientos o en la omisión de cuidados esenciales.

En términos legales, los registros clínicos representan la principal evidencia del cuidado proporcionado al paciente. Si surge un conflicto relacionado con la atención médica, el expediente es el primer documento que se revisa para determinar si se siguieron los protocolos establecidos y si se actuó de acuerdo con la ética profesional (Salazar & Ordoñez, 2021). Por esta razón, el personal de enfermería debe entender que lo que no se documenta, legalmente no existe, aunque en la práctica sí haya ocurrido.

En muchos países, la legislación en materia de salud establece claramente la obligación de documentar cada uno de los procedimientos realizados en el cuidado del paciente. En México, aunque existen normas oficiales, su cumplimiento varía dependiendo de las instituciones y del nivel de formación del personal (Hernández & Cabrera, 2022). La falta de estandarización en los registros genera problemas a nivel organizacional, ya que impide contar con información confiable para evaluar la calidad de los servicios de salud.

Los registros clínicos también tienen un valor importante para la investigación en enfermería. Los datos documentados permiten generar evidencia sobre prácticas clínicas, evaluar procesos y estudiar patrones en la evolución de los pacientes (Reyes

& Muñoz, 2023). Si los registros son deficientes o incompletos, se pierde una fuente valiosa de información que podría utilizarse para mejorar la atención y desarrollar nuevas guías o protocolos de cuidado.

La documentación adecuada es clave para la auditoría y la gestión hospitalaria. Los registros bien realizados permiten identificar áreas de oportunidad, conocer la carga de trabajo real del personal y planificar mejor la asignación de recursos (Juárez & Morales, 2022). Por el contrario, la falta de datos precisos puede generar reportes distorsionados sobre la productividad o el desempeño del personal de enfermería, lo cual afecta directamente a la gestión del servicio.

La práctica clínica no es estática, y los registros permiten hacer un seguimiento de los cambios en la condición del paciente, lo que resulta fundamental en la toma de decisiones. Por ejemplo, cuando un paciente muestra signos de mejoría o empeoramiento, estos cambios deben quedar claramente documentados para evitar interpretaciones subjetivas o malentendidos entre el equipo de salud (Ramos & Castaño, 2023). Esta trazabilidad es uno de los aspectos más importantes en la continuidad del cuidado.

Los registros clínicos sirven como material de estudio y análisis para estudiantes de enfermería y otros profesionales de la salud. Revisar expedientes permite aprender de casos reales, analizar decisiones clínicas y comprender el proceso completo de atención (Navarrete & Guzmán, 2021). La calidad del registro es, por tanto, un elemento esencial en la formación de nuevas generaciones de personal sanitario, ya que promueve el pensamiento crítico y la responsabilidad profesional.

La documentación también permite detectar fallas en los procedimientos o en la atención brindada, lo que abre la puerta a implementar mejoras. Cuando se realiza un análisis retrospectivo de un expediente, se pueden identificar errores o situaciones que podrían haberse manejado de forma diferente (Olivares & Bernal, 2022). Esta revisión forma parte de un proceso de aprendizaje organizacional que sólo es posible

si los registros son completos y están bien elaborados.

En la práctica diaria, muchos enfermeros ven el registro como una carga administrativa, sin reconocer su importancia estratégica. Este es un problema cultural que debe atenderse mediante la educación continua y la sensibilización sobre el papel del registro en la protección del paciente y del propio profesional (Del Valle & Montiel, 2023). Un registro no es un simple formulario; es un reflejo del cuidado brindado y del compromiso ético con la salud y la vida del paciente.

En algunos contextos, se ha intentado simplificar el proceso de documentación mediante formatos prediseñados o sistemas electrónicos. Sin embargo, estas herramientas también presentan desafíos, ya que pueden limitar la capacidad del personal para describir adecuadamente situaciones complejas o detalles específicos del paciente (Barrios & Limón, 2023). Es fundamental encontrar un equilibrio entre la estandarización y la personalización del registro, para que este cumpla realmente su función clínica y legal.

Los registros clínicos son un elemento clave para la historia de vida del paciente en el entorno hospitalario. Cada anotación representa un momento específico de su proceso de atención, y en conjunto, los registros narran la experiencia hospitalaria del paciente desde el punto de vista clínico (Vidal & Rocha, 2023). Documentar adecuadamente no sólo protege al personal, sino que también dignifica al paciente, reconociendo su derecho a tener una atención segura, transparente y bien documentada.

2.2 Normatividad aplicable al registro clínico en México

En México, la documentación clínica no es un proceso opcional, sino una obligación legal y profesional. La principal norma que regula la elaboración del expediente clínico es la NOM-004-SSA3-2012, la cual establece los requisitos mínimos que deben cumplirse en todos los servicios de salud del país, sin importar si se trata de instituciones públicas o privadas (Maya & Rodríguez, 2022). Esta norma no solo

detalla los aspectos técnicos del registro, sino que define también la responsabilidad ética y legal que tiene cada profesional al realizarlo.

La NOM-004-SSA3-2012 señala que todo expediente clínico debe ser claro, completo, oportuno y veraz. Es decir, no basta con escribir algo por cumplir; se debe registrar información precisa y en el momento adecuado para que tenga valor clínico (Martínez & Paredes, 2023). Esto incluye datos personales, notas médicas, órdenes, evolución, interconsultas y, por supuesto, las notas de enfermería. Estas últimas son clave para describir las intervenciones que se realizan, los signos detectados y los cuidados proporcionados.

El documento normativo también especifica que cada profesional es responsable de lo que escribe. No se permite realizar anotaciones por otra persona, y cada registro debe estar firmado y fechado por quien lo elaboró (Vega & Serrano, 2022). Esto protege al paciente y al profesional, ya que, en caso de revisión o conflicto legal, se puede identificar claramente a quién corresponde cada acción o decisión registrada en el expediente clínico.

Uno de los apartados más relevantes de la NOM-004-SSA3-2012 para enfermería es el que se refiere a las Notas de Enfermería. Estas notas deben consignar los cuidados otorgados, la evolución del paciente y cualquier evento que se considere relevante para el seguimiento clínico (Duarte & Carrillo, 2021). La información debe escribirse en orden cronológico, sin alterar los hechos y evitando el uso de abreviaturas no autorizadas que puedan generar confusión.

La norma exige que el registro se realice de manera inmediata después de la intervención. Sin embargo, en la práctica, muchas veces el personal de enfermería retrasa esta actividad por sobrecarga de trabajo, lo que puede derivar en omisiones o errores (Correa & Valencia, 2022). Esta diferencia entre lo que dice la norma y lo que sucede realmente en los hospitales es uno de los retos principales a los que se enfrentan las instituciones de salud públicas.

Los hospitales suelen tener políticas internas que refuerzan o complementan las disposiciones nacionales. Estas políticas pueden incluir formatos estandarizados, protocolos específicos o manuales de procedimientos sobre cómo se deben hacer los registros clínicos (Ramírez & Tovar, 2023). Cada institución adapta estas políticas a su contexto operativo, lo que puede generar algunas variaciones entre hospitales, pero siempre respetando la base normativa nacional.

En hospitales públicos, como el Hospital General Balbuena, es común que existan comités de expediente clínico encargados de supervisar el cumplimiento de la documentación. Estos comités revisan periódicamente los expedientes, detectan omisiones y sugieren medidas correctivas o capacitaciones (Benítez & Godínez, 2022). Su labor es importante porque contribuye a mantener la calidad del registro y asegura que se respeten los lineamientos establecidos.

Un aspecto que pocas veces se discute es que la Ley General de Salud también respalda la obligación de documentar adecuadamente la atención clínica. Esta ley establece que el expediente es un documento confidencial, pero a la vez es un elemento central en la defensa del derecho a la salud (Fuentes & Landa, 2021). El paciente tiene derecho a conocer lo que se escribe sobre su cuidado, y por lo tanto, el personal tiene la obligación de registrar de manera clara y respetuosa cada dato.

El Código de Ética para Enfermería en México complementa la normatividad oficial al señalar que el registro clínico forma parte del compromiso ético con el paciente (Rangel & Torres, 2022). No registrar una intervención, o hacerlo de forma incompleta, puede tener consecuencias éticas graves, ya que el cuidado proporcionado no queda documentado, lo que afecta tanto al paciente como al propio profesional.

Los registros clínicos forman parte de los procesos de acreditación de calidad hospitalaria. El comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y otras

instancias evalúan la calidad de los expedientes como un indicador de seguridad y buen manejo clínico (Linares & Bravo, 2023). Si un hospital desea certificarse o mantener estándares de calidad, debe demostrar que sus registros cumplen con las normas vigentes.

La normativa mexicana busca también proteger la confidencialidad de los datos del paciente. La Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y Sujetos Obligados aplica a los expedientes clínicos, ya que contienen información sensible (Aguilar & Camacho, 2022). Esto obliga al personal de salud a resguardar los expedientes con cuidado y a evitar divulgación indebida, tanto en papel como en formato electrónico.

Los formatos utilizados para el registro suelen tener campos predefinidos, lo que facilita el proceso, pero también puede limitar la capacidad del profesional de escribir detalles específicos (Hernández & Palomares, 2023). Esta es una de las razones por las cuales algunos hospitales revisan sus formatos periódicamente para ajustarlos a las necesidades reales de la práctica clínica, evitando registros ambiguos o incompletos.

Las auditorías internas son otro mecanismo normativo importante. A través de estas auditorías, los hospitales verifican que los registros se estén haciendo correctamente y se corrigen los errores detectados (Ortiz & Esquivel, 2022). Estas revisiones no tienen un fin punitivo, sino preventivo, y buscan mejorar la calidad del servicio y proteger tanto al paciente como al profesional de salud.

En algunos hospitales se han implementado sistemas electrónicos de expediente clínico, pero en muchas áreas, sobre todo en instituciones públicas, todavía predominan los registros en papel (Montes & Saldaña, 2022). Esto genera retos adicionales en el cumplimiento normativo, ya que el expediente manual requiere mayor cuidado para evitar tachaduras, ilegibilidad o pérdida de documentos, aspectos que también regula la NOM-004.

Finalmente, es importante reconocer que el cumplimiento normativo en los registros clínicos no es solo un tema legal, sino un elemento clave en la cultura de seguridad del paciente. Documentar correctamente refleja el compromiso de los profesionales con la atención de calidad, y es parte esencial de la ética del cuidado (Zúñiga & Corral, 2023). Por eso, más allá de cumplir con un requisito, el registro se debe entender como un acto de responsabilidad profesional y humana.

2.3 Calidad en los registros clínicos: conceptos y dimensiones

La calidad en los registros clínicos es un concepto que ha cobrado relevancia en el ámbito sanitario, especialmente en el área de enfermería, donde el registro detallado y exacto es una pieza clave para garantizar una atención segura y eficiente (Fernández & Salazar, 2022). Entender qué significa calidad en este contexto implica ir más allá de simplemente llenar un formato; es evaluar cómo cada entrada aporta valor real al cuidado del paciente y a la comunicación entre los profesionales.

En esencia, la calidad en los registros clínicos se puede definir como el grado en que la documentación cumple con los estándares necesarios para reflejar con precisión el estado y la evolución del paciente, además de los cuidados que se le han brindado (Ortiz & Luna, 2021). Esta definición implica que un registro clínico no sólo debe existir, sino que debe ser útil, accesible y confiable para todos los involucrados en el proceso de atención.

Uno de los primeros criterios que determinan la calidad es la completitud, que se refiere a que toda la información relevante esté registrada en el expediente sin omisiones significativas (Pérez & Salinas, 2023). Es fundamental que las anotaciones incluyan todos los aspectos relacionados con la atención de enfermería, desde la valoración inicial hasta la evolución y las intervenciones realizadas, evitando espacios en blanco o datos superficiales.

La completitud también garantiza que no se pierda información crucial para el

seguimiento clínico. Por ejemplo, si un cambio en los signos vitales no se registra, los demás profesionales pueden no detectar un deterioro a tiempo. Por eso, cada dato debe estar debidamente documentado, para que el expediente sea un reflejo fiel y detallado del proceso de atención (Mendoza & Torres, 2022).

La oportunidad es otro criterio indispensable para evaluar la calidad de los registros. Esto significa que la documentación debe realizarse en el momento más cercano a la atención o intervención, evitando anotaciones hechas horas o días después (Ramírez & Castellanos, 2021). La tardanza en el registro puede hacer que la información pierda precisión o se base en recuerdos que no reflejan exactamente lo sucedido.

Cuando un registro se realiza de manera oportuna, se reduce la posibilidad de errores y se facilita la toma de decisiones clínicas basadas en datos actualizados. La oportunidad también es vital para que los equipos que reciben la información puedan actuar con prontitud ante cambios en el estado del paciente (Vargas & Salcedo, 2023).

La claridad es un aspecto que muchas veces se subestima, pero que resulta crucial para la calidad del registro. La información debe estar redactada de forma comprensible, evitando ambigüedades, términos técnicos innecesarios o abreviaturas no estandarizadas que puedan inducir a errores (Alarcón & Bautista, 2022). Un registro confuso puede ser tan perjudicial como no tener registro.

Los profesionales de la salud deben esforzarse en redactar sus notas con un lenguaje claro y sencillo, que permita a cualquier miembro del equipo interpretar correctamente la información sin lugar a dudas. Esto favorece la comunicación interprofesional y la continuidad del cuidado (López & Cárdenas, 2022).

La veracidad es el criterio que asegura que los datos registrados correspondan exactamente con la realidad vivida en la atención al paciente. Esto implica evitar registros falsos, exageraciones o cualquier tipo de manipulación de la información

(Santos & Murillo, 2021). La ética profesional obliga a documentar únicamente lo que efectivamente ocurrió, para mantener la confianza en el sistema sanitario.

Cuando la veracidad se mantiene intacta, el registro clínico funciona como un testimonio fidedigno que respalda las decisiones clínicas, la gestión hospitalaria y también la defensa legal ante cualquier eventualidad (Pineda & Vargas, 2023). Por lo tanto, el respeto a este criterio es fundamental para preservar la integridad del proceso de atención.

Es importante señalar que estos criterios no actúan de manera aislada, sino que se relacionan entre sí para formar un conjunto que define la calidad global de la documentación clínica (Herrera & Molina, 2022). Por ejemplo, un registro completo, pero poco claro puede ser inútil; lo mismo sucede con un registro oportuno que carezca de veracidad.

El contexto en el que se generan los registros también influye en la percepción de calidad. Un ambiente de trabajo estresante o con sobrecarga puede afectar la precisión o el tiempo dedicado a la documentación, lo que lleva a registros incompletos o tardíos (Gómez & Rivas, 2023). Entender estas condiciones permite diseñar estrategias para mejorar la calidad en la práctica.

En este sentido, la capacitación continua del personal de enfermería es una estrategia fundamental para garantizar la calidad en la documentación. Aprender a redactar con precisión, entender la importancia de cada dato y conocer los estándares aplicables contribuye a elevar la calidad de los registros (Navarro & Ocampo, 2022).

Los avances tecnológicos también han impactado en los registros clínicos, ya que los sistemas electrónicos facilitan la estandarización y la disponibilidad de la información, contribuyendo a mejorar la completitud y oportunidad (Fernández & Salazar, 2022). Sin embargo, la tecnología no sustituye la responsabilidad del profesional de registrar con calidad.

La calidad en los registros clínicos es un elemento esencial para garantizar la seguridad y la continuidad del cuidado. Sus dimensiones –completitud, oportunidad, claridad y veracidad– deben integrarse y aplicarse de manera constante para que la documentación cumpla su función vital dentro del sistema de salud (Ortiz & Luna, 2021).

2.4 Factores que influyen en la calidad de los registros clínicos.

Uno de los principales factores que afecta la calidad de los registros clínicos en enfermería es la sobrecarga laboral. Cuando una enfermera debe atender a un número de pacientes superior al recomendado, la prioridad se centra en la atención directa, dejando en segundo plano la documentación (González & Lara, 2023). Esta realidad cotidiana no es un tema de falta de compromiso, sino de una distribución inadecuada del talento humano que impide realizar correctamente ambas tareas al mismo tiempo.

La cantidad de pacientes asignados a cada enfermera tiene un impacto directo en la calidad de la documentación. No es lo mismo cuidar de cuatro pacientes que de doce en un turno de ocho horas; los tiempos se acortan y las prioridades cambian (Molina & Vázquez, 2022). La presión por cumplir con tareas clínicas urgentes hace que los registros se posterguen o se realicen con menos detalle, afectando su utilidad para otros profesionales del equipo de salud.

Otro aspecto crítico es el tiempo real disponible para documentar. Las jornadas laborales suelen estar estructuradas con múltiples tareas, desde administración de medicamentos hasta cuidados especializados, lo que deja poco espacio para registrar adecuadamente las intervenciones realizadas (Paredes & Guzmán, 2021). Cuando el tiempo es escaso, se tiende a resumir o incluso omitir información relevante por el simple hecho de no contar con un momento adecuado para escribir.

La práctica de registrar al final del turno es común, pero riesgosa. Los detalles se olvidan o se confunden, especialmente cuando el profesional lleva horas sin

descanso (Sánchez & Ríos, 2023). Esto genera un registro menos preciso, donde la subjetividad o el cansancio pueden afectar la calidad de los datos. A veces se deja fuera información que parecía irrelevante en el momento, pero que resulta clave para el seguimiento del paciente.

La capacitación en documentación clínica es otro factor determinante. Muchos profesionales de enfermería no reciben formación continua sobre cómo registrar correctamente, lo que genera errores recurrentes (López & Beltrán, 2022). No basta con saber escribir; es necesario entender cómo se estructura un registro, qué elementos son indispensables y cómo describir situaciones clínicas de forma objetiva y clara.

En varias instituciones, los registros se realizan siguiendo formatos estandarizados, pero si el personal no ha sido capacitado para comprender su uso adecuado, los llenan de manera automática, sin un análisis real de la información (Morales & Chávez, 2021). Esto provoca que se llenen los campos por rutina, sin considerar si los datos consignados reflejan con exactitud lo sucedido en la práctica clínica.

La cultura organizacional también influye en la calidad de los registros clínicos. Si en un hospital se da prioridad a la cantidad de tareas cumplidas y no a la calidad del registro, los profesionales pueden percibir la documentación como un trámite burocrático (Torres & Nieto, 2023). Esta percepción genera desinterés y desvaloriza la importancia del registro como herramienta para la seguridad del paciente.

Los recursos tecnológicos son un apoyo, pero también un obstáculo si no están bien implementados. Algunos sistemas electrónicos son lentos, poco intuitivos o presentan fallas constantes, lo que desmotiva al personal a usarlos correctamente (Espinosa & Ramírez, 2022). Cuando esto ocurre, se tiende a registrar lo mínimo indispensable para avanzar rápido, sacrificando detalles importantes por falta de tiempo o por frustración ante el mal funcionamiento del sistema.

El ambiente físico donde se realizan los registros también tiene un peso importante. Si no hay espacios adecuados, como estaciones de trabajo cómodas o con privacidad, los registros se hacen en condiciones inapropiadas, incluso a pie de cama, lo que afecta la concentración y precisión (Castillo & Méndez, 2021). La ergonomía y el entorno son factores que rara vez se consideran, pero que impactan directamente en la calidad de la documentación.

La fatiga emocional es otro elemento a tomar en cuenta. El personal de enfermería está expuesto a situaciones de estrés constante, lo que puede provocar agotamiento y afectar tanto el cuidado como el registro (Aguilar & Ponce, 2022). Después de jornadas extenuantes, escribir de manera detallada y ordenada puede ser una tarea difícil, aunque se tenga la mejor intención de hacerlo correctamente.

En algunos casos, la falta de retroalimentación institucional sobre la calidad del registro hace que los errores se repitan. Cuando no hay revisiones periódicas o supervisión, los profesionales no conocen sus áreas de oportunidad y continúan documentando de la misma manera, sin recibir orientación para mejorar (Ramos & Salinas, 2023). Esto se convierte en un círculo vicioso donde la falta de corrección perpetúa las deficiencias.

Es importante considerar la percepción del propio profesional de enfermería sobre el valor del registro clínico. Si se logra comprender que el registro protege tanto al paciente como al propio profesional, se empieza a valorar de otra forma (Navarrete & Quintero, 2023). Cambiar esta visión requiere esfuerzo institucional, capacitación y un enfoque humano que promueva la documentación como parte integral del cuidado, no como una carga administrativa.

2.5 Impacto de los registros clínicos en la seguridad del paciente

Los registros clínicos son una herramienta clave para garantizar la seguridad del paciente, aunque a veces se les subestima. Cuando se documenta correctamente lo que se hace, lo que se observa y lo que se decide, se crea un respaldo que permite dar continuidad al cuidado de manera segura y ordenada (Reyes & Montero, 2022). Sin embargo, cuando los registros son incompletos, ambiguos o erróneos, se abre la puerta a malentendidos y omisiones que pueden desencadenar eventos adversos.

Una de las principales consecuencias de los registros deficientes es la aparición de errores en la atención. Por ejemplo, si no se anota la administración de un medicamento o se omite un cambio importante en la condición del paciente, el personal del siguiente turno puede repetir un tratamiento o no actuar ante una complicación (Cervantes & Huerta, 2021). Estos errores, muchas veces evitables, derivan de fallas en la comunicación clínica, en donde el registro es el medio más importante.

La literatura internacional ha documentado múltiples casos donde la falta de registros claros ha sido un factor determinante en incidentes graves, como la administración de dosis duplicadas o el olvido de procedimientos esenciales (Olvera & Castillo, 2022). No es exagerado decir que una nota mal escrita o incompleta puede ser la diferencia entre la vida y la muerte, sobre todo en contextos hospitalarios donde el tiempo y la información son críticos.

La seguridad del paciente depende en gran medida de la información disponible al momento de tomar decisiones clínicas. Los registros permiten al personal conocer antecedentes, procedimientos realizados, reacciones a tratamientos y cualquier evento relevante durante la estancia hospitalaria (Hernández & Soto, 2023). Cuando esta información no está correctamente documentada, se genera incertidumbre y se debilita la capacidad de actuar con seguridad.

La continuidad del cuidado es otro aspecto que se ve directamente afectado por la calidad de los registros. El personal de enfermería, por ejemplo, cambia de turno

varias veces al día, y el expediente es el único canal confiable para dar seguimiento a los cuidados proporcionados (Velasco & Paniagua, 2022). Si el registro es deficiente, el nuevo equipo de trabajo no sabrá con certeza qué se hizo o qué falta por hacer, aumentando el riesgo de errores u omisiones.

En el ámbito de los cuidados intensivos, donde cada minuto cuenta, la falta de registros claros puede provocar eventos críticos. Un ejemplo cotidiano es la omisión del reporte de un cambio en la presión arterial o en la frecuencia respiratoria, lo que retrasa la intervención oportuna (Delgado & Suárez, 2023). Los registros clínicos son, en este contexto, un recurso vital para la detección temprana de complicaciones.

La prevención de errores médicos no depende solo de la pericia técnica, sino también de la documentación adecuada. Si el equipo de salud no tiene acceso a un registro detallado, las decisiones clínicas se vuelven un riesgo calculado a ciegas (Ibáñez & Cabrera, 2023). Este escenario pone en peligro tanto al paciente como al personal, porque deja sin respaldo las acciones realizadas.

Los estudios sobre eventos adversos coinciden en que una parte importante de los incidentes se relacionan con fallas en la comunicación entre profesionales de la salud, y el registro clínico forma parte de esa comunicación (Jiménez & Bravo, 2022). Un documento mal elaborado puede provocar desde retrasos en tratamientos hasta diagnósticos erróneos por falta de antecedentes registrados.

La trazabilidad de la atención depende directamente de los registros clínicos. Cuando se produce un evento adverso, los registros son la fuente primaria para investigar qué sucedió y cómo se puede evitar en el futuro (Campos & Ordóñez, 2022). Si el expediente está incompleto, esa posibilidad se pierde, afectando la mejora continua de la atención médica.

En situaciones de alta demanda, como en urgencias o durante emergencias hospitalarias, el registro puede pasar a segundo plano, pero no debería. El registro oportuno y preciso ayuda a que el equipo trabaje de forma coordinada, evitando

duplicación de procedimientos o errores en la administración de tratamientos (Silva & Perales, 2023). Es un recurso de seguridad, no una mera obligación administrativa.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que fortalecer la calidad de los registros clínicos es una estrategia efectiva para mejorar la seguridad del paciente (OMS, 2019). Esta práctica no solo protege al paciente, sino que también resguarda al personal de enfermería y médico, ya que documentar correctamente brinda respaldo legal ante cualquier eventualidad (Fuentes & Carrillo, 2023).

Hay que entender que el registro clínico es un reflejo del cuidado brindado. Si los registros son de calidad, se asegura que el cuidado sea seguro, continuo y efectivo. Por el contrario, un expediente desordenado o incompleto pone en riesgo la salud del paciente y afecta la confianza en el sistema de atención (Paz & Ramírez, 2023). Por eso es necesario impulsar una cultura institucional que valore el registro como parte integral de la seguridad clínica.

2.6 Aspectos éticos y legales de la documentación en enfermería

La documentación en enfermería no es un simple trámite administrativo, es un acto profundamente ético que refleja el compromiso del profesional con la seguridad y bienestar del paciente (Marín & Solano, 2023). Cada vez que una enfermera escribe una nota clínica, está dejando constancia del cuidado brindado, lo que representa un compromiso no solo con el paciente, sino con la sociedad. Registrar es un acto de responsabilidad que permite demostrar el trabajo realizado y, sobre todo, garantiza la continuidad del cuidado.

Desde la perspectiva ética, omitir un registro o realizarlo de forma deficiente significa poner en riesgo al paciente y a otros profesionales de la salud, pues se limita la información necesaria para la correcta toma de decisiones (Camargo & Tello, 2022). El Código de Ética para Enfermería establece claramente la obligación de documentar los cuidados de manera veraz y oportuna, no solo por transparencia, sino por respeto a la vida y a la dignidad humana.

Cuando se piensa en el registro como una obligación profesional, es importante recordar que la enfermería se basa en principios de beneficencia y no maleficencia. Si no se documenta correctamente, se corre el riesgo de que el siguiente turno desconozca un cambio importante en el estado del paciente (Sáenz & Valverde, 2021). Esto puede generar errores en la atención, y esa omisión, aunque no haya sido malintencionada, se convierte en una falta ética grave.

La confidencialidad es otro aspecto ético fundamental en la documentación. Los registros clínicos contienen información privada y sensible que debe ser protegida con rigor (Beltrán & Palacios, 2023). No se trata solo de escribir correctamente, sino de asegurar que los datos estén resguardados conforme a las leyes de protección de datos personales. Esto implica cuidar el acceso a los expedientes y evitar comentarios inapropiados en espacios no autorizados.

En cuanto al marco legal, en México la NOM-004-SSA3-2012 establece los requisitos mínimos para el expediente clínico, y el incumplimiento puede derivar en sanciones administrativas, legales e incluso penales (Calderón & Murrieta, 2022). Si un profesional de enfermería omite información en el registro o altera un dato, puede enfrentarse a consecuencias que van desde amonestaciones hasta demandas por negligencia.

Con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; la hoja de enfermería debe elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico, y deberá contener como mínimo: hábitos exteriores, gráfica de signos vitales, administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía, procedimientos realizados y observaciones. (Díaz, 2023)

Los tribunales han determinado en varios casos que "lo que no está escrito, no ocurrió", lo que coloca al registro en el centro de la defensa legal del profesional (Velázquez & Ordóñez, 2021). Si ocurre un evento adverso y no existe evidencia en el

expediente de las acciones tomadas, la enfermera se encuentra en una situación de vulnerabilidad ante auditorías o procesos jurídicos.

La omisión en los registros puede considerarse un acto de negligencia profesional, sobre todo cuando el daño al paciente se relaciona directamente con la falta de información documentada (Barragán & Serrano, 2023). Por eso, las instituciones de salud deben promover una cultura de documentación responsable, donde se capacite al personal sobre las consecuencias legales de no registrar adecuadamente.

El registro completo protege al propio personal de enfermería. Ante una acusación o un malentendido, un expediente bien elaborado demuestra de forma objetiva las acciones realizadas y la atención proporcionada (Castro & Meneses, 2022). Esto no solo respalda al profesional, sino que ayuda a clarificar los hechos en situaciones donde haya versiones contradictorias entre familiares, médicos y personal de salud.

La ética de la documentación también implica ser honesto en el registro. Fabricar información o "rellenar" un expediente para cumplir con un requisito es una falta grave que puede tener consecuencias legales y éticas (Romero & Díaz, 2023). Cada anotación debe corresponder fielmente a lo que se realizó, sin inventar datos ni omitir complicaciones o incidentes, por incómodos que puedan resultar.

Registrar correctamente es una manera de proteger al paciente y al profesional de enfermería al mismo tiempo. La documentación adecuada previene problemas legales, pero sobre todo, garantiza un cuidado seguro y ético (Quintero & López, 2023). Por eso, la formación en documentación clínica debe ser un tema prioritario en los programas de actualización y educación continua.

2.7 Tecnología y registro clínico: desafíos en instituciones públicas.

La transición del registro manual al expediente electrónico representa uno de los cambios más complejos en los sistemas de salud pública. No se trata solo de digitalizar lo que antes se escribía a mano, sino de transformar la manera en que el personal de salud documenta, consulta y comparte información (López & Hernández, 2023). Este cambio, aunque positivo en términos de eficiencia, ha generado resistencias y dificultades en los hospitales públicos, donde el volumen de trabajo y la falta de recursos tecnológicos hacen más complicado el proceso.

En muchos hospitales de alta demanda, como sucede en los servicios de salud de la ciudad de México, la infraestructura tecnológica es limitada. Hay clínicas y hospitales donde los equipos son insuficientes, obsoletos o se descomponen con frecuencia, lo que genera interrupciones constantes en la documentación electrónica (Ruiz & Molina, 2022). Estas fallas provocan que el personal de enfermería y médico deba alternar entre el registro digital y el manual, generando confusión y pérdida de tiempo.

Uno de los problemas más reportados por el personal de salud es la lentitud de los sistemas informáticos. Cuando las computadoras tardan en arrancar o el software presenta fallas, los profesionales se ven obligados a buscar alternativas para cumplir con sus tareas, lo que en muchas ocasiones significa omitir parte de los registros o llenarlos después del turno (García & Castañeda, 2022). Esta situación, lejos de mejorar la calidad, puede incrementar los riesgos de errores en la atención.

La capacitación insuficiente también es un obstáculo importante en la implementación del expediente clínico electrónico. Aunque algunos cursos son impartidos de manera inicial, no siempre hay un seguimiento continuo para resolver dudas o actualizar conocimientos en el manejo de las plataformas digitales (Martínez & Robles, 2023). Esto genera inseguridad entre el personal, que teme cometer errores al usar los sistemas tecnológicos, lo que a veces deriva en registros incompletos o mal documentados.

El diseño de algunos sistemas de registro electrónico no siempre es amigable. Hay formatos que no se adaptan a la realidad del trabajo clínico, con campos rígidos o preguntas poco pertinentes, lo que obliga al personal a escribir información redundante o a omitir detalles importantes (Pérez & Salgado, 2023). Esta rigidez tecnológica impide un registro clínico fluido y adecuado a las necesidades del servicio, especialmente en áreas de alta rotación de pacientes.

En contextos de saturación hospitalaria, como los servicios de urgencias o terapia intensiva, el tiempo disponible para documentar es mínimo. Si el sistema electrónico es lento o presenta fallas, los profesionales prefieren priorizar la atención directa y relegan el registro, lo que impacta en la continuidad de los cuidados (Carranza & Vargas, 2022). Esta dinámica genera un dilema ético y práctico, donde se sacrifica el registro por atender al paciente de manera inmediata.

Por otro lado, el expediente electrónico también implica un riesgo en cuanto a la seguridad de la información. Si bien se supone que estos sistemas son más seguros que los expedientes físicos, en la práctica muchos hospitales no cuentan con protocolos sólidos de ciberseguridad, lo que expone los datos a pérdidas o accesos no autorizados (Roldán & Méndez, 2023). Esto puede afectar la confidencialidad de la información del paciente, un tema delicado y prioritario.

La resistencia al cambio es otro factor que influye en el éxito o fracaso de la transición tecnológica en el ámbito de la salud pública. Muchos profesionales de enfermería y medicina, especialmente los de mayor antigüedad, se sienten más cómodos con el registro en papel y ven al expediente electrónico como una carga adicional (Sandoval & Olivares, 2023). Esta percepción puede generar rechazo y desmotivación, afectando la calidad del registro y, por ende, la seguridad del paciente.

A pesar de estos desafíos, la tecnología en los registros clínicos es un paso necesario hacia una atención más organizada y segura. Sin embargo, su implementación debe ir acompañada de recursos adecuados, capacitación continua y mejoras en la infraestructura tecnológica (Luna & Chávez, 2023). De lo contrario, el

expediente electrónico corre el riesgo de convertirse en un obstáculo más en lugar de una herramienta útil, especialmente en los hospitales públicos donde la demanda siempre supera la capacidad instalada.

2.8 Antecedentes de estudios de calidad documental en enfermería

En los últimos años, diversos estudios han explorado la calidad de los registros clínicos en enfermería, sobre todo en hospitales públicos, donde las condiciones laborales suelen ser más complejas. Uno de los trabajos pioneros fue realizado por Rivera y Salgado (2020), quienes identificaron que un porcentaje importante de las notas de enfermería carecían de información esencial sobre la evolución del paciente. Los autores encontraron que la falta de tiempo y el exceso de carga asistencial son las causas más frecuentes de esta deficiencia, situación que sigue siendo un desafío en la actualidad.

Otro estudio realizado en un hospital del sistema de salud pública en Chiapas reveló que las notas clínicas frecuentemente presentan errores de secuencia cronológica y omisiones relevantes, como el registro de signos vitales en horarios establecidos (Pérez & Contreras, 2021). Este tipo de errores pone en riesgo la seguridad del paciente y obstaculiza la toma de decisiones clínicas. Además, los investigadores señalaron que no existía un protocolo institucional claro sobre cómo debía hacerse la documentación, lo que generaba inconsistencias en los registros.

En hospitales de la Ciudad de México, un análisis sobre calidad documental mostró que el 62% de las notas de enfermería presentaban problemas de legibilidad o uso incorrecto de abreviaturas (Larios & Mendoza, 2022). Este hallazgo es preocupante porque dificulta la interpretación por parte del equipo multidisciplinario, lo que puede derivar en errores en el tratamiento o seguimiento del paciente. La falta de un estándar homogéneo para el lenguaje escrito en los registros también fue identificada como un área crítica de mejora.

Un estudio realizado en el Hospital Civil de Guadalajara documentó que muchos profesionales de enfermería no registran intervenciones específicas, como cambios de posición o cuidado de sondas, porque consideran estas tareas rutinarias (Fernández & Soto, 2020). Este comportamiento deriva en un expediente incompleto que no refleja la totalidad de los cuidados brindados. La omisión de estas actividades afecta tanto al paciente, al aumentar el riesgo de complicaciones, como al profesional, al quedar sin evidencia escrita de su trabajo.

La literatura también reporta que los errores en la documentación pueden estar relacionados con la escasa formación en el área de registros clínicos. En un estudio hecho en hospitales del IMSS, se observó que la mayoría del personal de enfermería no había recibido capacitación formal sobre el correcto llenado de notas clínicas desde su formación inicial (Gutiérrez & Esquivel, 2021). La falta de actualización en esta área genera prácticas inadecuadas que se perpetúan en el tiempo, afectando la calidad del expediente clínico.

Algunos trabajos recientes han explorado estrategias para mejorar la calidad de los registros. Un ejemplo es la implementación de auditorías internas, donde se revisan expedientes de manera periódica y se retroalimenta al personal de forma constructiva (Ramírez & Pineda, 2023). Estas auditorías han demostrado ser útiles para detectar patrones de error y generar un cambio en la cultura organizacional, logrando mejorar significativamente la calidad de los registros en los servicios de enfermería.

La incorporación de talleres de sensibilización y simulación también ha sido una estrategia efectiva en hospitales públicos de Jalisco. A través de prácticas en escenarios clínicos simulados, los profesionales aprenden a registrar de manera más completa y coherente (Navarro & Lozano, 2022). Esta metodología permite reforzar la importancia del registro clínico no solo como una obligación administrativa, sino como una herramienta de comunicación y respaldo legal.

En algunas instituciones, la creación de formatos estandarizados personalizados ha ayudado a reducir los errores en la documentación. Por ejemplo, en

un estudio realizado en hospitales de Veracruz se rediseñaron los formatos de notas de enfermería, adaptándolos a las necesidades reales de los servicios hospitalarios (Delgado & Arenas, 2021). Esto facilitó el registro de información clave sin saturar al personal con datos innecesarios, mejorando la calidad y la oportunidad en la documentación.

Los antecedentes revisados dejan claro que el problema de la calidad documental en enfermería no es un asunto aislado, sino una preocupación constante en el sistema de salud pública. Los hallazgos coinciden en señalar la sobrecarga laboral, la falta de capacitación y la ausencia de políticas claras como los principales factores que afectan la calidad de los registros (Camacho & Villanueva, 2023). Sin embargo, también es evidente que con estrategias adecuadas y un cambio cultural, es posible mejorar esta práctica esencial para la seguridad y el bienestar de los pacientes.

Capítulo III. Metodología

3.1 Generalidades de la metodología y enfoque

El análisis de la calidad en los registros clínicos de enfermería no se puede hacer a la ligera. Requiere un método claro, estructurado, pero sobre todo adaptado a la realidad cotidiana del personal que trabaja en un hospital público como el General Balbuena. La metodología de este caso práctico no es un trámite académico; es la herramienta que permitirá entender por qué se documenta de cierta manera, qué obstáculos hay y cómo se podrían mejorar esos procesos. Cada paso de este método fue pensado para reflejar lo que realmente sucede en los pasillos, consultorios y estaciones de enfermería del hospital.

El proceso metodológico diseñado combina diferentes formas de recolectar información. No basta con contar cuántas notas están incompletas o mal redactadas. También es necesario escuchar a quienes llenan esas notas día tras día, en medio de jornadas largas, múltiples pacientes y recursos limitados. Por eso, este estudio no se centra únicamente en cifras; busca integrar tanto datos duros como testimonios, experiencias y reflexiones del personal de enfermería que está en la primera línea de la atención hospitalaria.

Una de las decisiones clave fue optar por un enfoque mixto. Esto quiere decir que se van a usar tanto métodos cuantitativos como cualitativos. La idea no es solo medir porcentajes o identificar tendencias estadísticas, sino también conocer cómo se siente y qué piensa el personal respecto a la documentación clínica. Así se puede tener una visión más completa del problema, sin reducirlo a simples números.

El componente cuantitativo del estudio consistirá en revisar expedientes clínicos reales del Hospital General Balbuena. Se analizarán las notas de enfermería con base en los criterios oficiales: si están completas, si son claras, si se hicieron a tiempo y si contienen información veraz. Esto permitirá tener un diagnóstico preciso del nivel de calidad actual en los registros. Se podrá ver si hay diferencias entre turnos o servicios,

algo muy probable, dado que la carga de trabajo varía mucho en cada área.

La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de mayo y junio de 2025, utilizando un instrumento integrado por diez indicadores clave para evaluar la calidad de los registros en cada una de las fases del plan de cuidados de enfermería, fundamentado en evidencia científica. Dichos indicadores permitieron analizar: la identificación completa de los datos de la persona, la valoración integral, la detección de riesgos mediante escalas estandarizadas, la formulación de diagnósticos de enfermería, el establecimiento de objetivos o resultados esperados, la evaluación de la evolución del paciente en relación con el plan de cuidados e intervenciones, la continuidad del plan de cuidados por día y por turno, la elaboración del plan de alta al egreso, así como la calidad de las notas y registros clínicos conforme a lo estipulado en la NOM-004-SSA1-2014 sobre el expediente clínico.

Estos indicadores están alineados con los criterios establecidos en el documento Lineamiento para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería, emitido en agosto de 2012 por la Dirección General de Enfermería y la Comisión Permanente de Enfermería a nivel nacional.

En cuanto a la población de estudio, se considerará al personal de enfermería que trabaja directamente en la atención de pacientes en distintas áreas del hospital. No se pretende incluir a todos, sino a una muestra representativa que permita observar distintas realidades dentro del mismo hospital: enfermería de piso, urgencias, terapia intensiva, etc. De esta manera, se podrá identificar si el problema de los registros se presenta de la misma forma en todos los servicios o si hay diferencias significativas.

3.2 Población y muestra

En el Hospital General Balbuena, el área de enfermería está conformada por aproximadamente 350 personas, entre personal de base y eventual. Este grupo incluye enfermeras generales, especialistas, auxiliares de enfermería y jefaturas de turno. Todos ellos participan, en mayor o menor medida, en la elaboración de registros

clínicos, desde las notas de evolución hasta los reportes de signos vitales y procedimientos. Por lo tanto, la población objetivo del estudio está conformada por estos 350 profesionales, ya que son quienes tienen contacto directo con el proceso de documentación clínica en la atención hospitalaria.

Sin embargo, analizar la totalidad de la población no es viable en términos de tiempo y recursos, sobre todo considerando que el personal trabaja en diferentes turnos y servicios. Además, muchos de ellos rotan entre áreas o tienen asignaciones específicas que dificultan su acceso simultáneo al proceso de investigación. Por esa razón, se requiere trabajar con una muestra representativa, es decir, con un grupo suficientemente grande y diverso que permita generalizar los resultados sin necesidad de incluir a todas las personas.

El cálculo de la muestra se realizó utilizando la fórmula estadística para poblaciones finitas, dado que el número total de personas está claramente delimitado. La fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{(e^2 \times (N - 1)) + (Z^2 \times p \times q)}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño total de la población (en este caso, 350 enfermeras y enfermeros)

Z = valor de la distribución normal estándar, que depende del nivel de confianza (para un 95% de confianza, Z = 1.96)

p = probabilidad de ocurrencia del fenómeno (se usa 0.5 cuando no se conoce, porque da el tamaño de muestra más conservador)

q = 1 - p (es decir, 0.5)

e = margen de error permitido (en este caso, se elige un 5%, es decir, 0.05)

Sustituyendo los valores:

$$n = \frac{350 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (350 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{350 \times 3.8416 \times 0.25}{(0.0025 \times 349) + (3.8416 \times 0.25)}$$

$$n = \frac{336.14}{1.8329} \approx 183.3$$

El tamaño de la muestra es de 183 personas, pero por precaución se redondea hacia arriba, quedando en 184 enfermeras y enfermeros.

3.3 Instrumentos cuantitativos

Para complementar el análisis de la calidad en los registros clínicos de enfermería en el Hospital General Balbuena, se diseñó y aplicó una encuesta dirigida al personal de enfermería operativo, con el objetivo de conocer de manera directa su experiencia y percepción sobre el proceso de documentación clínica (Cuadro 1).

Este instrumento se compone de preguntas de opción múltiple que abordan aspectos como el tiempo disponible para registrar, la frecuencia de capacitación recibida, la facilidad o dificultad del llenado, y las consecuencias percibidas de un registro deficiente. La encuesta fue aplicada a una muestra de 184 profesionales de enfermería de distintos turnos y áreas, buscando representar la diversidad del trabajo hospitalario. Además, se incluyó un espacio para comentarios libres, con el fin de capturar inquietudes o sugerencias adicionales. La información recolectada será procesada de manera confidencial y contribuirá a identificar patrones y problemas recurrentes, así como a proponer estrategias realistas para mejorar la calidad de la documentación clínica, garantizando un análisis integral que tome en cuenta tanto los datos cuantificables como las voces del personal.

En el segundo instrumento cuantitativo se auditaron 270 hojas de enfermería el cual se evaluaron de acuerdo al indicador de notas y registros clínicos de enfermería, emitido por la Comisión Permanente de Enfermería. (cuadro 2)

Los formatos de registros clínicos, deben partir de la investigación disciplinar, vinculando el método enfermero y la integración taxonómica, de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcome Classification (NOC) y Nursing Intervention Classification (NIC), para poder estandarizar el lenguaje y posteriormente el cuidado de enfermería.

La Secretaria de Salud a través de la Comisión Permanente de Enfermería en el 2011, emitió los lineamientos para la implementación de los planes de cuidados con base en el proceso enfermero y siguiendo el método científico, para ello estandariza el sistema de registro del proceso de atención de enfermería (PAE) y la evaluación de los registros clínicos de la disciplina en el 2013, vinculando a este lenguaje y con ello el cuidado enfermero en todo el proceso de atención, siendo una óptima defensa ante juicios y demandas legales. (Damitila Torres G, 2021)

Los datos fueron procesados por medio de herramientas tecnológicas. (Excel)

Cuadro 1.

Encuesta.

Encuesta: Calidad en los Registros Clínicos de Enfermería en el Hospital General Balbuena

Instrucciones: Por favor responde las siguientes preguntas marcando la opción que mejor refleje tu experiencia. No hay respuestas correctas o incorrectas. Tu participación es confidencial y anónima.

Sección 1: Datos Generales

1.- Turno en el que trabajas habitualmente:

- a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Roto o mixto

2.- Área o servicio donde laboras actualmente:

- a) Hospitalización General b) Urgencias c) Cirugía
d) Medicina Interna e) Terapia Intensiva f) Pediatría
g) Otro (especifica) _____

3.- Tiempo de experiencia en enfermería:

- a) Menos de 1 año b) De 1 a 5 años
c) De 6 a 10 años d) Más de 10 años

4.- Puesto actual:

- a) Enfermera General b) Enfermera Especialista
c) Enfermera Jefe de Piso o Turno d) Auxiliar de Enfermería

Sección 2: Calidad en los Registros Clínicos

5.- ¿Con qué frecuencia consideras que los registros clínicos se llenan de forma completa en tu área?

- a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Casi nunca e) Nunca

6.- ¿Qué tan fácil te resulta llenar correctamente las notas y registros clínicos?

- a) Muy fácil b) Algo fácil c) Difícil d) Muy difícil

7.- Cuando haces un registro, ¿sueles contar con el tiempo suficiente para hacerlo correctamente?

- a) Siempre b) La mayoría de las veces c) A veces
- d) Rara vez e) Nunca

8.- ¿Consideras que el formato actual de notas de enfermería es adecuado y práctico?

- a) Sí, es adecuado b) Es regular, podría mejorar
- c) No, es complicado y poco práctico

9.- ¿Con qué frecuencia recibes capacitación sobre cómo llenar correctamente los registros clínicos?

- a) Cada seis meses o menos b) Una vez al año
- c) Hace más de un año d) Nunca he recibido capacitación

10.- En tu experiencia, ¿los errores en los registros clínicos han generado algún problema en la atención al paciente?

- a) Sí, en varias ocasiones b) Sí, pero muy pocas veces
- c) No, nunca he visto que cause un problema d) No sé / Prefiero no responder

11.- ¿Qué factor crees que más afecta la calidad del llenado de registros?

- a) Sobrecarga de trabajo b) Falta de tiempo
- c) Desconocimiento o falta de capacitación d) Falta de interés o rutina automática
- e) Problemas con el formato o el sistema

12.- ¿Consideras que la supervisión sobre el llenado de registros en tu área es adecuada?

- a) Sí, es constante y correcta b) Es moderada
- c) Es escasa o casi nula d) No existe supervisión

13.- ¿Te gustaría recibir más capacitación o actualización sobre el llenado de registros clínicos?

- a) Sí, me interesa mucho b) Sí, pero no es mi prioridad
- c) No, considero que no es necesario

14.- ¿Estás de acuerdo con que mejorar la calidad de los registros clínicos puede contribuir a la seguridad del paciente?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) En desacuerdo
- d) Totalmente en desacuerdo

15.- ¿Te gustaría participar en futuras propuestas o comités para mejorar los procesos de documentación clínica?

- a) Sí, me interesa colaborar
- b) Tal vez, depende de los tiempos y condiciones
- c) No, prefiero no participar

Fuente : Elaboración propia .

3.4 Indicador de notas y registros clínicos de enfermería.

El indicador de registros clínicos y notas de enfermería, es un compuesto de ítems dirigidos a evaluar la implementación de los planes de cuidados con intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica a través de la aplicación de estándares que indiquen el cumplimiento de la manera más objetiva posible, con la aplicación de solamente 10 ítems previamente establecidos con la finalidad mejorar la calidad de la documentación de dicho plan de cuidados (Cuadro 2). La tabla con los resultados se encuentra en el anexo 1.

Cuadro 2. Formato de recolección de datos

[illegible]

Fuente: Lineamiento para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería”, emitido en agosto del 2012 a nivel nacional por la Dirección de Enfermería y la Comisión Permanente de Enfermería.

3.5 Instrumento cualitativo.

Para profundizar en el análisis sobre la calidad de los registros clínicos de enfermería en el Hospital General Balbuena, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 10 jefes y coordinadores de enfermería que representan diversos servicios y turnos dentro del hospital. Estas entrevistas permitieron recoger información cualitativa valiosa desde la perspectiva de quienes supervisan y gestionan directamente los procesos de documentación clínica, aportando una visión integral sobre los factores que influyen en la calidad del registro, las dificultades enfrentadas por el personal y las estrategias implementadas para mejorar la práctica documental. Este enfoque cualitativo complementa los datos cuantitativos obtenidos en la encuesta y brinda una comprensión más profunda del fenómeno estudiado. Cuadro 3.

Cuadro 3. Entrevista

Entrevista a Jefes y Coordinadores de Enfermería

Tema: Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería en el Hospital General Balbuena

Instrucciones:

Esta entrevista es de carácter confidencial y tiene como propósito conocer su perspectiva sobre los procesos de documentación clínica en enfermería. No se evaluará su desempeño ni se juzgarán las respuestas. Buscamos comprender mejor la situación actual y encontrar áreas de oportunidad.

Guía de preguntas

- 1.- Desde su experiencia, ¿cómo describiría la calidad actual de los registros clínicos de enfermería en su servicio?
- 2.- ¿Qué factores considera que afectan directamente la calidad del llenado de los registros?
- 3.- ¿Cómo se supervisa actualmente el llenado de notas de enfermería en su área?
¿Existe algún procedimiento o revisión formal?
- 4.- ¿Cree que el formato actual para el registro clínico es adecuado y funcional para el personal? ¿Qué sugerencias haría para mejorarlo?
- 5.- ¿Considera que el personal de enfermería tiene el tiempo suficiente durante el turno para realizar los registros con calidad? ¿Qué obstáculos lo impiden?
- 6.- En su área, ¿cada cuánto tiempo se ofrece capacitación o actualización en documentación clínica? ¿Considera que es suficiente?

7.- ¿Ha presenciado o tiene conocimiento de algún caso en el que un registro deficiente haya generado un problema en la atención al paciente?

8.- ¿Cómo maneja su equipo la transición entre turnos en cuanto a la documentación?
¿Se realizan revisiones conjuntas o se deja al criterio de cada enfermero?

9.- Desde su posición, ¿qué estrategias propondría para mejorar la calidad de los registros clínicos en el hospital?

10.- ¿Desea agregar algún comentario, sugerencia o experiencia relacionada con los registros clínicos que considere importante compartir?

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo IV. Resultados

4.1 Resultados de las encuestas

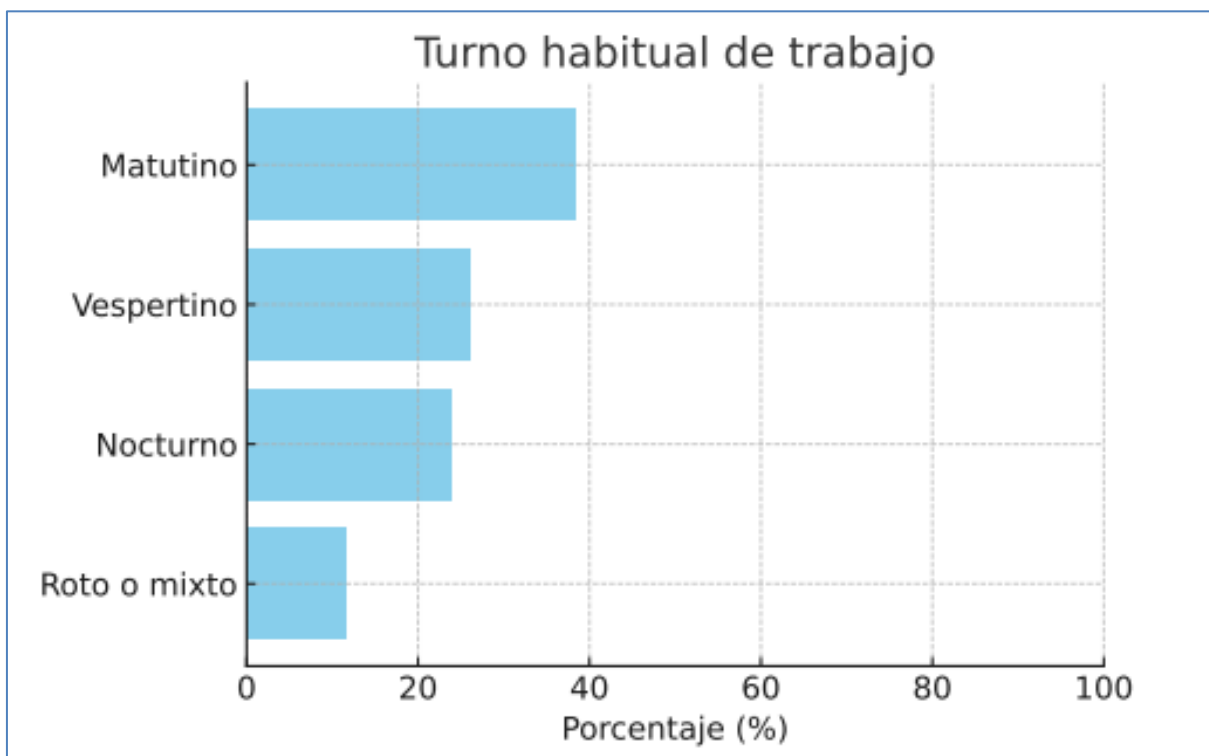
Resultados de la Encuesta Aplicada al Personal de Enfermería (n=184)

Turno habitual de trabajo

La mayor parte del personal encuestado trabaja en el turno matutino (38.5%), seguido por el vespertino (26.1%) y el nocturno (23.9%). El porcentaje restante (11.5%) corresponde a turnos rotativos o mixtos. Esta distribución sugiere que las labores asistenciales están concentradas principalmente por la mañana, lo cual podría implicar una mayor carga administrativa o de registros durante ese horario. La existencia de un porcentaje importante en turnos vespertinos y nocturnos obliga a considerar estrategias diferenciadas para la gestión documental en cada franja horaria (Gráfica 1).

Gráfica 1.

Turno habitual de trabajo



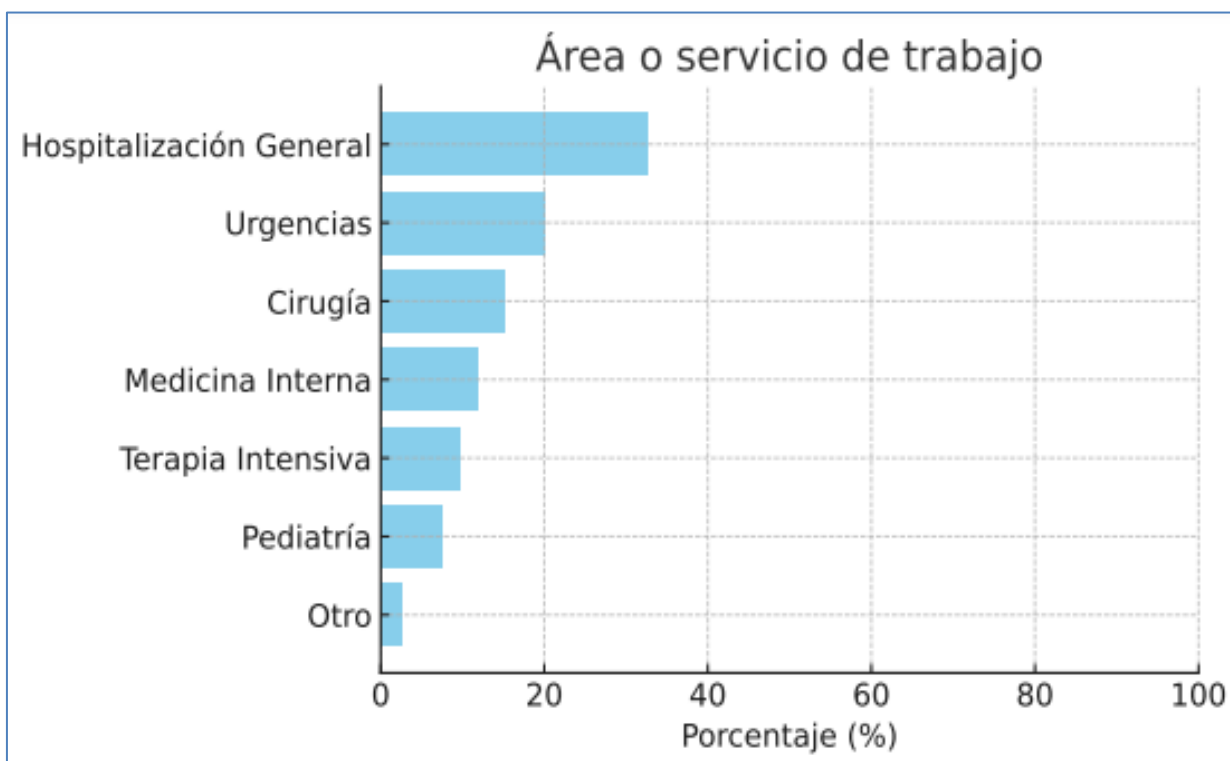
Fuente: Elaboración propia.

Área o servicio de trabajo

Hospitalización General es el área donde labora el 32.6% del personal, seguida por Urgencias (20.1%) y Cirugía (15.2%). El resto se distribuye entre Medicina Interna, Terapia Intensiva, Pediatría y otros. Este dato permite identificar en qué espacios se concentra el mayor flujo de atención y, por lo tanto, dónde es prioritario fortalecer la calidad de los registros clínicos (Gráfica 2).

Gráfica 2.

Área o servicio de trabajo.



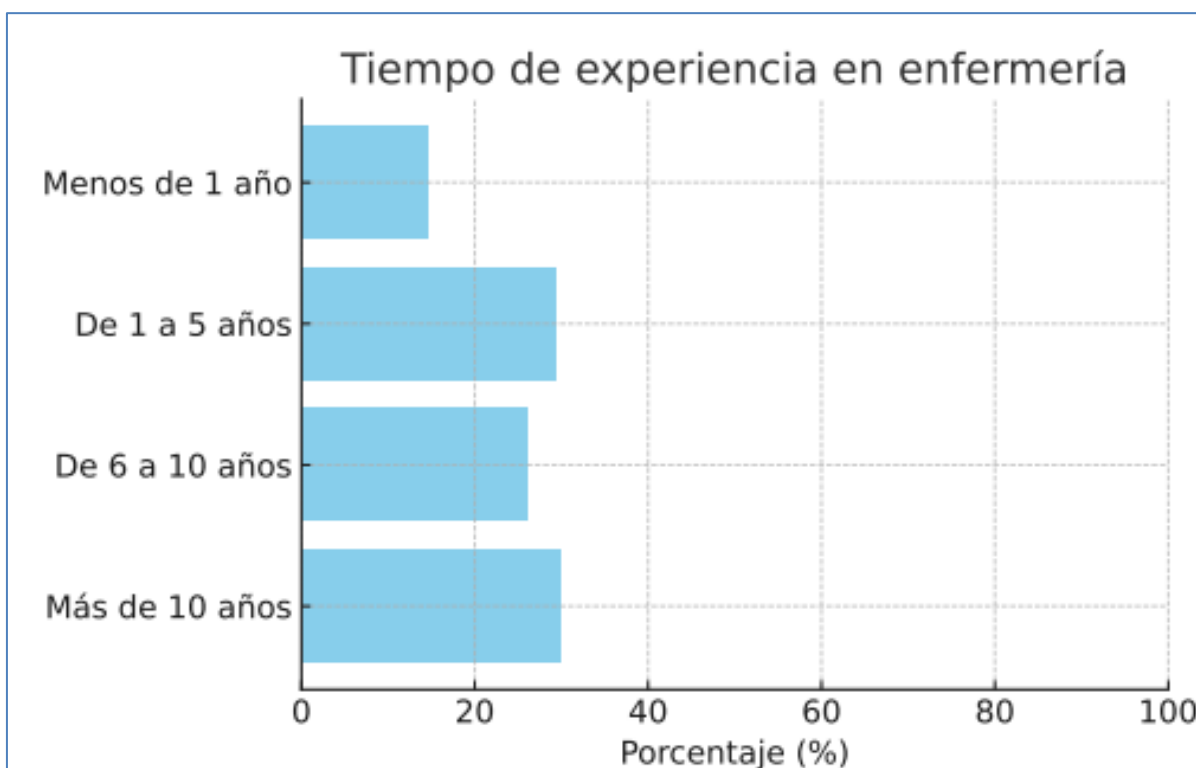
Fuente: Elaboración propia.

Tiempo de experiencia en enfermería

Se observa una distribución equilibrada entre quienes tienen entre 1 y 5 años (29.3%), entre 6 y 10 años (26.1%) y más de 10 años (29.9%), con un 14.7% que apenas inicia su carrera. Esta diversidad de experiencia puede enriquecer el trabajo en equipo, aunque también representa un reto en cuanto a la capacitación, ya que hay que atender distintas necesidades de aprendizaje (Gráfica 3).

Gráfica 3.

Tiempo de experiencia en enfermería.



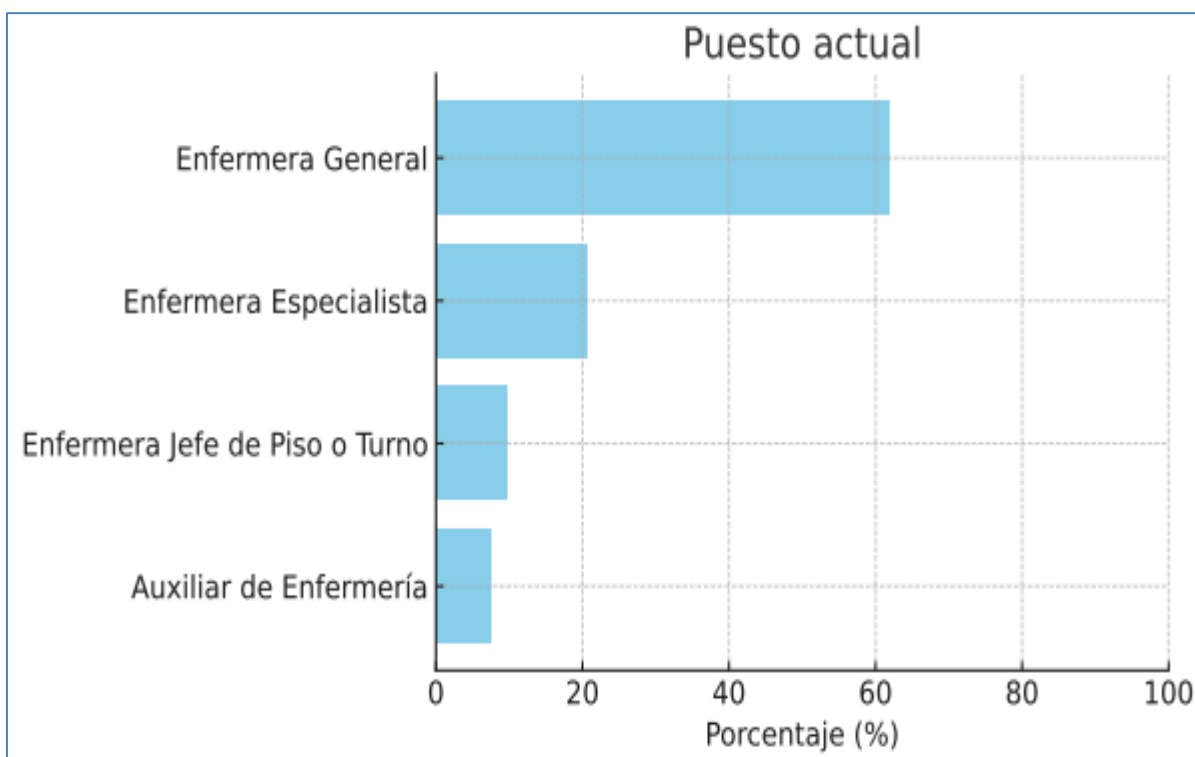
Fuente: Elaboración propia.

Puesto actual

La mayoría del personal son enfermeras generales (62.0%), seguidas por enfermeras especialistas (20.6%) y jefas de turno (9.8%). Solo el 7.6% son auxiliares. Esta composición indica una fuerza laboral predominantemente operativa, lo que puede influir en la forma en que se priorizan las tareas de registro y en la necesidad de fortalecer liderazgos intermedios para garantizar la calidad del llenado (Gráfica 4).

Gráfica 4.

Puesto actual.



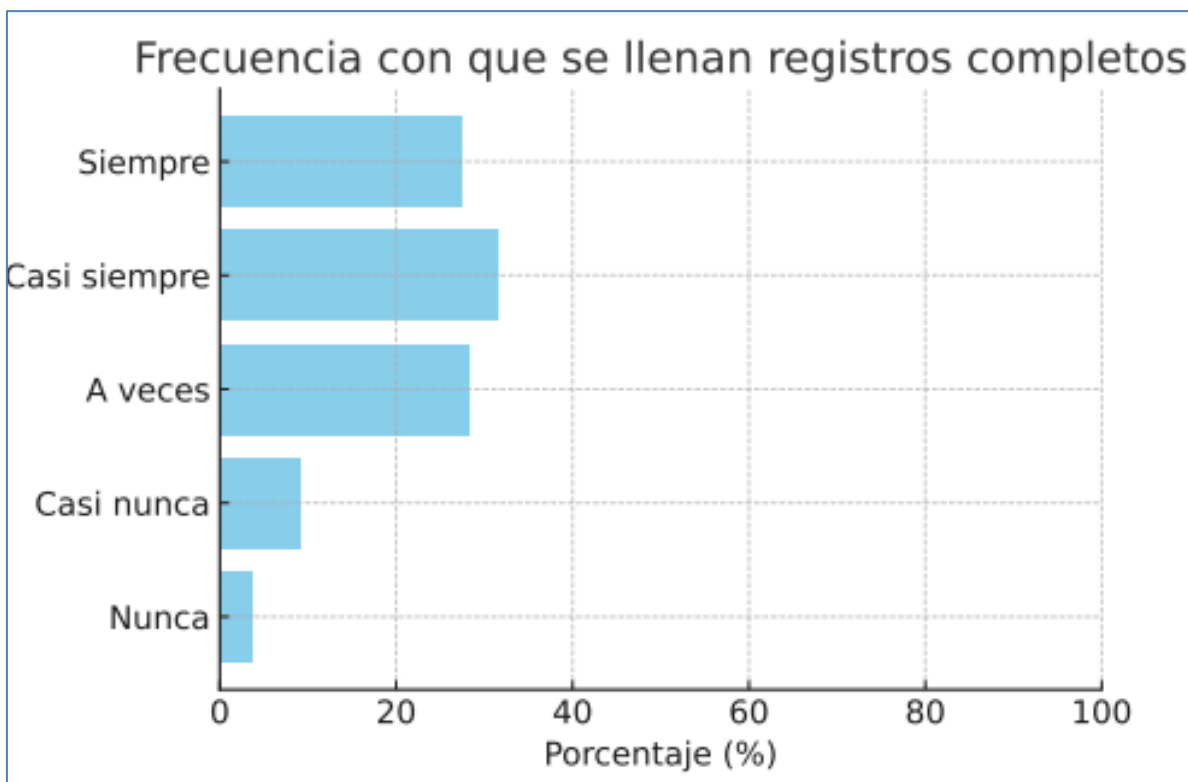
Fuente: Elaboración propia.

Frecuencia con que se llenan registros completos

Aunque el 27.4% indica que "siempre" los completa y el 31.5% "casi siempre", aún hay un 28.3% que solo lo hace "a veces". Esto revela una oportunidad de mejora importante, especialmente si se considera que un 12.8% admite no completarlos o hacerlo rara vez. Se requieren intervenciones para elevar el compromiso y la constancia en esta tarea (Gráfica 5).

Gráfica 5.

Frecuencia con que se llenan registros completos.



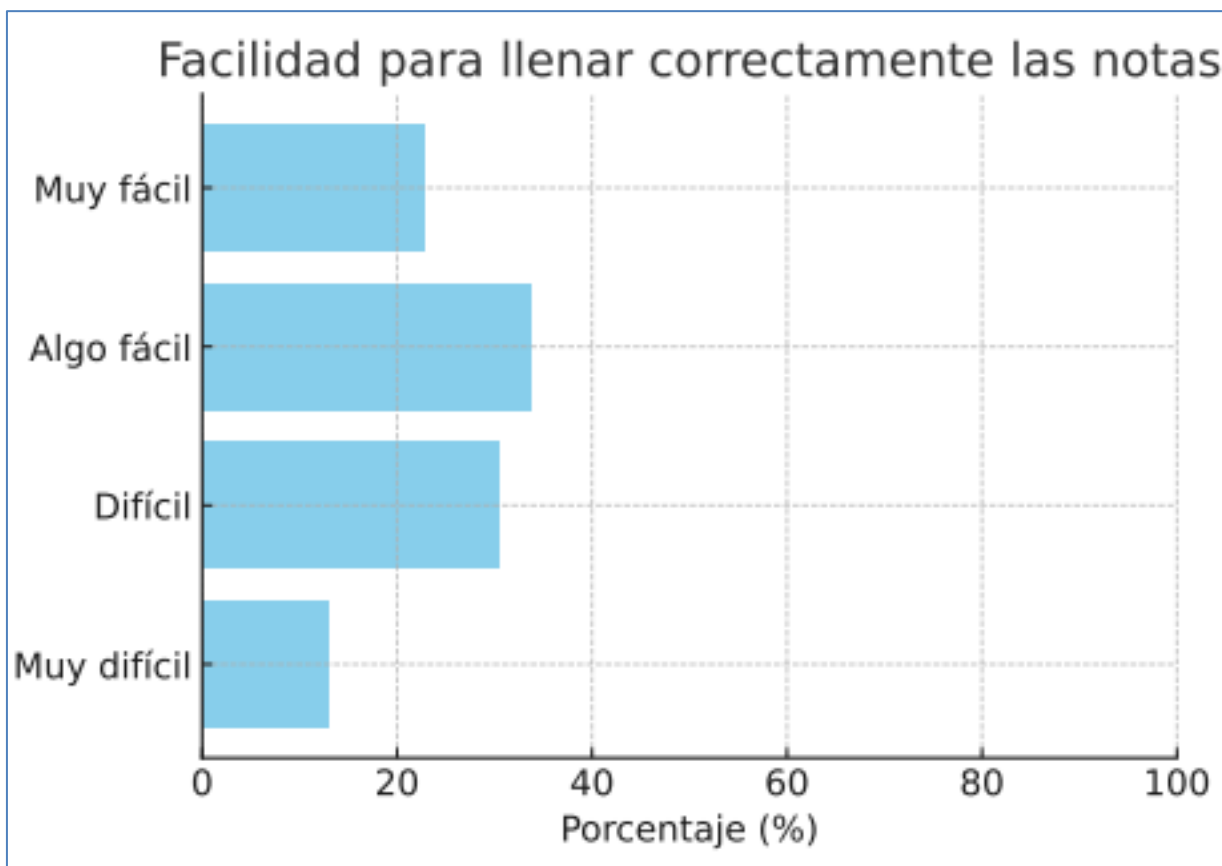
Fuente: Elaboración propia.

Facilidad para llenar correctamente las notas

Solo un 22.8% considera que es muy fácil y un 33.7% que es algo fácil, mientras que el 43.5% restante lo encuentra difícil o muy difícil. Esto indica que prácticamente la mitad del personal enfrenta barreras para completar correctamente las notas, lo cual podría estar asociado a la complejidad del formato o la carga de trabajo (Gráfica 6).

Gráfica 6.

Facilidad para llenar correctamente las notas.



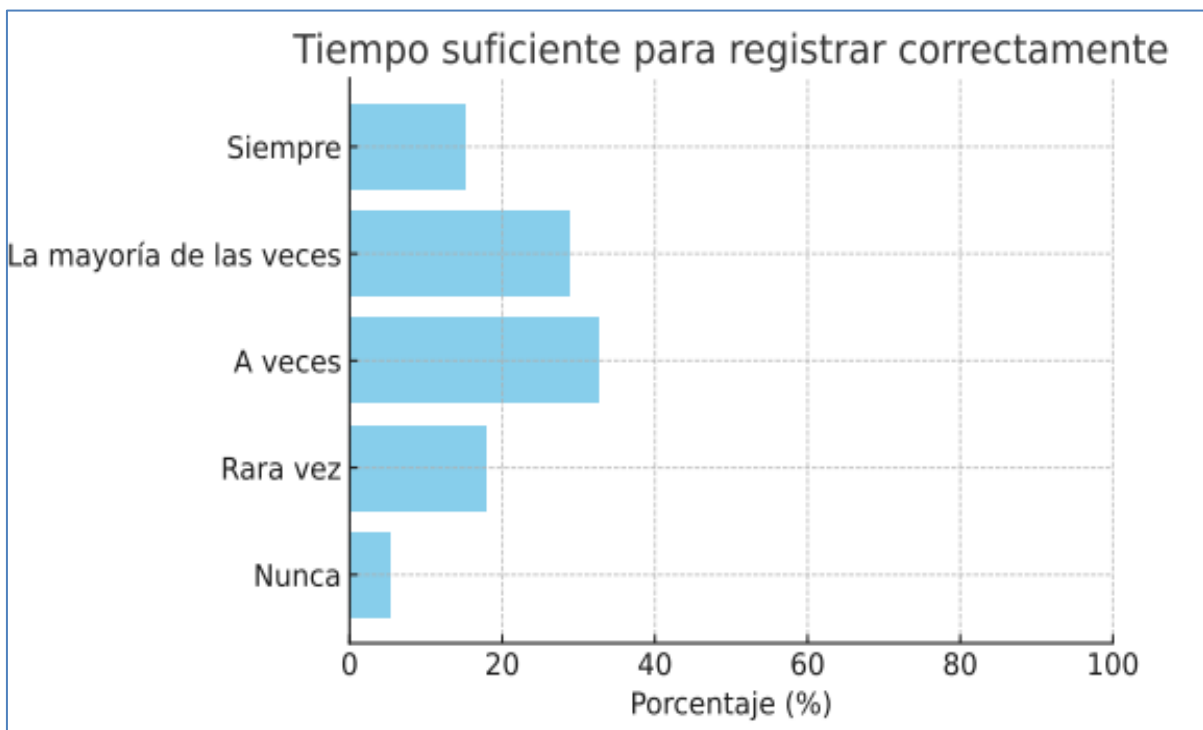
Fuente: Elaboración propia.

Tiempo suficiente para registrar correctamente

Apenas el 15.2% afirma que siempre cuenta con tiempo suficiente, mientras que el 32.6% indica que solo a veces lo tiene. Esta falta de tiempo puede estar afectando directamente la calidad del llenado y la veracidad de los registros, ya que el 23.3% declara que rara vez o nunca tiene tiempo para hacerlo bien (Gráfica 7).

Gráfica 7.

Tiempo suficiente para registrar correctamente.



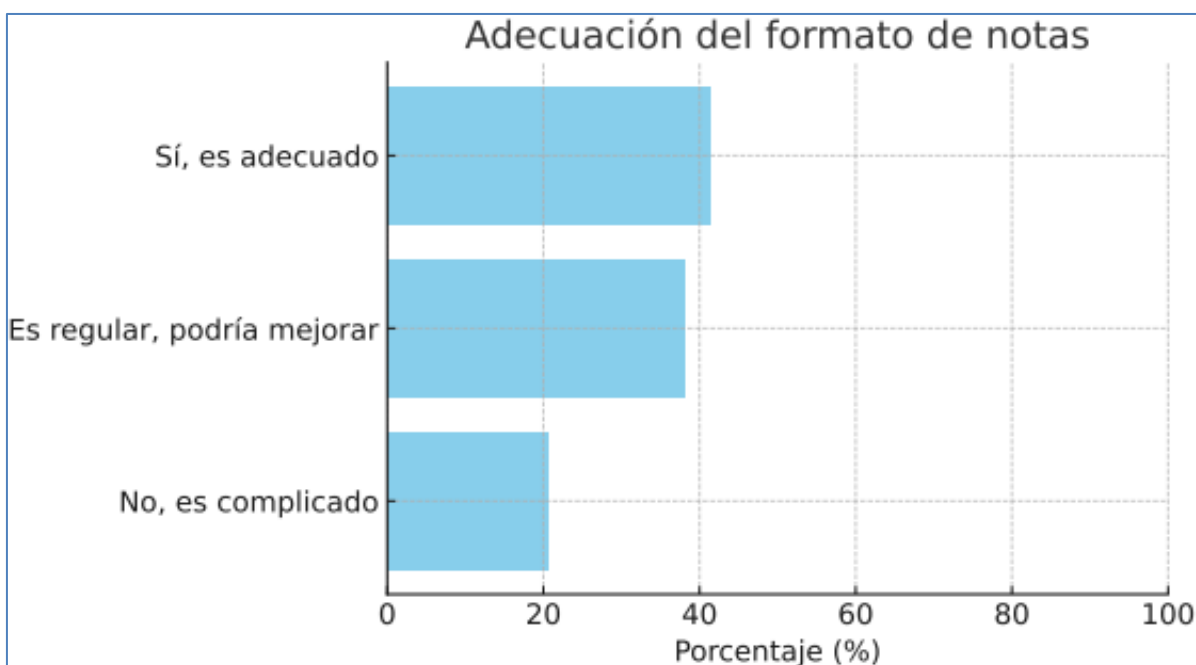
Fuente: Elaboración propia.

Adecuación del formato de notas

Un 41.3% considera que el formato es adecuado, pero un 38% piensa que podría mejorar y un 20.7% lo encuentra complicado. La percepción de dificultad por parte de casi la quinta parte del personal evidencia que es necesario revisar y optimizar el diseño del formato para hacerlo más funcional (Gráfica 8).

Gráfica 8.

Adecuación del formato de notas.



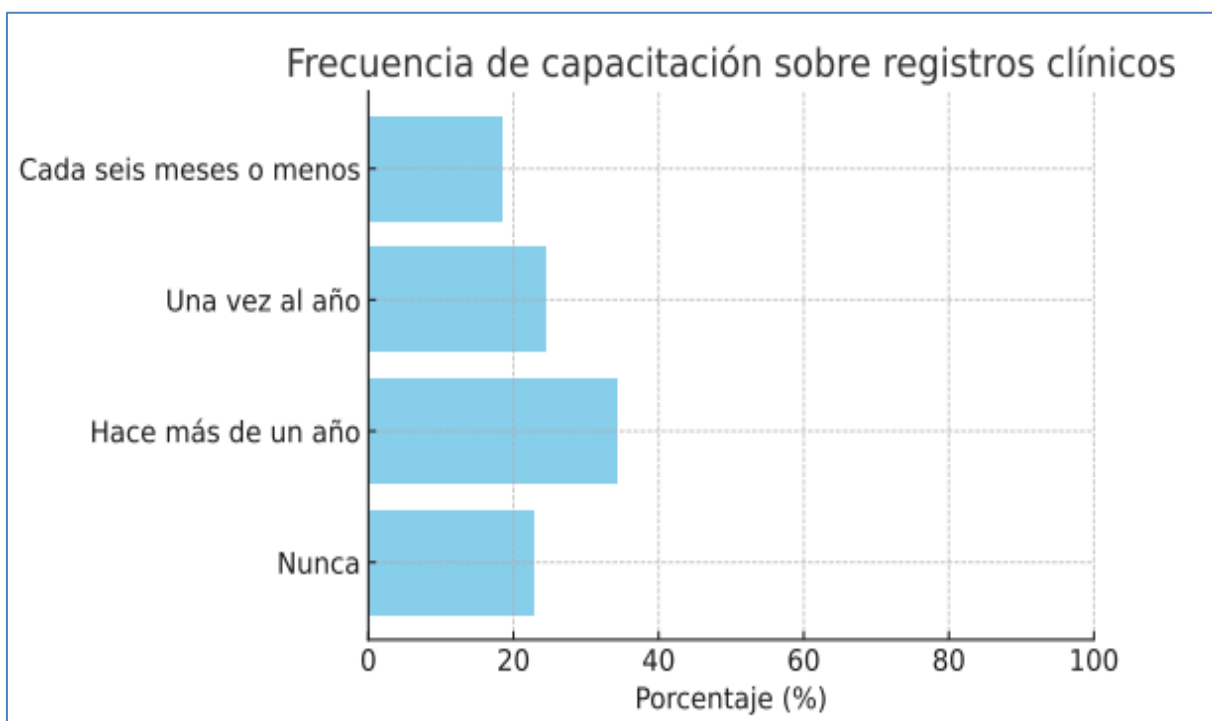
Fuente: Elaboración propia.

Frecuencia de capacitación sobre registros clínicos

Solo un 18.5% recibe capacitación frecuente (cada seis meses o menos), mientras que un 57.1% la recibe esporádicamente o nunca. Este dato evidencia una necesidad urgente de establecer programas regulares de actualización para asegurar que todo el personal esté alineado con las mejores prácticas de documentación (Gráfica 9).

Gráfica 9.

Frecuencia de capacitación sobre registros clínicos.



Fuente: Elaboración propia.

Errores en registros han generado problemas en atención

Aunque el 41.8% afirma no haber visto problemas, un 50.5% reconoce que sí han ocurrido errores que afectaron la atención, al menos en pocas ocasiones. Esto subraya la importancia de mejorar la precisión en los registros, ya que el impacto clínico de los errores puede ser significativo (Gráfica 10).

Gráfica 10.

Errores en registros han generado problemas en atención.



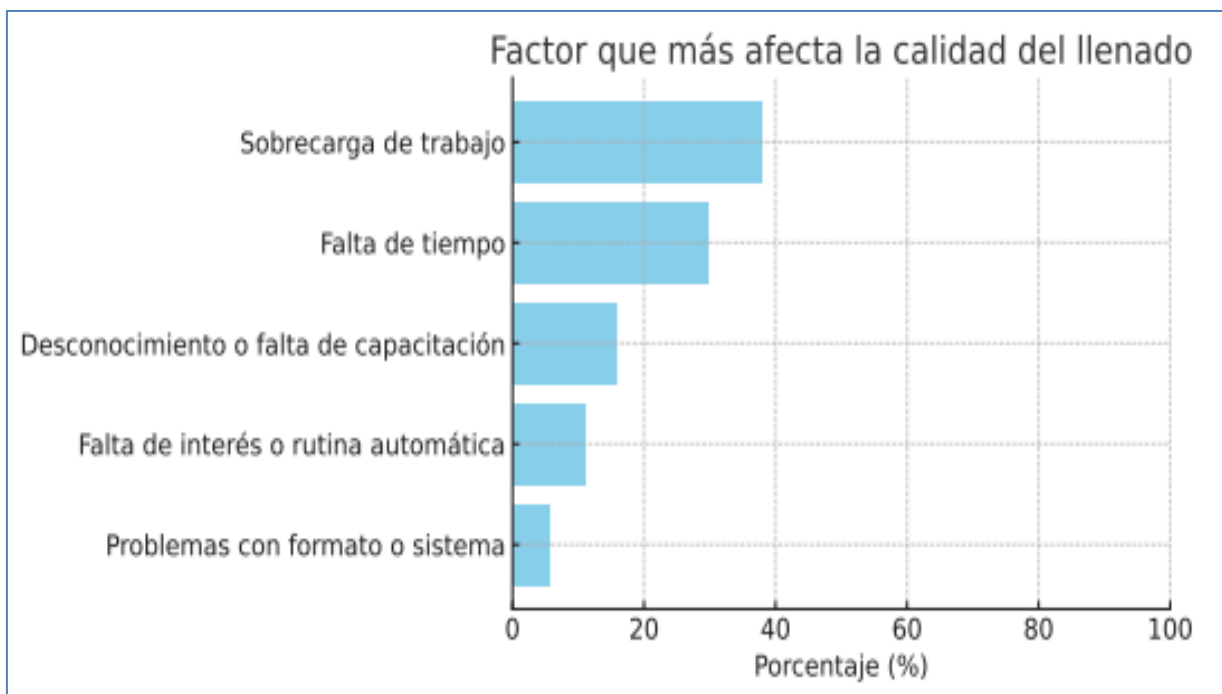
Fuente: Elaboración propia.

Factor que más afecta la calidad del llenado

La sobrecarga de trabajo (38.0%) y la falta de tiempo (29.8%) son los principales factores. En menor medida influyen el desconocimiento, la rutina y los problemas del sistema. Esto indica que el problema es más estructural que de actitud o conocimiento, por lo que las soluciones deben abordar la organización del trabajo (Gráfica 11).

Gráfica 11.

Factor que más afecta la calidad del llenado.



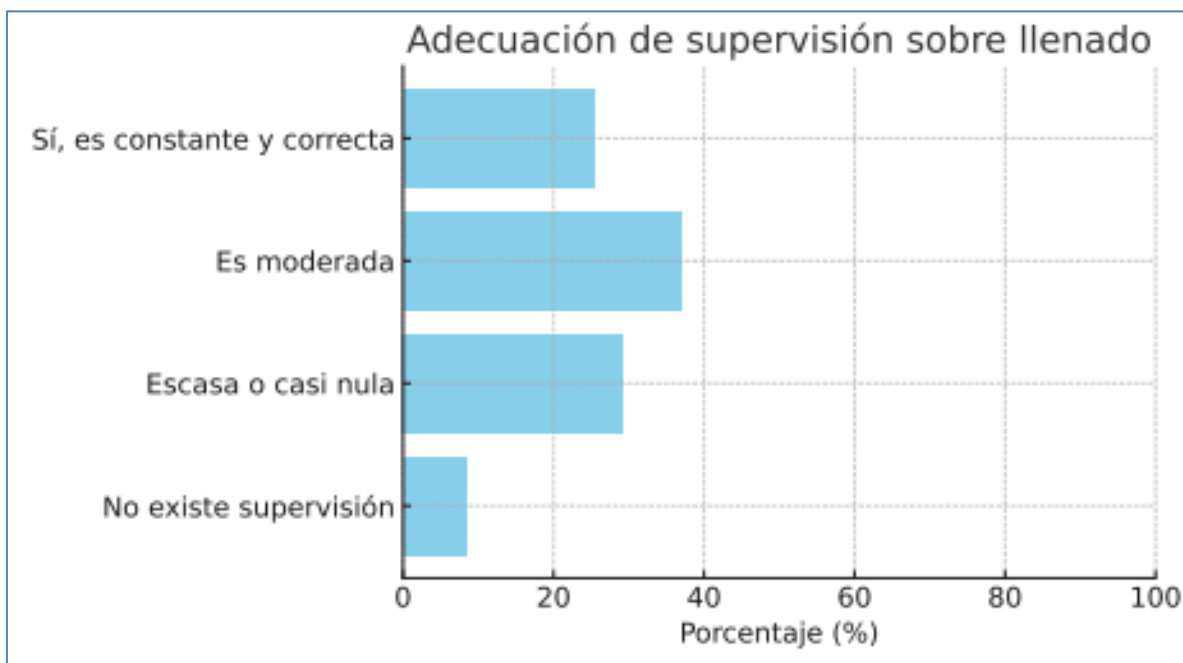
Fuente: Elaboración propia.

Adecuación de supervisión sobre llenado

Solo un 25.4% percibe que hay supervisión constante y adecuada. La mayor parte considera que es moderada (37%) o escasa (29.3%), e incluso un 8.3% afirma que no existe. Este hallazgo evidencia la necesidad de reforzar los mecanismos de supervisión para asegurar el cumplimiento de los estándares (Gráfica 12).

Gráfica 12.

Adecuación de supervisión sobre llenado.



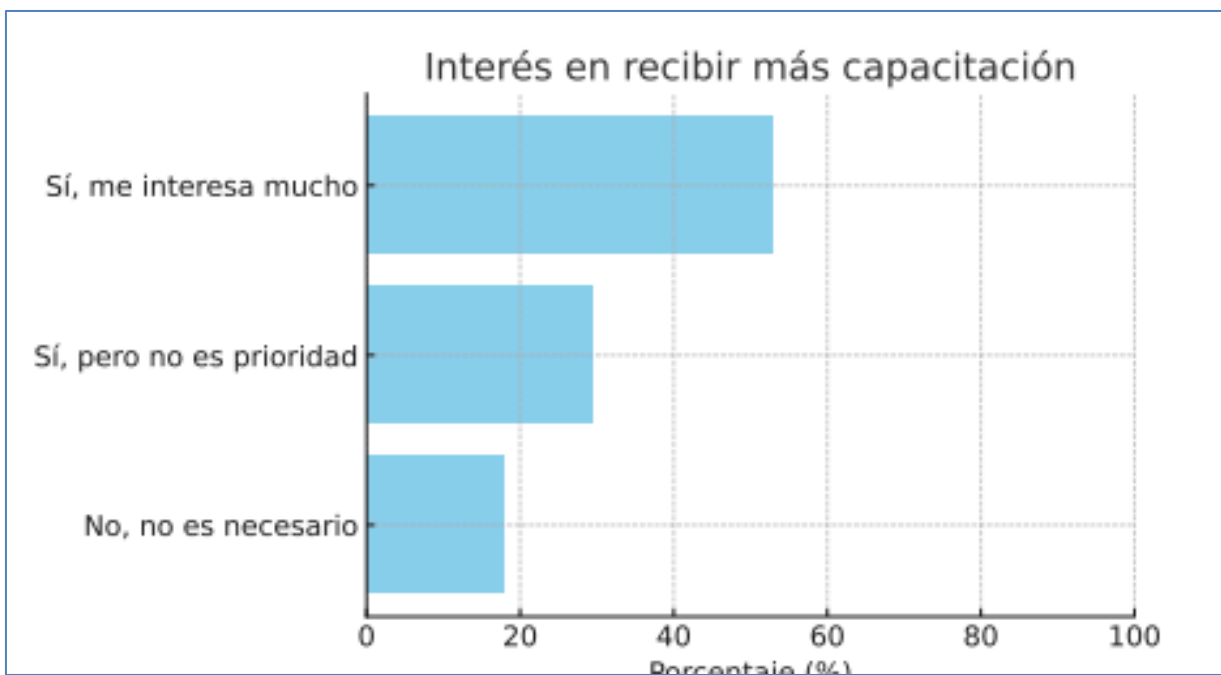
Fuente: Elaboración propia.

Interés en recibir más capacitación

La mayoría del personal (52.7%) manifiesta un alto interés en capacitarse, y un 29.3% lo ve como algo importante, aunque no prioritario. Solo una minoría (18%) no considera necesario recibir más formación. Esto es una oportunidad clara para impulsar programas de capacitación con buena aceptación (Gráfica 13).

Gráfica 13.

Interés en recibir más capacitación.



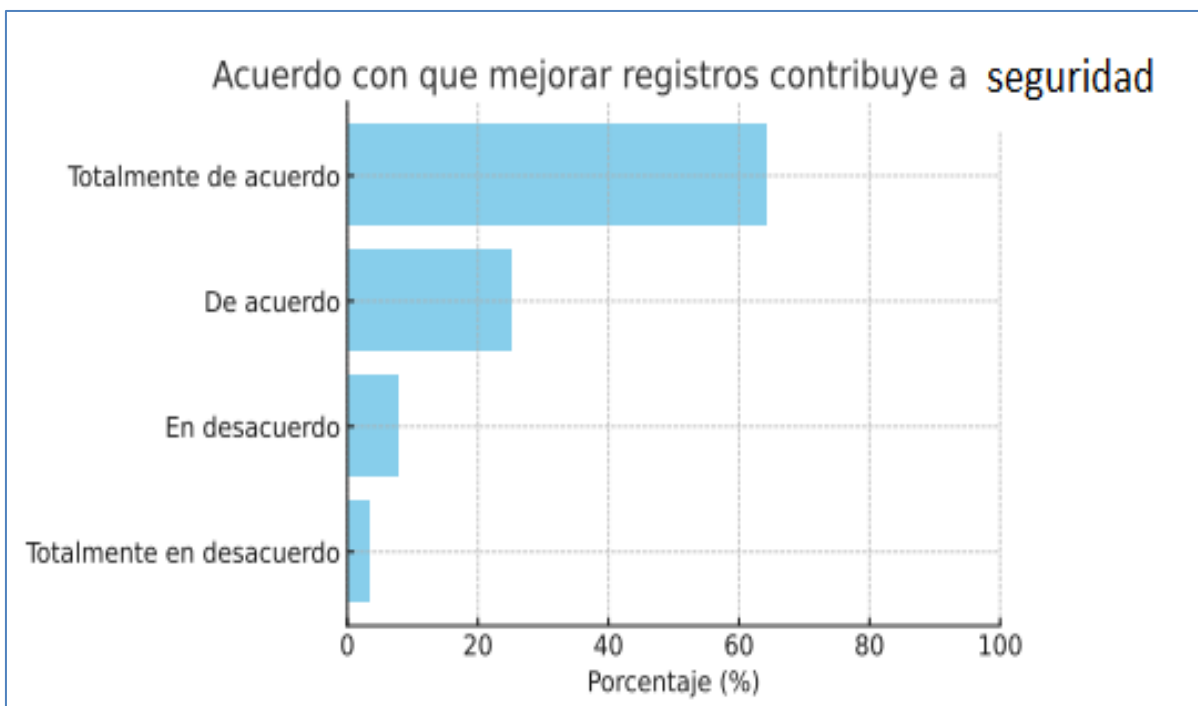
Fuente: Elaboración propia.

Acuerdo con que mejorar registros contribuye a seguridad

Una gran proporción del personal (89.1%) está de acuerdo en que mejorar los registros clínicos contribuye a la seguridad del paciente. Esta percepción puede ser un motor clave para motivar cambios en las prácticas de documentación (Gráfica 14).

Gráfica 14.

Acuerdo con que mejorar registros contribuye a seguridad.



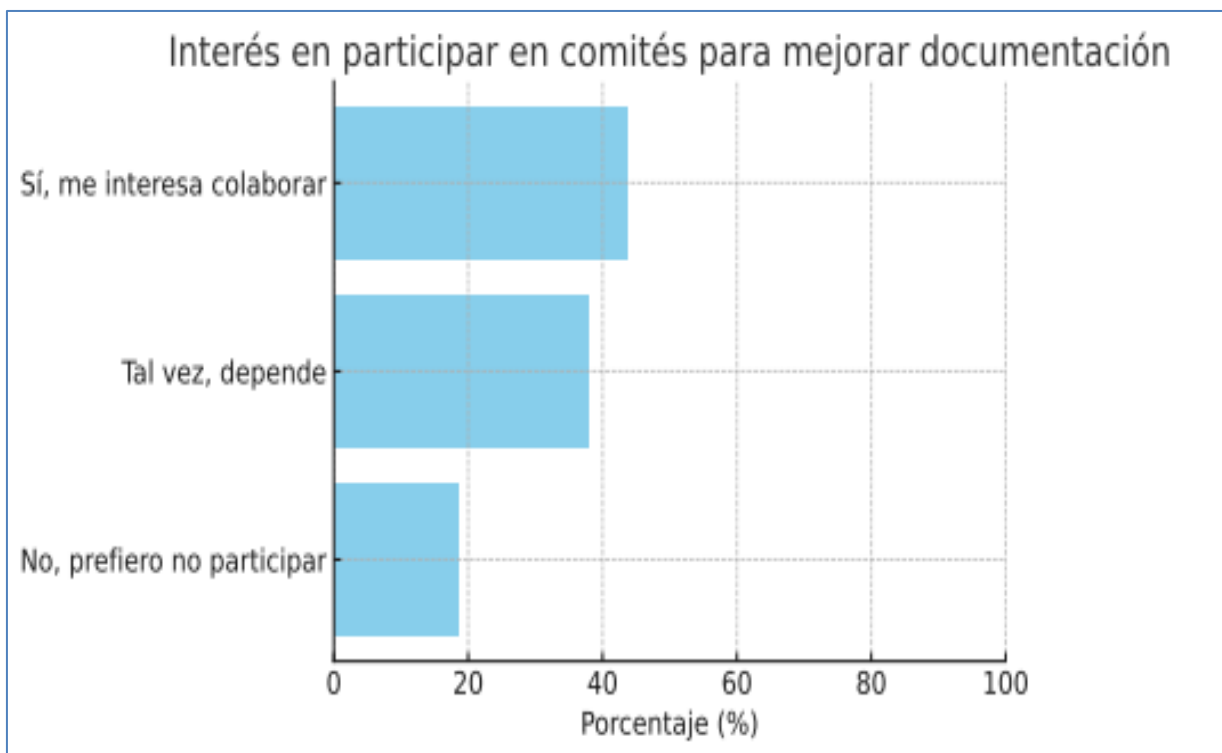
Fuente: Elaboración propia.

Interés en participar en comités para mejorar documentación

El 43.5% está interesado en colaborar y un 38% lo consideraría dependiendo de las condiciones. Solo un 18.5% prefiere no participar. Esta apertura indica que hay voluntad por parte del personal para involucrarse activamente en la mejora de los procesos documentales (Gráfica 15).

Gráfica 15.

Interés en participar en comités para mejorar documentación.



Fuente: Elaboración propia.

4.2 Resultados del indicador de las Notas de las y Registros Clínicos de Enfermería.

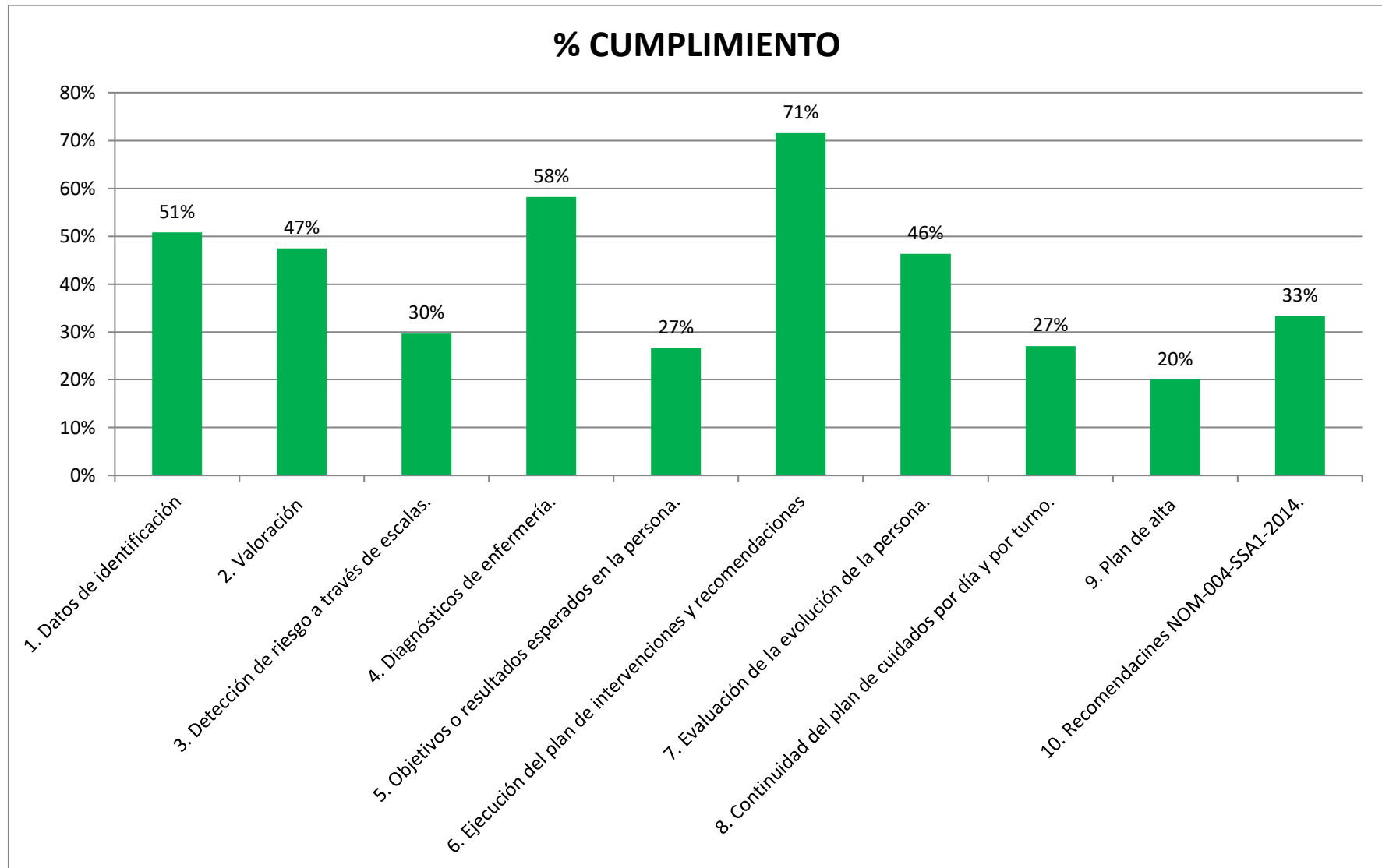
Los registros clínicos de enfermería representan, en el trabajo cotidiano, la evidencia del cuidado brindado por el personal de salud. Son un reflejo claro del compromiso y la atención que se otorgan a los pacientes. Los resultados que se presentan en las gráficas siguientes provienen de un muestreo realizado en distintos servicios del Hospital General Balbuena, y fueron recopilados por personal de nivel mando medio.

Este análisis busca poner en evidencia no solo el grado de cumplimiento en el llenado de registros, sino también la responsabilidad profesional y legal que implica cada anotación hecha por el personal de enfermería. Los registros no sólo respaldan las acciones clínicas, sino que también son una herramienta fundamental para el desarrollo de la disciplina y para facilitar la comunicación entre quienes forman parte del equipo de atención.

En total, se revisaron 270 registros del hospital. El análisis descriptivo muestra un nivel bajo de cumplimiento en varios indicadores. Esta situación parece estar relacionada, en gran medida, con factores como la actitud del personal, la falta de experiencia en algunos casos y, especialmente, la ausencia de una supervisión constante y sistematizada. Estas deficiencias se acentúan en los turnos vespertino y nocturno, lo cual impide que se alcancen los estándares de calidad deseados en la documentación del cuidado (Gráfica 16).

Gráfica 16.

Porcentaje de cumplimiento.



Fuente: Elaboración propia.

Capítulo V. Discusión de los resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del análisis de 270 hojas de enfermería correspondientes a distintos servicios del Hospital General Balbuena. El propósito de esta revisión fue evaluar el nivel de cumplimiento en cada una de las etapas del proceso enfermero, tomando como referencia los lineamientos establecidos por la normativa vigente y los estándares nacionales de calidad. Los datos se obtuvieron mediante un instrumento estructurado que permitió identificar de manera puntual las fortalezas y, sobre todo, las áreas de oportunidad en la documentación del cuidado. Los hallazgos permiten no solo visibilizar las prácticas actuales, sino también reflexionar sobre los aspectos que requieren fortalecimiento para asegurar una atención segura, ética y profesional.

1. Datos de identificación

Uno de los primeros hallazgos importantes en la revisión de las hojas de enfermería fue que el 49% de los registros analizados no cumple de manera adecuada con los datos de identificación del paciente. Las omisiones más frecuentes incluyen la falta de información esencial como la fecha de nacimiento, los días de estancia hospitalaria y el diagnóstico médico actual. En muchos casos, también se observó el uso inadecuado del formato para anotar la fecha de ingreso, y una ausencia sistemática de datos como el peso y la talla, o bien, su registro sin especificar las unidades de medida. Este tipo de omisiones no solo afectan la calidad del expediente clínico, sino que también limitan la continuidad del cuidado, especialmente cuando otros profesionales consultan estos registros.

2. Valoración

En cuanto al apartado de valoración, el 53% del personal de enfermería no logró cumplir con los criterios establecidos. Es frecuente encontrar que los signos vitales, aunque en algunos casos están presentes, carecen de sus unidades de medida, lo que impide una lectura clara y precisa (por ejemplo, frecuencia cardíaca y respiratoria sin especificar los valores en bpm o rpm). Esta situación se presenta con mayor

frecuencia durante los turnos vespertino y nocturno. Además, la valoración general no siempre refleja con fidelidad el estado real del paciente, ya que no se documentan correctamente los datos subjetivos (lo que expresa el paciente) ni los objetivos (lo que se observa clínicamente), lo cual compromete el proceso completo de atención.

3. Detección de riesgos

En este rubro, los resultados fueron aún más críticos. El 70% del personal no cumplió con los lineamientos relacionados con la aplicación de escalas estandarizadas para la detección de riesgos. Durante la revisión, se identificó que muchos profesionales de enfermería no tienen claridad sobre qué evalúa cada escala, lo que conlleva a errores en la asignación de puntajes o incluso al uso inadecuado del instrumento. Este desconocimiento no es exclusivo de un solo turno, sino que se repite tanto en el matutino como en el vespertino y nocturno. Cabe destacar que, dentro de la unidad hospitalaria, existen las herramientas necesarias para consulta, pero no están siendo aprovechadas como deberían.

4. Diagnósticos de enfermería

Respecto a la formulación de diagnósticos de enfermería, el 42% del personal no cumplió con los criterios establecidos. Una de las omisiones más notorias fue que los diagnósticos registrados no siguen una estructura adecuada o no corresponden con los datos recogidos en la valoración. En muchos casos, los elementos que deberían estar conectados de manera lógica (interlaces) no guardan coherencia, lo que dificulta su utilidad como herramienta clínica y como guía para las intervenciones.

5. Objetivos o resultados esperados

En este aspecto, el 73% de los registros mostraron deficiencias importantes. Los objetivos planteados dentro de los planes de cuidado carecen de congruencia con las acciones propuestas, y en muchos casos ni siquiera están formulados correctamente. Es común encontrar que no se utiliza un verbo en infinitivo, lo que dificulta entender qué se espera lograr. Además, varios de los objetivos que se registran no son realistas ni alcanzables, lo cual refleja una desconexión entre el

estado del paciente y lo que se pretende conseguir.

6. Ejecución del plan de cuidados

El 54% del personal no dio cumplimiento adecuado en esta etapa del proceso. Las principales fallas detectadas fueron la falta de relación entre los diagnósticos de enfermería y las intervenciones aplicadas. En otras palabras, se documentan acciones que no responden directamente a los problemas identificados. Además, no se registra la continuidad del plan de cuidados entre turnos, lo que genera vacíos de información. También se evidenció que, en muchos casos, no se documentan estudios de diagnóstico que el paciente pudo haber recibido durante la jornada laboral, lo que impide una visión completa de la atención brindada.

7. Evaluación de la respuesta del paciente al plan de cuidados

Al igual que en la ejecución, el 54% del personal no cumplió con lo requerido en esta fase. Se observó una baja aplicación de las guías clínicas de práctica y, cuando estas se aplican, no siempre se deja constancia escrita de ello. Además, existe un uso excesivo de formatos predeterminados (PLACES), lo que limita el análisis individualizado. En la mayoría de los casos, no se realiza una revaloración sistemática ni se ajustan las intervenciones de acuerdo con la evolución del paciente, lo que indica una falta de seguimiento clínico efectivo.

8. Continuidad de los planes de enfermería

En este indicador, aunque el 73% logró cumplir con los requisitos, aún existen áreas de mejora. La omisión más relevante es la falta de continuidad específica sobre el estado general del paciente y las intervenciones realizadas. Es decir, aunque se documentan actividades, no siempre se da un hilo conductor entre lo hecho en un turno y lo que se debe continuar en el siguiente, lo cual es esencial para brindar atención integral y sin interrupciones.

9. Plan de alta

Este es uno de los indicadores con menor cumplimiento: el 80% del personal

de enfermería no documenta adecuadamente el plan de alta. Esta omisión se atribuye principalmente a la sobrecarga laboral. Aunque se ha observado que algunos profesionales brindan indicaciones verbales al momento del egreso del paciente, el problema central es la falta de registro escrito. Esta ausencia de documentación impide la trazabilidad del proceso de alta y compromete la continuidad del cuidado fuera del entorno hospitalario.

10. Recomendaciones y redacción del expediente clínico

Por último, en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones establecidas en la NOM-004-SSA1-2014 sobre el expediente clínico, el 67% del personal no alcanza los estándares requeridos. Las principales fallas tienen que ver con la legibilidad de la letra, lo cual dificulta la lectura del documento. También se detectó que muchas de las notas no utilizan terminología profesional o tecnicismos propios de la enfermería, lo que puede generar ambigüedades o interpretaciones erróneas sobre la atención brindada.

5.1 Hallazgos obtenidos en las entrevistas.

Al concluir las entrevistas con los 10 jefes y coordinadores de enfermería del Hospital General Balbuena, se obtuvieron respuestas que permiten construir un panorama detallado sobre la situación actual de los registros clínicos. Las opiniones recogidas reflejan tanto la experiencia acumulada de los responsables de cada servicio como las dificultades operativas con las que lidian a diario. Lejos de respuestas planas o idealizadas, los entrevistados compartieron con franqueza sus puntos de vista, lo que aporta un valor significativo a este estudio. A continuación, se presentan los principales hallazgos, organizados en función de cada pregunta de la guía de entrevista.

En cuanto a la calidad de los registros clínicos de enfermería, las respuestas coincidieron en señalar que existe una gran variabilidad entre servicios y entre personal. Algunos jefes describieron los registros como completos y claros en situaciones específicas, sobre todo cuando el personal es experimentado y conoce bien los formatos. Sin embargo, también se mencionaron deficiencias frecuentes, sobre todo en momentos de alta demanda. Varios coordinadores señalaron que, en la práctica, las notas suelen ser breves o incompletas en urgencias, mientras que en hospitalización la calidad depende mucho del turno; el matutino suele ser más detallado, pero en el nocturno se documenta menos. También se destacó que, aunque la mayoría del personal intenta cumplir, el contexto muchas veces limita la calidad esperada.

Respecto a los factores que afectan la calidad del llenado, la mayoría de los entrevistados mencionó la sobrecarga de trabajo como el principal obstáculo. Coincidieron en que el número de pacientes asignados por enfermero a veces es excesivo, especialmente en los turnos vespertino y nocturno, lo que reduce el tiempo para documentar correctamente. Otro factor importante es la falta de capacitación actualizada; muchos mencionaron que se aprende a llenar los registros "por costumbre" o replicando lo que hacen los compañeros, sin recibir talleres recientes

sobre normatividad. Algunos jefes señalaron que también influye el estado emocional del personal: cuando están cansados o bajo presión, el registro suele pasar a segundo plano. Además, mencionaron que los formatos son rígidos y no siempre reflejan la realidad del cuidado brindado, lo que dificulta un llenado completo.

Al preguntar sobre la supervisión del llenado de notas, los jefes comentaron que, en general, la revisión es esporádica y depende mucho del estilo de liderazgo de cada coordinador. Algunos explicaron que solo revisan los registros si ocurre un incidente o si hay un reclamo por parte del paciente o familiar. Otros mencionaron que existe un pase de visita donde se verifica de manera superficial si las notas están hechas, pero no se analiza la calidad del contenido. No hay un procedimiento formal ni estándar en todos los servicios, lo que provoca que cada jefe implemente su propio criterio para la supervisión. Algunos admitieron que debido a la carga administrativa y operativa, la supervisión del registro suele quedar rezagada frente a otras prioridades del turno.

Sobre la adecuación del formato actual para el registro clínico, la mayoría coincidió en que el documento es largo y repetitivo, lo que desalienta al personal a llenarlo de manera minuciosa. Algunos señalaron que el formato incluye campos que, en la práctica, no siempre aplican, lo que genera confusión y, en ocasiones, omisiones involuntarias. Otros mencionaron que hay campos que se llenan por costumbre, sin detenerse a pensar si son relevantes, lo que resta valor al registro. La sugerencia más recurrente fue actualizar el formato, hacerlo más práctico y adaptarlo a las realidades del hospital público, donde los tiempos son cortos y la demanda es alta. Algunos propusieron migrar hacia un sistema electrónico funcional, aunque reconocieron que eso requiere recursos y capacitación.

En cuanto al tiempo disponible durante el turno para realizar los registros, las respuestas reflejaron una preocupación constante. Los jefes reconocieron que el tiempo teórico asignado al llenado del expediente no siempre corresponde con el tiempo real disponible. Comentaron que, a menudo, el personal debe elegir entre

atender al paciente o llenar el registro, y por supuesto, priorizan la atención directa. La sobrecarga de pacientes, la realización de procedimientos simultáneos y las interrupciones constantes dificultan que el personal se sienta a documentar con calma. Algunos mencionaron que en los cambios de turno se intenta completar lo que quedó pendiente, pero eso provoca retrasos o registros hechos "de memoria", lo que afecta la calidad.

Respecto a la capacitación en documentación clínica, la mayoría de los entrevistados mencionó que hace tiempo no reciben un curso formal sobre el tema. Algunos refirieron que la última capacitación oficial fue hace más de dos años, y otros mencionaron que sólo se ofrecen pláticas ocasionales, sin una periodicidad definida. La mayoría considera insuficiente esta formación, sobre todo porque las normativas van cambiando y es necesario actualizarse. También comentaron que muchos enfermeros nuevos aprenden a documentar sobre la marcha, observando a otros compañeros, lo cual puede perpetuar errores o malas prácticas. Todos coincidieron en la necesidad de incluir la capacitación en registros como parte del programa de educación continua.

Cuando se les preguntó si han conocido casos en los que un registro deficiente haya generado problemas en la atención, varios jefes compartieron experiencias específicas. Algunos mencionaron incidentes relacionados con la falta de anotación de signos de alarma o cambios en el estado del paciente, lo que retrasó la intervención médica. También se señalaron casos en los que, al no documentarse adecuadamente la administración de medicamentos, hubo duplicidad de dosis. Los entrevistados enfatizaron que un registro incompleto puede poner en riesgo la seguridad del paciente y generar conflictos legales o administrativos para el personal. Esto refuerza la importancia de contar con un sistema de registro confiable y bien ejecutado.

Sobre la transición entre turnos y la continuidad del registro, los entrevistados comentaron que cada enfermero es responsable de dejar anotado lo que corresponde a su turno, pero no siempre se realiza una revisión conjunta. Algunos servicios

implementan un pase de guardia más formal, donde se leen los registros o se comentan verbalmente los pendientes, pero otros dependen de la confianza entre compañeros. Los jefes reconocen que, en la práctica, se dan por hecho muchas cosas sin verificar que estén escritas correctamente en el expediente. Esto puede generar omisiones importantes, sobre todo cuando hay rotación de personal o cambios de turno imprevistos.

En cuanto a las estrategias para mejorar la calidad de los registros, los jefes propusieron diversas acciones basadas en su experiencia directa. Mencionaron la necesidad de simplificar los formatos, reducir campos innecesarios y capacitar al personal de manera continua. Algunos sugirieron implementar auditorías periódicas, pero con un enfoque de mejora, no de castigo. También propusieron designar momentos específicos del turno para documentar, evitando que el registro se haga al final de la jornada "de prisa". Otros señalaron la importancia de fortalecer la cultura de la seguridad del paciente, para que el personal entienda que un buen registro es parte de esa seguridad.

En el espacio abierto para comentarios adicionales, varios jefes expresaron su preocupación por el desgaste emocional del personal y cómo eso afecta indirectamente la calidad del registro. Mencionaron que en ocasiones se prioriza la supervivencia operativa del turno sobre el cumplimiento documental, lo que genera un ciclo difícil de romper. Algunos comentaron que sería importante involucrar al equipo directivo en la revisión de formatos y en la toma de decisiones sobre documentación, ya que muchas veces las políticas se diseñan sin consultar a quienes las ejecutan. Otros insistieron en que cualquier mejora debe considerar las condiciones reales del hospital, donde los recursos son limitados y el tiempo es siempre un factor crítico.

Capítulo VI. Conclusiones y reflexiones

A lo largo de este estudio se logró un acercamiento profundo a la realidad cotidiana del Hospital General Balbuena en relación con los registros clínicos de enfermería. No se trató sólo de revisar formatos o contar cuántas notas estaban completas, sino de entender el entramado de factores humanos, operativos y organizacionales que intervienen en esta práctica diaria. El análisis permitió evidenciar que la documentación clínica no es un acto aislado, sino un proceso que refleja la dinámica del servicio, la cultura de trabajo y las condiciones reales del sistema de salud pública.

El objetivo general de analizar los factores que influyen en la calidad de los registros clínicos se cumplió al recoger testimonios directos del personal de enfermería y de sus coordinadores. A través de las entrevistas y encuestas se identificaron los elementos que dificultan o favorecen un registro adecuado. Estos hallazgos permiten visualizar que la calidad del registro depende no sólo del conocimiento técnico, sino también del contexto laboral en el que se desempeña el personal. La normativa, si bien es clara, se enfrenta a las limitaciones diarias de un hospital con alta demanda y recursos limitados.

En relación con el primer objetivo específico, que consistía en evaluar el grado de cumplimiento de los registros conforme a la normativa vigente, se identificó una brecha significativa entre lo que establecen las normas y lo que sucede en la práctica. Aunque la NOM-004-SSA3-2012 marca pautas claras sobre cómo debe elaborarse un registro clínico, la aplicación real varía de un servicio a otro. Los registros son completados, pero no siempre con la calidad esperada. Hay campos que se omiten o se llenan de forma incompleta, sobre todo en momentos de alta carga de trabajo.

Se detectó que la capacitación formal en documentación clínica es insuficiente o poco frecuente. Muchos profesionales aprenden a llenar los registros replicando

prácticas de otros compañeros, sin recibir orientación actualizada. Esto tiene un impacto directo en la calidad del documento. Si bien la mayoría del personal conoce la importancia del registro clínico, la presión asistencial lleva a priorizar la atención directa sobre la documentación, lo que repercute en la integridad del expediente. Esta situación evidencia un área de mejora en la formación continua.

El segundo objetivo específico se centró en explorar la relación entre la carga de trabajo y la calidad del llenado de los registros. Aquí los hallazgos fueron contundentes: cuando el índice enfermera-paciente es elevado, la calidad de los registros disminuye. En servicios como urgencias o cirugía, donde los tiempos son apremiantes y los eventos clínicos se suceden de manera rápida, el personal se ve obligado a documentar de forma apresurada o incluso posponer la escritura de notas. Esto no es un tema de falta de interés, sino de un sistema saturado.

Los datos recabados evidencian que la relación enfermera-paciente es un factor determinante. Cuando una enfermera atiende a más pacientes de los recomendados por estándares internacionales, la prioridad se enfoca en el cuidado directo y el registro queda en segundo plano. Los turnos vespertino y nocturno presentan mayor riesgo de documentación incompleta, debido a que son los momentos con menor personal disponible. Esto explica en parte por qué los registros nocturnos suelen tener menos detalle o incluso omitir eventos menores.

Respecto al tercer objetivo específico, se analizó la influencia de la jornada laboral sobre la calidad de los registros clínicos. Aquí se encontró que la duración del turno y la acumulación de horas adicionales afectan el desempeño del personal al momento de documentar. Las enfermeras y enfermeros entrevistados refirieron sentirse cansados al finalizar la jornada, lo cual repercute en la claridad y completitud del registro. El cansancio físico y mental disminuye la atención al detalle, sobre todo al final del turno.

Otro hallazgo relacionado con la jornada laboral es el problema de los tiempos

muertos o las interrupciones constantes. Aunque algunos jefes intentan asignar momentos específicos para registrar, la dinámica hospitalaria hace difícil respetar estos tiempos. Los cambios de turno son momentos críticos, ya que muchas veces el personal saliente intenta cerrar pendientes rápidamente, lo que genera notas incompletas o escritas de manera apresurada. Esto afecta la continuidad de los cuidados y puede derivar en omisiones importantes.

Se observó que la ausencia de un sistema electrónico eficiente también influye negativamente. En el Hospital General Balbuena, el registro aún es mayormente manual, lo que consume más tiempo y puede derivar en pérdida o deterioro de documentos. Los entrevistados coincidieron en que un expediente electrónico, bien diseñado y funcional, podría facilitar el proceso, aunque reconocen que la infraestructura tecnológica actual no lo permite en su totalidad. Esto es un aspecto estructural que escapa al control del personal operativo.

La supervisión del llenado de los registros es otro aspecto relevante. Aunque existe la figura del jefe de turno o coordinador, la revisión sistemática de los registros no siempre se realiza. La supervisión suele enfocarse en la existencia de la nota, pero no necesariamente en su calidad. Esto deja un vacío importante en el proceso de mejora continua, ya que no se identifican de manera oportuna los errores o las omisiones recurrentes. La falta de retroalimentación directa limita la posibilidad de corregir malas prácticas.

Durante las entrevistas surgió un tema recurrente: la cultura organizacional en torno al registro. Algunos coordinadores señalaron que el registro clínico se percibe como un trámite más que como una herramienta esencial para la seguridad del paciente. Cambiar esta percepción requiere trabajo en equipo, liderazgo y capacitación constante. No se trata sólo de pedir que se llenen los formatos, sino de construir una cultura donde documentar bien sea entendido como parte del cuidado, no como una carga administrativa adicional.

Los resultados también mostraron que los errores en los registros han provocado problemas en la atención. Algunos entrevistados compartieron ejemplos concretos en los que una nota mal elaborada o incompleta derivó en duplicación de medicamentos o retraso en la identificación de signos de alarma. Esto refuerza la idea de que el registro clínico no es un mero requisito burocrático, sino una herramienta vital para garantizar la seguridad del paciente. Es un documento que tiene consecuencias directas en la atención.

Se evidenció que existe disposición en el personal para mejorar esta práctica. Más del 80% de los encuestados manifestó interés en recibir capacitación y participar en comités de mejora. Esto demuestra que el problema no radica en una falta de compromiso, sino en la ausencia de espacios formales para abordar el tema de manera sistemática. Aprovechar esta disposición puede ser una oportunidad para implementar estrategias de mejora basadas en la participación activa del personal.

Otro punto importante es la necesidad de adaptar los formatos a la realidad del hospital. Los formularios actuales son extensos y, en muchos casos, poco prácticos para las condiciones de alta demanda. Los entrevistados sugieren simplificar los registros, enfocarse en los aspectos clínicos relevantes y eliminar campos redundantes. Esta propuesta no significa reducir la calidad, sino ajustarse a un contexto donde el tiempo es un recurso escaso. Documentar mejor no es sinónimo de documentar más.

Los objetivos del estudio se lograron al identificar los factores operativos, normativos y organizacionales que afectan la calidad de los registros clínicos en enfermería. Los resultados permiten tener un diagnóstico claro de las áreas de oportunidad y ofrecen una base sólida para proponer intervenciones concretas. La clave estará en abordar este tema no desde la sanción, sino desde la mejora continua y el fortalecimiento de una cultura de seguridad donde el registro clínico sea visto como parte esencial del cuidado al paciente.

Reflexiones

Reflexionar sobre la calidad de los registros clínicos en enfermería no es un ejercicio que se limite a los datos o a los formatos que se llenan diariamente. Va mucho más allá. Implica reconocer la conexión directa entre el cuidado documentado y la seguridad del paciente. Cuando una enfermera escribe una nota en el expediente, en realidad está dejando una huella de su intervención, un testimonio que puede ser crucial para la continuidad de los cuidados. Este estudio puso sobre la mesa esa importancia, pero también mostró los vacíos y las dificultades que enfrenta el personal en un hospital público como el Balbuena.

Una de las primeras cosas que salta a la vista al hacer este análisis es la diferencia entre la teoría y la práctica. Las normativas, como la NOM-004-SSA3-2012, son claras en lo que se espera del personal de salud en materia de documentación. Sin embargo, el contexto real es más complejo. Las enfermeras y enfermeros deben lidiar con múltiples tareas a la vez, y en ese escenario el registro queda relegado a un espacio de tiempo que a veces ni siquiera existe. La intención de hacer bien las cosas se tiene, pero el entorno hospitalario no siempre lo permite.

Es inevitable pensar en el desgaste del personal como un factor central en esta problemática. El cansancio físico y emocional no sólo afecta la calidad del cuidado directo, sino también la del registro. Una enfermera agotada difícilmente puede escribir con detalle cada acción realizada, sobre todo si sabe que al salir de su turno le espera otro día igual o peor. Esta reflexión abre la puerta a mirar más allá de los formatos y las políticas, hacia las condiciones laborales y el bienestar del personal.

La cultura institucional es otro tema que surgió constantemente en las entrevistas. En muchos casos, documentar se percibe como un trámite, una obligación más dentro de una jornada llena de presiones. Esta visión afecta la motivación y lleva a que el registro se haga por cumplir, sin valorar su verdadero sentido. Cambiar esta

mentalidad no es sencillo, pero es necesario. Hay que lograr que el personal vea el registro como una herramienta de protección propia y como una extensión del cuidado al paciente.

Resulta preocupante la falta de procesos formales para la supervisión y retroalimentación sobre los registros clínicos. Los coordinadores reconocen que revisan las notas de manera superficial, sólo para constatar que existen, no para evaluar su contenido. Esta situación impide corregir errores a tiempo y perpetúa malas prácticas. La reflexión aquí es clara: si no se revisa lo que se documenta, difícilmente se puede esperar una mejora real en la calidad de los registros.

La capacitación es un tema que no puede quedar de lado. La mayoría del personal aprende a llenar los registros observando a otros, y eso tiene consecuencias. Se transmiten errores de generación en generación, porque no existe una formación estandarizada y actualizada en este aspecto. Capacitar al personal no debe ser un lujo, sino una prioridad institucional. La reflexión es que no basta con pedirle al personal que registre mejor; hay que enseñarle cómo y por qué hacerlo.

La tecnología, aunque parece la solución, también plantea sus desafíos. La transición hacia un expediente electrónico es deseable, pero en hospitales como el Balbuena aún está lejos de ser una realidad funcional. Los recursos tecnológicos son limitados y, cuando existen, no siempre son fáciles de usar o están adaptados al contexto local. Pensar en tecnología sin considerar las condiciones reales del hospital puede ser un error. Hay que avanzar, pero con pasos firmes y adaptados a la capacidad operativa del sistema.

Otra reflexión importante es el impacto directo de los registros en la seguridad del paciente. Las omisiones o errores en la documentación no son problemas administrativos menores. Pueden provocar duplicación de tratamientos, retrasos en la atención o confusión en el equipo médico. Cuando se entiende esto, el registro deja de ser un simple papel o formulario, y se convierte en una herramienta clave para evitar

daños. Es un elemento central en la cadena de cuidados.

La relación entre el número de pacientes asignados a cada enfermera y la calidad del registro es evidente. No se puede esperar un documento detallado y cuidadoso cuando una sola persona debe atender a muchos pacientes a la vez. Esta es una realidad del sistema público que no se puede ignorar. La reflexión aquí es dura, pero necesaria: sin una mejora en la proporción enfermera-paciente, los esfuerzos por mejorar los registros clínicos quedarán a medio camino.

Este estudio deja claro que mejorar la calidad del registro clínico requiere un enfoque integral. No basta con cambiar formatos o capacitar al personal de forma aislada. Es necesario repensar los procesos, las condiciones laborales, la cultura organizacional y el sistema en su conjunto. Sólo así se podrá lograr que el registro deje de ser una carga administrativa y se convierta en lo que realmente debe ser: un acto de responsabilidad, un respaldo legal y, sobre todo, una herramienta para cuidar mejor a las personas.

Capítulo VI. Recomendaciones

El presente estudio sobre la calidad de los registros clínicos de enfermería en el Hospital General Balbuena abre la puerta a nuevas líneas de investigación. Analizar un fenómeno tan complejo como la documentación clínica en un hospital público no puede ser un ejercicio aislado, ya que en el camino surgen otras preguntas que merecen ser exploradas con mayor profundidad. La realidad del entorno hospitalario es dinámica y, al mismo tiempo, está sujeta a múltiples variables que cambian con el tiempo. Por eso es importante dejar planteadas algunas ideas que sirvan de base para trabajos posteriores, orientados a seguir mejorando la práctica de enfermería y, por ende, la atención al paciente.

Un tema relevante para investigaciones futuras es el análisis del impacto emocional y psicológico del personal de enfermería en relación con la carga

administrativa. Sería interesante estudiar cómo influye el estrés asociado al llenado de registros en la satisfacción laboral y en la salud mental de los trabajadores. Documentar no solo implica escribir lo sucedido, también representa una responsabilidad legal y ética que puede generar ansiedad, sobre todo en contextos de alta presión. Este enfoque permitiría abordar la problemática desde la perspectiva del bienestar del personal, un aspecto que pocas veces se considera en los estudios sobre calidad documental.

Otro tema que se propone para investigaciones posteriores es la evaluación de la viabilidad y efectividad de la implementación de sistemas electrónicos en hospitales de alta demanda. Aunque muchas instituciones buscan migrar hacia expedientes electrónicos, es necesario evaluar si la infraestructura, la capacitación y los recursos disponibles realmente permiten una transición adecuada. No se trata solo de digitalizar un proceso, sino de adaptar la tecnología al flujo operativo y cultural de cada hospital. Estudiar este proceso podría ayudar a identificar mejores prácticas y evitar errores en la incorporación de nuevas herramientas tecnológicas.

Se sugiere explorar en futuras investigaciones el vínculo entre los registros clínicos de enfermería y los procesos de auditoría interna en los hospitales públicos. Sería valioso conocer cómo se utilizan los registros para la toma de decisiones administrativas, la identificación de riesgos o la prevención de eventos adversos. Esta línea de estudio permitiría entender si la documentación clínica realmente se convierte en un insumo para la mejora de la atención o si queda relegada al archivo sin un análisis posterior. Investigar esta dimensión ayudaría a cerrar el ciclo entre registro, análisis y mejora continua.

Fuentes de consulta

- Aguilar, P., & Camacho, L. (2022). *Protección de datos personales en el ámbito de la salud*. Editorial Jurídica Universitaria.
- Aguilar, R., & Ponce, L. (2022). *Estrés laboral y documentación clínica en enfermería*. Editorial Cuidado y Salud.
- Alarcón, J., & Bautista, L. (2022). *La claridad en la documentación clínica: Un pilar para la seguridad del paciente*. *Revista de Enfermería Contemporánea*, 18(1), 55-63.
- Alfaro, M., & Medina, S. (2021). *Registros clínicos en enfermería: Fundamentos y desafíos actuales*. Editorial Médica Sur.
- Barragán, J., & Serrano, P. (2023). *Negligencia profesional y documentación clínica en enfermería*. *Revista Mexicana de Derecho Sanitario*, 8(1), 45-54.
- Barrios, P., & Limón, R. (2023). *Digitalización y registros clínicos: Retos en la enfermería moderna*. Trillas.
- Beltrán, C., & Palacios, E. (2023). *Ética y confidencialidad en el manejo de registros clínicos*. Editorial Bioética y Salud.
- Benítez, A., & Godínez, J. (2022). *Comités de expediente clínico: Funciones y retos en hospitales públicos*. *Revista Mexicana de Gestión en Salud*, 7(1), 45-52.
- Bravo, L., & Mendoza, P. (2022). *Gestión de la calidad en enfermería: Registros clínicos y seguridad del paciente*. Editorial Médica Panamericana.
- Cabrera, S., & Morales, E. (2022). *Documentación de enfermería: Fundamentos y práctica clínica*. Trillas.
- Calderón, L., & Murrieta, F. (2022). *Normativa legal de los registros clínicos en México*. *Salud y Legislación*, 5(2), 33-42.
- Camargo, D., & Tello, S. (2022). *Obligación ética de documentar en enfermería*. *Revista Enfermería Actual*, 14(3), 20-29.
- Campos, J., & Ordóñez, R. (2022). *Investigación de eventos adversos: El papel del registro clínico*. *Revista Seguridad del Paciente*, 6(3), 45-54.
- Carranza, F., & Vargas, M. (2022). *Saturación hospitalaria y documentación clínica*:

- Dilemas actuales*. Revista Salud Pública y Gestión, 14(1), 30-38.
- Castillo, D., & Méndez, F. (2021). *Condiciones físicas del entorno y calidad en el registro clínico*. Revista Gestión Sanitaria, 10(2), 68-75.
- Castro, A., & Meneses, R. (2022). *La documentación clínica como respaldo legal*. Gestión y Cuidado de Enfermería, 11(4), 12-21.
- Castro, M., & Hernández, J. (2022). *Aspectos legales de la documentación clínica en enfermería*. Editorial Médica Panamericana.
- Cervantes, L., & Huerta, M. (2021). *Errores de medicación y registros clínicos incompletos*. Cuidados Críticos, 9(2), 66-74.
- Cervantes, L., & Juárez, M. (2022). *Hospitales escuela en México: Formación y servicio*. Editorial Médica Latinoamericana.
- Correa, F., & Valencia, E. (2022). *Barreras en el cumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012 en enfermería*. Salud Pública Integral, 10(4), 90-98.
- Cruz, M., & Ramírez, J. (2023). *Registros clínicos y calidad en la atención en salud pública*. Editorial Médica Latinoamericana.
- Cruz, M., & Salinas, R. (2023). *Responsabilidad legal en el cuidado de la salud: La importancia del registro clínico*. Editorial Médica Latinoamericana.
- Del Valle, C., & Montiel, A. (2023). *Cultura organizacional y registros clínicos en el cuidado de enfermería*. Editorial Médica Iberoamericana.
- Delgado, F., & Suárez, P. (2023). *Registro clínico en unidades de cuidados intensivos: Retos y propuestas*. Editorial Cuidado Intensivo.
- DOF. (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico*. Diario Oficial de la Federación.
- Duarte, S., & Carrillo, M. (2021). *Documentación clínica en enfermería: Aspectos prácticos y normativos*. Editorial Médica Integral.
- Espinosa, J., & Ramírez, K. (2022). *Tecnología y documentación: Retos en el registro electrónico de enfermería*. Salud Digital, 7(1), 41-49.
- Fernández, P., & Muñoz, E. (2023). *Gestión hospitalaria y desafíos en la atención pública*. Trillas.
- Fernández, R., & Salazar, A. (2022). *Calidad documental en enfermería: Fundamentos y retos*. Editorial Salud y Cuidado.

- Fuentes, A., & Landa, C. (2021). *Marco jurídico del expediente clínico en México*. Editorial Porrúa.
- Fuentes, C., & Carrillo, E. (2023). *Registro clínico y seguridad del paciente: Una revisión actualizada*. Editorial Ciencias de la Salud.
- García, L., & Suárez, E. (2021). *Enfermería y registros clínicos: Un enfoque práctico*. Trillas.
- García, P., & Romero, L. (2022). *Documentación clínica y seguridad del paciente*. Trillas.
- García, S., & Castañeda, P. (2022). *Tecnología lenta: Barreras en el expediente electrónico en salud pública*. *Revista Innovación en Salud*, 10(2), 49-58.
- Gómez, E., & Rivas, M. (2023). *Impacto del ambiente laboral en la calidad de los registros clínicos*. *Revista Latinoamericana de Gestión Hospitalaria*, 11(2), 42-51.
- Gómez, F., & Hernández, J. (2023). *Registros clínicos en enfermería: Instrumento para la mejora continua*. Limusa.
- González, M., & Lara, S. (2023). *Sobrecarga laboral y registros clínicos en enfermería*. *Revista Latinoamericana de Cuidados*, 14(3), 33-42.
- González, R., & Martínez, P. (2022). *Gestión de calidad en servicios de salud*. Editorial El Manual Moderno.
- Gutiérrez, R., & Salinas, J. (2023). *Sistemas de salud y atención a población abierta en la Ciudad de México*. Limusa.
- Gutiérrez, S., & Lara, M. (2022). *Capacitación continua en enfermería: Retos y propuestas*. *Revista de Educación en Salud*, 18(2), 33-40.
- Hernández, G., & Soto, M. (2023). *Comunicación efectiva y seguridad del paciente: El rol de la documentación clínica*. Editorial Praxis Médica.
- Hernández, J., & Cabrera, F. (2022). *Normatividad y práctica documental en hospitales públicos de México*. Limusa.
- Hernández, L., & Palomares, R. (2023). *Estandarización de formatos y su impacto en la calidad del registro clínico*. *Revista de Gestión Hospitalaria*, 12(2), 63-70.
- Herrera, C., & Molina, F. (2022). *Interrelación de criterios para la calidad documental clínica*. *Revista Mexicana de Enfermería*, 20(4), 28-37.

- Ibáñez, V., & Cabrera, S. (2023). *Decisiones clínicas y registros deficientes: Un binomio de riesgo*. Revista Medicina Integral, 14(1), 22-31.
- Jiménez, A., & Bravo, F. (2022). *Errores en la continuidad del cuidado por registros deficientes*. Revista de Enfermería y Seguridad, 11(4), 33-42.
- Juárez, L., & Morales, D. (2022). *Auditoría de registros clínicos: Un enfoque desde la enfermería*. Editorial Porrúa.
- Linares, V., & Bravo, E. (2023). *Calidad y acreditación hospitalaria: El papel del expediente clínico*. Editorial Médica Latinoamericana.
- López, A., & Beltrán, N. (2022). *Capacitación y mejora en la documentación clínica*. Revista Enfermería y Sociedad, 11(4), 20-28.
- López, A., & Cordero, T. (2023). *Comunicación efectiva y registros clínicos en el ámbito hospitalario*. Salud y Gestión, 19(3), 55-63.
- López, A., & Hernández, V. (2023). *El expediente clínico electrónico: Transición y desafíos en hospitales públicos*. Editorial Médica Nacional.
- López, A., & Rivera, C. (2023). *Turnos laborales y calidad en el trabajo de enfermería en hospitales públicos*. Revista Mexicana de Enfermería, 21(4), 89-97.
- López, F., & Cárdenas, T. (2022). *Claridad y precisión en los registros de enfermería*. Revista Iberoamericana de Enfermería, 25(3), 22-30.
- López, J., & Rodríguez, A. (2023). *Prácticas clínicas y documentación en enfermería*. Limusa.
- Luna, C., & Chávez, D. (2023). *Infraestructura tecnológica y calidad del registro clínico en instituciones públicas*. Revista Latinoamericana de Gestión en Salud, 9(3), 42-51.
- Luna, D., & Carrillo, R. (2021). *La invisibilización del cuidado en enfermería: El papel de los registros clínicos*. Enfermería Hoy, 29(1), 12-19.
- Luna, P., & Sánchez, D. (2021). *Visibilización del trabajo de enfermería mediante registros clínicos*. Revista de Enfermería Clínica, 31(2), 87-94.
- Marín, G., & Solano, M. (2023). *Registro clínico en enfermería: Ética y responsabilidad profesional*. Editorial Praxis en Salud.
- Martínez, D., & Pérez, C. (2024). *Sistemas de información en salud y registros electrónicos*. Editorial Médica Latinoamericana.

- Martínez, D., & Pérez, S. (2022). *Historia y evolución del Hospital General Balbuena*. Salud y Sociedad, 10(2), 44-52.
- Martínez, J., & Paredes, S. (2023). *Análisis práctico de la NOM-004-SSA3-2012*. Editorial Trillas.
- Martínez, J., & Robles, K. (2023). *Capacitación insuficiente y errores en documentación clínica digital*. Revista Enfermería y Tecnología, 7(2), 27-36.
- Maya, C., & Rodríguez, G. (2022). *Expediente clínico y responsabilidad profesional en salud*. Limusa.
- Mendoza, P., & Torres, J. (2022). *Importancia de la completitud en los registros clínicos de enfermería*. Enfermería y Sociedad, 17(3), 44-52.
- Molina, C., & Vázquez, L. (2022). *Carga de pacientes y calidad del registro de enfermería*. Revista de Salud Pública y Enfermería, 9(3), 29-38.
- Montes, A., & Saldaña, P. (2022). *Implementación del expediente clínico electrónico en hospitales públicos*. Tecnología y Salud, 8(3), 78-85.
- Morales, E., & Chávez, P. (2021). *El uso de formatos estandarizados en los registros clínicos*. Cuidados de Enfermería, 15(2), 52-60.
- Moreno, C., & Álvarez, F. (2022). *Continuidad de los cuidados y registros de enfermería*. Salud Integral, 24(4), 56-64.
- Navarrete, G., & Guzmán, V. (2021). *La documentación clínica como herramienta educativa*. Revista de Educación en Salud, 15(2), 22-29.
- Navarrete, J., & Quintero, E. (2023). *Percepción del personal de enfermería sobre la documentación clínica*. Revista Humanización en Salud, 6(1), 14-23.
- Navarro, S., & Ocampo, V. (2022). *Capacitación continua y calidad en la documentación clínica*. Revista Científica de Salud Pública, 13(1), 71-79.
- Olivares, F., & Bernal, P. (2022). *Análisis retrospectivo de expedientes clínicos: Aprendizaje institucional*. Revista Gestión Hospitalaria, 10(4), 78-85.
- Olvera, D., & Castillo, L. (2022). *Impacto de los registros en la prevención de eventos adversos*. Gestión Hospitalaria Contemporánea, 7(3), 58-67.
- OMS. (2023). *Seguridad del paciente y calidad de la atención*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Manual de seguridad del paciente*.

OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Guía para la documentación clínica en enfermería*. OPS.

Ortiz, M., & Esquivel, D. (2022). *Auditoría interna del expediente clínico: Buenas prácticas en hospitales*. Editorial El Manual Moderno.

Ortiz, M., & Luna, D. (2021). *Definición y dimensiones de la calidad en la documentación clínica*. Editorial Médica Integral.

Palacios, R., & Estrada, M. (2023). *Seguridad del paciente y calidad de la documentación clínica*. Editorial El Manual Moderno.

Paredes, G., & Guzmán, H. (2021). *Tiempo disponible y documentación de enfermería: Un análisis práctico*. Gestión de Enfermería, 8(3), 45-53.

Paz, R., & Ramírez, J. (2023). *Confianza y registros clínicos: La base del cuidado seguro*. Revista Bioética y Salud, 9(2), 50-60.

Pérez, A., & Salinas, R. (2023). *La completitud como indicador de calidad documental*. Gestión Sanitaria Actual, 9(2), 33-41.

Pérez, A., & Sánchez, E. (2021). *Sobrecarga laboral y calidad de los registros en instituciones públicas*. Revista Mexicana de Enfermería, 19(3), 101-109.

Pérez, L., & Salgado, E. (2023). *Rigidez en formatos electrónicos y limitaciones prácticas*. Editorial Humanidades en Salud.

Pineda, G., & Vargas, L. (2023). *La veracidad en los registros clínicos: Un compromiso ético*. Revista Bioética y Salud, 8(1), 50-59.

Quintero, F., & López, N. (2023). *Documentación clínica: Un compromiso con el paciente y la profesión*. Revista Ética y Cuidado, 7(3), 30-39.

Ramírez, B., & Tovar, N. (2023). *Políticas internas sobre documentación clínica en instituciones públicas*. Gestión y Salud Pública, 9(1), 34-41.

Ramírez, C., & Paredes, M. (2021). *El expediente electrónico y la transformación digital en la salud*. Editorial El Manual Moderno.

Ramírez, F., & Castellanos, P. (2021). *Oportunidad en la documentación clínica: Un factor de seguridad*. Salud y Cuidado Integral, 10(4), 66-74.

Ramírez, L., & Torres, F. (2022). *Servicios médicos y organización hospitalaria en instituciones públicas*. Editorial Porrúa.

- Ramírez, S., & López, V. (2023). *Carga laboral y registros de enfermería en hospitales públicos*. Revista Mexicana de Enfermería, 21(3), 45-52.
- Ramos, E., & Castaño, L. (2023). *Evolución clínica y registros de enfermería: Un vínculo necesario*. Revista Mexicana de Enfermería, 21(1), 40-49.
- Ramos, V., & Salinas, Y. (2023). *Supervisión y retroalimentación en registros clínicos*. Revista Iberoamericana de Gestión Clínica, 13(2), 50-58.
- Rangel, L., & Torres, P. (2022). *Ética y documentación en enfermería: Más allá del registro*. Revista Bioética y Salud, 4(2), 50-58.
- Reyes, M., & Muñoz, A. (2023). *Investigación clínica y registros de enfermería: Una oportunidad desaprovechada*. Editorial Médica Latinoamericana.
- Reyes, P., & Montero, S. (2022). *El expediente clínico como herramienta de seguridad*. Editorial Gestión Clínica.
- Rojas, E., & Castillo, V. (2023). *Auditorías internas y mejora continua en hospitales públicos*. Revista de Administración en Salud, 15(1), 75-84.
- Roldán, B., & Méndez, R. (2023). *Seguridad de la información en registros clínicos electrónicos*. Revista Ciberseguridad Médica, 8(1), 15-24.
- Romero, P., & Díaz, H. (2023). *Falsificación de registros clínicos: Consecuencias legales y éticas*. Derecho Sanitario Hoy, 9(2), 50-60.
- Ruiz, D., & Pacheco, J. (2022). *Visibilización del juicio clínico de enfermería a través de los registros*. Enfermería Integral, 13(2), 15-23.
- Ruiz, T., & Molina, G. (2022). *Obsolescencia tecnológica en hospitales públicos mexicanos*. Revista de Salud y Tecnología, 5(4), 60-69.
- Sáenz, L., & Valverde, C. (2021). *El principio de continuidad y los registros de enfermería*. Revista Cuidados y Ética, 8(2), 26-35.
- Salazar, C., & Ordoñez, G. (2021). *Aspectos legales de la documentación en enfermería: Lo que debe saberse*. Editorial Cátedra Médica.
- Salazar, F., & Jiménez, M. (2020). *La invisibilidad del cuidado: El registro clínico como herramienta de visibilización*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Salinas, V., & Torres, M. (2023). *Aspectos legales en la documentación clínica de enfermería*. Editorial Porrúa.
- Sánchez, F., & Ríos, C. (2023). *Documentar al final del turno: Riesgos y*

- consecuencias*. Enfermería Crítica, 5(2), 66-74.
- Sánchez, G., & Gómez, M. (2021). *Infraestructura hospitalaria en la Ciudad de México: Retos y avances*. Editorial El Manual Moderno.
- Sandoval, I., & Olivares, J. (2023). *Resistencia al expediente electrónico: Causas y soluciones*. Revista Educación y Salud, 12(1), 19-28.
- Santos, E., & Murillo, D. (2021). *Ética y veracidad en los registros clínicos*. Editorial Médica Panamericana.
- Silva, L., & Mendoza, K. (2022). *Continuidad del cuidado y registros de enfermería: Perspectivas actuales*. Editorial Médica Hispana.
- Silva, L., & Perales, T. (2023). *Documentación en situaciones de urgencia: Prevención de errores*. Revista Latinoamericana de Urgencias, 5(1), 39-48.
- Torres, J., & García, E. (2020). *Desafíos en la documentación clínica de enfermería*. Revista Iberoamericana de Salud, 18(1), 55-63.
- Torres, L., & Medina, P. (2021). *Documentación clínica: Retos y oportunidades en la enfermería actual*. Editorial Porrúa.
- Torres, L., & Nieto, M. (2023). *Cultura organizacional y registros clínicos: La percepción del trámite*. Revista Cuidados Hospitalarios, 12(4), 30-39.
- Valenzuela, R., & Rodríguez, L. (2021). *Registros clínicos de calidad: Un compromiso con la seguridad del paciente*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vargas, H., & Salcedo, M. (2023). *Impacto de la oportunidad en la toma de decisiones clínicas*. Revista de Salud y Gestión, 15(1), 38-46.
- Vargas, J., & Méndez, K. (2023). *Mejora continua en la documentación de enfermería*. Editorial El Manual Moderno.
- Vargas, L., & Jiménez, A. (2022). *La cultura de seguridad del paciente y la documentación clínica*. Salud Pública y Gestión Hospitalaria, 14(3), 110-119.
- Vega, R., & Serrano, F. (2022). *Responsabilidad legal en la documentación clínica*. Editorial Jurídica Médica.
- Velasco, M., & Paniagua, E. (2022). *Continuidad de los cuidados y registros clínicos*. Revista Iberoamericana de Atención en Salud, 12(2), 25-34.
- Velázquez, R., & Ordóñez, J. (2021). *Implicaciones legales de los registros incompletos*. Revista Jurídica de Salud, 12(1), 40-49.

- Vidal, S., & Rocha, P. (2023). *La narrativa del cuidado: El registro clínico como historia de vida hospitalaria*. Editorial Humanitas.
- Zúñiga, O., & Corral, J. (2023). *Seguridad del paciente y registros clínicos: Una relación inseparable*. Editorial Humanitas.
- VÁSQUEZ, Isabel. Tipos de estudio y métodos de investigación. [en línea]. Consultado el: 21 de julio de 2025. Disponible en: <https://nodo.ugto.mx/wp-content/uploads/2016/05/Tipos-de-estudio-y-m%C3%A9todos-de-investigaci%C3%B3n.pdf>.
- Torres Gómez, D. (2021). Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica. *Horizonte Sanitario*, 20(3), 315–328. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.3938>
- Jiménez-Díaz C. Evaluación del cumplimiento de registros clínicos de enfermería en un hospital de segundo nivel atención. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2023.(en línea). Consultado el: 12 de agosto de 2025. Disponible en: Evaluación del cumplimiento de registros clínicos de enfermería en un hospital de segundo nivel atención / Evaluation of compliance with clinical nursing records in a secondary care hospital | Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

Anexos

Anexo 1.

INDICADOR DE NOTAS Y REGISTROS DE ENFERMERÍA

UNIDAD MÉDICA:	HOSPITAL GENRAL BALBUENA	PERIODO DE MEDICIÓN:	02 DE MAYO DEL 2025 AL 16 DE JULIIO 2025.
FECHA DE ELABORACIÓN:	23 DE MAYO DEL 2024		
SERVICIO O ÁREA QUE SE EVALUA:	MEDICINA INTERNA, ORTOEPDIA, NEUROCIRUGIA, CIRUGIA GENERAL,		
ESPECIALIDAD			

N° de Caso	El profesional de enfermería documenta en la hoja de registros clínicos y notas de Enfermería.																				
	1. Los datos de identificación de la persona .		2. La valoración de la persona.		3. La detección de riesgo a través de escalas.		4. Los diagnósticos de enfermería.		5. Los objetivos o resultados esperados en la persona.		6. La ejecución del plan de intervenciones y recomendaciones		7. La evaluación de la evolución de la persona al plan de cuidados e intervenciones de enfermería.		8. La continuidad del plan de cuidados por día y por turno.		9. El plan de alta al egreso del paciente.			10. Las notas y registros clínicos cumplen con las recomendaciones de la NOM-004-SSA1-2014, del Expediente Clínico.	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NA	SI	NO
1	X		X		X		x		X		X		X		X				X		X
2	X			X	X		x		X		X		X		X				X		X
3	X		X			X	x			X	X		X		X		X				X
4	X			X		X	X		X		X		X		X		X				x
5	X			X	X		X			X	X			X		X	X			X	
6	X			X		X	x			X		X		X		X	X				X
7		X	X		X		x			X		X		X		X	X				X
8	X			X		X	x			X		X		X		X		X			X
9		X		X		X	x			X		X		X		X		X			X
10		X		X	X		X			X		X		X		X		X		X	
11	X			X		X	x			X		X		X		X	X				X
12	X		X			X	x		X		X			X	X			X		X	

13	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
14		X	X			X	X			X		X		X		X		X		X
15		X	X		X		X			X		X		X		X		X		X
16	X		X		X		X		X			X		X		X		X	X	
17		X		X	X		X			X		X	x			X			X	X
18	X			X		X	X		X			X	x			X			X	X
19		X		X		X	X			X		X	x			X			X	
20		X	X			X	X			X		X		X		X		X		X
21	X		X		X		X		X		X		X			X		X		X
22		X	X			X	X		X		X		X			X		X		X
23		X		X	X		X			X		X		X		X		X		X
24		X		X	X		X			X		X	x			X	X			X
25		X	X		X		X			X		X	x			X	X			X
26		X	X			X	X			X		X	x			X		X		X
27	X		X			X	X			X		X	x			X		X		X
28	X		X			x	x			x		x		x		x	X			x
29	X			x		x	X			x		x	x			x		x		x
30	X		x		x		X			x		x	x			x			x	x
31		X	x			x	X			x		x	x			x			x	x
32		X		x	X		X			x		x		x		x	X			x
33		X		x	X		X			x		x		x		x		x		x
34		X	x			x	X		x		x		x		x		x			x
35		X		x	X		X			x		x		x		x	x			x
36		X		x		X	X			x		x		x		x		X		x
37	x			x	X		X			x		x		X		x		X		x
38	x			x		x	X			x		x		X		x		X		x
39		x	x		X		X			x		x		X		x		X		x
40		x		x		x	X			x		x		X		x	x			x
41		x		x		x	X			x		x		x		x		X		x
42		x	X			x	X			x		x		x		x		X		x
43	x		X			x	X			x		x	x			x		X		x
44	x		X			x	X			x		x	x			x		x		x
45		x	X			x	X			x		x	x			x	x			x
46	X			x		x	X			x		x	x			x		x		x
47	x		x			x	X			x		x	x			x		x		x
48	x			x		x	X			x		x	x			x		x		x
49		x	X			x	X			x		x	x			x	x			x
50	X			x		x	X			x		x	x			x		x		x
51		x	X			x	X			x		x	x			x	x			x
52	x		x		x		x		x			x	x		x			x		x
53	X		X			x	X			x		x		x		x	x			x
54	x		X		X		X			x		x	x			x	x			x
55	x			x		x	x			x		x		x		x	x			x

56	X			x	X		X			x		x	x			x	x				x
57	X		x			x	X			x		x		x		x	x			x	
58	x		x			x	X			x		x	x			x		x			x
59		x		x		x	x			x		x		x				x		x	
60	X		x		x		x		x		x		x		x			x		x	
61	X		x			x	x			x		x		x		x		x		x	
62	X			x		x	X			x		x	x			x		X			x
63	X		x			x	x		x		x			x	x			X			X
64		X	x			x	x		x			x	x			x		X			X
65	X		x			x	x		x			x		x		x		x			X
66	X		x			x		x		x		x	x			x		X			x
67		X	x			x		x		x	x		x					X			X
68		X	x			x	X			x		x	x			x		X			X
69		X	x		x			x	x		x		x		x			x			X
70	X		x		x			x	x		x		x			x		X			x
71	x		x			x		x	x		x			x		x		x			x
72	x			x		x		x		x		x	x			x		x			x
73	X		X			x		x		x		x		x		x		X			X
74	X			x		x	X			x		x	x			x		X			x
75	X		x			x		x	x		x		x		x			X			X
76		X	x		x		x		x		x			x	x			x			X
77		X		x		x		x		x		x		x		x		x			X
78	X		x		x		x		x		x		x		x			X		x	
79	X		x			x		x		x		x		x		x		x			X
80	X			x		x		x		x		x		x		x		x			X
81	X		x			x		x	x		x		x		x		x				X
82	X			x		x		x		x		x		x		x	x				X
83	X		x		x		x		x		x		x		x		x				X
84	X		x			x		x		x	x			x		x	x				X
85	X			x		x		x		x	x			x			x				x
86		X		x		x	x			x	x			x		x	x			x	
87	X		X		x			x	x		x		x		x		x			x	
88	X		X			X	X			x	x			x		x	x			x	
89	X			x		X		x		x	x			x		x	x				x
90		X	X			X		x		X	x			X	X		x			X	
91		X		X		X	X			X	x			X		X		x			X
92		X	X			X		x	X		x			X		X		x			X
93		X	X		X			x		X	X			x		x			X		X
94	X		X			X	X		x		x			x		x			X		X
95	X			x		X	X		x		x			x		x		x			X
96		X	x		X		X			x	x			x	x			x			X
97	X		x		X		X		x		x			x		x			x		X
98		X		X	X		X		x		x			x		x		x			X

99		X	x			X	X			x	x			x	x			x			X
100		X	x		X		X			x	x			x	x		x				X
101	X			x	x		X		x		x		x		x			x			X
102		X	x		x		X			x	x			x	x		x				X
103	X		x			x		x	x		x			x	x			x			X
104		X		x		x		x		x	x		x		x		x				X
105	X		X			x		x	x		x			x	x			x			X
106		X	X		X			x		x	x		x		x			X			X
107		X		x		x		x		x	x			x		x		X			X
108	X		X			x	X			x	x		x			x	x				X
109		X	x		x			x		x	x			x	x			X		X	
110	X		x			x		x	x		x		x		x			X			X
111		X		x		x	X			x	x			x	x			x			X
112	X			x		x		x	x			x	x		x			x		X	
113		X		x	x			x		x		x		x	x		X				X
114		X	X		X			x	X		X		x			X		x			X
115		X		X		X		x		X		X		X		X		x			X
116		X	X		X			x	X		X		X			X		x			X
117	X			X		X	X			X		X		X		X		x			X
118	X		X		X		X		X		X		X		X			x			X
119		X		X		X	X			X		X		X		X		X		X	
120	X		X		X		X		X			X	X			X		X			X
121	X		X		X		X		X			X		x		X		X			X
122	X		X		X		X		X		X		X			X		X		X	
123		X		X		X	X			X		X		X		X		X			X
124		X	X		X		X		X		X		X		X			X			X
125	X			X		X	X			X	x			X		X		X			X
126		X		X		X	X			X	x			X		X			X		X
127	X		X		X		X		X		X		X		X			x		X	
128		X		X		X	X			X	x			x		X		x			X
129	X			X		X	X			X	x			X		X		x			X
130		X	X		X		X		X		X		X		X			x			X
131	X			X		X	X			X	x			X		X		x			X
132		X	x			X	X			X	x		x			X		x		X	
133	X		x			X	X			X	x			X		X		x		X	
134		X		X		X	X			X	x		x			X		x			X
135	X		x			X	X			X	x			X		X		x			X
136		X	x			X	X			X	x		x			X		x			X
137	X			X		X	X			X		X		X		X		x			X
138		X	x			X	X			X		X		X		X		x		X	
139	X		x			X	X			X		X		x		X		x		X	
140		X		X		X	X			X		X		X		X		x			X
141	X		X			X	X			X	X			x		X		x			X

142		X	X			X	X			X	x		x		x	X		x			X
143	X			X		X	X			X	x			X		X		x			X
144	X		X			X	X			X	x		x		x	X		x			X
145	X		X			X	X			X	x			X		X		x		X	
146	X		X		X		X		X		X		X		X			X		X	
147		X		X		X	X			X	X			X		X		X			X
148	X		x			X		x		X	X			X		X		X			X
149		X	x			X		x		X	X			X		X		X			X
150	X		x			X		x		X	X		x			X		X			X
151	X		X			X		x		X	X			X	x			X			X
152		X		X		X		x		X	X		x		x			X			X
153		X		X		X		x		X	X			X	x			x			X
154	X			X		X		x		X	x		x			X		x			X
155		X		X		X	X			X	x			X		X		x			X
156	X		X		X			x	X		X		X		X			x		X	
157		X		X		X		x		X	x			X		X		x		X	
158	X		X		X			x	X		X		X		X			x			X
159		X		X		X	X			X	x			X		X	x			X	
160	X		X		X		X		X		X		X		X			X			X
161		X		X		X		x		X	x			X		X		X			X
162	X		X		X		X		X		X		X		X			X			X
163	X		X		X			x	X		X		X		X			X			X
164	X			X		X	X			X	x			X		X		X			X
165	X		X		X			x	X		X		X		X			X		X	
166		X		X		X	X			X	x			X	X			X			X
167		X		X		X		x		X	X			X	X			X			X
168	X			X		X		x		X	x		x			X		X		X	
169	X			X		X		x		X	x		x			X		X		X	
170	X			X		X	X			X	x			X	X		X				X
171	X			X		X		x		X	X		x		X			x		X	
172		X		X		X		x		X	x			X		X		x			X
173	X			X		X		x		X	x		x			X		x		X	
174		X		X		X	x			X	X			X	X			x			X
175		X		X		X		x		X	x			X		X		x			X
176	X			X		X		x		X	x			X		X		x			X
177		X	X		X		X			X	X		X			X		x		X	
178	X			X		X		x		X	x			X		X		x			X
179		X	X		X			x		X	x			X		X		x		X	
180	X			X		X		x		X	x			X		X		x			X
181		X		X		X	X			X	x			X		X		x		X	
182		X		X	X			x		X	x			X		X		x		X	
183		X		X		X	X			X	x			X		X		x			X
184	X		X			X		x	X		X		X		X			x		x	

185	X		X		X		X		X		X		X		X		x			X
186		X		X		X		x		X	x			X		X		X		X
187		X		X		X		x		X	x		x			X		x		X
188	X			X		X		x	X		x		x			X		X		X
189		X		X		X		x		X	x			X		X		X		X
190	X			X	X		X		X		x		x			X		X		X
191		X	X			X		x		X	x		x			X		x		X
192		X	X			X		x		X	x			X		X		X		X
193	X		X		X		X		X		X		X			X		X		X
194		X	X			X	X		X		X		X			X		x		X
195	X			X	X			x		X	X			X		X		X		X
196		X		X		X		x		X	X		x			X		x		X
197		X	X			X		x		X	X			X		X		x		X
198		X		X		X		x		X	x		x			X		X		X
199		X		X		X		x		X	X			X		X		X		X
200	X			X		X	X			X	x			X	X		X			X
201	X			X		X	x			X	X		x		X			x		X
202		X		X		X		x		X	x			X		X		x		X
203	X			X		X		x		X	x		x			X		x		X
204		X		X		X		x		X	X			X	X			x		X
205		X		X		X		x		X	x			X		X		x		X
206	X			X		X		x		X	x			X		X		x		X
207		X	X		X		X			X	X		X			X		x		X
208	X			X		X	X			X	x			X		X		x		X
209		X	X		X			x		X	x			X		X		x		X
210	X			X		X		x		X	x			X		X		x		X
211		X		X		X	X			X	x			X		X		x		X
212		X		X	X			x		X	x			X		X		x		X
213		X		X		X	X			X	x			X		X		x		X
214	X		X			X	X		X		X		X		X			x		x
215		X	X			X		x	X		X		X			X		x		X
216	X			X	X		X			X	X			X		X		X		X
217		X		X		X		x		X	X		x			X		x		X
218		X	X			X	X			X	X			X		X		x		X
219		X		X		X		x		X	x		x			X		X		X
220		X		X		X		x		X	X			X		X		X		X
221	X			X		X	X			X	x			X	X		X			X
222	X			X		X		x		X	X		x		X			x		X
223		X		X		X	X			X	x			X		X		x		X
224	X			X		X		x		X	x		x			X		x		X
225		X		X		X		x		X	X			X	X			x		X
226		X		X		X	X			X	x			X		X		x		X
227	X			X		X		x		X	x			X		X		x		X

228		X	X		X			x		X	X		X			X		x		X	
229	X			X		X		x		X	x			X		X		x			X
230		X	X		X			x		X	x			X		X		x		X	
231	X			X		X		x		X	x			X		X		x			X
232		X		X		X		x		X	x			X		X		x		X	
233		X		X	X			x		X	x			X		X		x		X	
234		X		X		X		x		X	x			X		X		x			X
235	X		X			X		x	X		X		X		X			x		x	
236	X		X		X		X		X		X		X		X			x			X
237		X		X		X	X			X	x			X		X		X			X
238		X		X		X		x		X	x		x			X		x		X	
239	X		X		X		X		X		X		X		X			x			X
240		X		X		X	X			X	x			X		X		X			X
241		X		X		X		x		X	x		x			X		x		X	
242	X			X		X		x	X		x		x			X		X		X	
243		X		X		X		x		X	x			X		X		X		X	
244	X			X	X		X		X		x		x			X		X		X	
245		X		X		X		x		X	x		x			X		x			X
246		X	X			X	X			X	x			X		X		X			X
247	X		X		X			x	X		X		X			X		X		X	
248	X		X		X		X		X		X		X		X			x			X
249		X		X		X	X			X	x			X		X		X			X
250		X	x			X		x		X	x		x			X		x		X	
251	X		x			X		x	X		x		x			X		X		X	
252		X	x			X	X			X	x			X		X		X		X	
253	X			X	X			x	X		x		x			X		X		X	
254		X	x			X	X			X	x		x			X		x			X
255		X	X			X		x		X	x			X		X		X			X
256	X		X		X		X		X		X		X			X		X		X	
257	x		x			x		x	x			x		X		x		x		x	
258	X		x		X		X			X		x		X		X		X		X	
259	x			X		x		x	x			x		X		x		x		x	
260		X		X		X	X			X	X		x			X		x		X	
261		X		X		X	X			X	X			X		X		x			X
262		X		X		X		x		X	x			X		X		X		x	X
263	X			X	X			x	X		x			X		X		X		X	
264		X		X		X		x		X	x		x			X		x			X
265		X		X		X		x		X	x			X		X		X			X
266	X			X	X			x	X		X		X			X		X			X
267			x					x		x	x			X		x		x			X
268	X			X	X		X			X	X			X		X		X			X
269		X		X		x		x		x	x			X		x		x			X
270		X		X		X		x		X	X		x			X		x			X

			1														2				
	13	13	2				15				19		12		7	19	4	1			
270	7	2	8	142	80	189	7	113	72	198	3	77	5	145	3	7	3	6	11	90	181
%CUM PLE	4												2			1			8		
	51	49	7	30			58			27			71			46			54		
	%	%	%	53%	%	70%	%	42%	%	73%	%	54%	%	%	%	%	%	%	4%	%	67%
%TOT AL	10			100			100			100			100			100			10		
	0%			%			%			%			%			%			0%		

Fuente: Elaboración propia.