

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DE UNIDADES DE SERVICIOS ESPECIALES

EFECTIVITY OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION IN NURSING RECORDS IN SPECIAL CARE UNITS

AUTORES:

Begoña Castañeda (1), Paula López (1), Eva María Fernández (1), Benjamín Gómez (1), María Luz Robles (1), Daniel Fernández (2)
(1) Enfermera/o. Complejo Asistencial Universitario de León. Sanidad Castilla y León
(2) Enfermero. Profesor Contratado Doctor. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA:

Daniel Fernández. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León. n 24071. LEÓN. España. Teléfono: 0034 987 293085.
E-mail: daniel.fernandez@unileon.es

REFERENCIA:

Castañeda B, López P, Fernández EM, Gómez B, Robles ML, Fernández D. Efectividad de una intervención educativa en los registros de enfermería de unidades de servicios especiales. *Tiempos de Enfermería y Salud*. 2017; 2(1): 15-21

RESUMEN

Introducción: El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de una intervención educativa en la mejora de los registros de enfermería del Área de Servicios Especiales del Complejo Asistencial Universitario de León.

Método: Se realizó un estudio cuasi-experimental antes-después en las unidades de Coronarias, Diálisis, Prematuros, UCI y UCI Pediátrica. Se analizaron 1011 registros extraídos al azar durante 12 meses de estudio.

Resultados: No se observaron diferencias entre los grupos de estudio en relación a las características sociodemográficas de los registros. El lenguaje apropiado se incrementó de manera significativa ($p < 0,001$) de un 44,6% del grupo pre-intervención a un 74,20% en el post. El formato "Problema-Actividad-Resolución" como modo de relacionar los acontecimientos pasó de utilizarse en un 21,50% de los registros a un 56,80%. Gracias a la intervención educativa se incrementó de modo significativo el registro de necesidades básicas como la higiene, cuidados de la piel, movilidad y respiración. No se ha empleado la terminología del diagnóstico enfermero NANDA ni se han referenciado necesidades como vestido, creencias, realización, ocio, aprendizaje, probablemente debido a que se mencionan en otros registros.

Conclusiones: Desde el inicio del estudio los registros enfermeros cumplían con uno de sus objetivos fundamentales, que es garantizar la continuidad de los cuidados. Después de la intervención educativa los resultados mejoraron considerablemente en aspectos fundamentales como el lenguaje y el análisis de las necesidades.

Palabras clave: registros, enfermería, intensivos, servicios especiales, análisis.

ABSTRACT

Introduction: The aim of the study was to evaluate the effectiveness of an educational intervention in order to improve the nursing records in special care units in the University Hospital of Leon.

Method: Quasi-experimental study before and after study in Coronary Unit, Dialysis, Premature, ICU and Pediatric Intensive Care Unit. We analyzed 1011 randomly pulled records during 12 months of study.

Results: We did not find differences between the study groups regarding sociodemographic characteristics of the records. Appropriate language significantly increased ($p < 0.001$) from 44.6% pre-intervention group to 74.20% in the post. The format 'Problem-Activity-resolution' as a way to relate the events varied from 21.50% to 56.80%. Due to the educational intervention, significantly increased registration of basic needs such as hygiene, skin care, mobility and breathing. The NANDA nursing diagnosis were not referenced as well as clothing needs, beliefs, conduct, leisure, learning, probably due to other records registered.

Conclusions: From the baseline the nursing records met one of its main purposes that is keeping the continuity of care. After the educational intervention significantly improved results in areas such as language and needs analysis.

Keywords: records, nursing, intensive care, special care, analysis.

INTRODUCCIÓN

Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico que garantice la calidad de los mismos (1). Hacer el registro de los cuidados que las enfermeras proporcionan diariamente a los pacientes es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión (2).

Podríamos definir los registros de enfermería como el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución (3). Los objetivos de los registros son garantizar la continuidad de los cuidados, facilitar la actividad docente-investigadora y de gestión, y constituir apoyo legal cuando sea necesario (4).

Históricamente la legislación en materia sanitaria, ha ido evolucionando a lo largo de los años, así se han desarrollado distintas leyes que han ido profundizando cada vez más en el tema de documentación clínica. La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril) supone el desarrollo legislativo del derecho a la protección de la salud establecido en el artículo 43 de la Constitución Española. Posteriormente, en la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, ("Ley básica de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica") se define la historia clínica en su artículo 14 como "conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y los profesionales sanitarios que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica del paciente, al menos, en el ámbito de cada centro". También la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003 de 22 de Noviembre) en sus artículos 4 y 5 hace referencia a la documentación clínica. Por tanto, las enfermeras tienen legalmente la obligación de registrar como reconocimiento de los derechos del paciente (5).

Las normas básicas para la cumplimentación de un registro son:

- Objetividad.
- Precisión y exactitud. Deben ser precisos, completos y fidedignos (6).
- Simultaneidad. No deben dejarse para el final del turno ni registrar los procedimientos antes de realizarlos (7).
- Legibilidad y claridad. Firma legible, letra legible, buena

ortografía, utilizar abreviaturas universales evitando aquellas que puedan entenderse con más de un significado, no utilizar líquidos correctores ni borradores, tachar los errores con una línea, evitar escribir entre líneas y utilizar metodología común enfermera (NANDA, NIC, NOC) ya que la inclusión de esta metodología y el esfuerzo por la utilización de un lenguaje común facilitará la comunicación y el camino a los registros informatizados (8).

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de una intervención educativa en la mejora de los registros de enfermería del Área de Servicios Especiales del Complejo Asistencial Universitario de León.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasi-experimental antes-después en las unidades de Coronarias, Diálisis, Prematuros, UCI y UCI Pediátrica.

Se analizaron un total de 1011 registros extraídos al azar durante un periodo de tiempo de un año. El análisis se realizó en dos periodos de doce semanas no consecutivas cada uno. Antes de la intervención se analizaron 510 registros y posteriormente 501.

Para la recogida de datos se elaboró una hoja de registro ad hoc de la documentación enfermera, se creó un grupo de discusión entre los supervisores que valoraron la adecuación de la misma en cada una de las unidades como paso previo a su primer uso en el estudio. Esta hoja se estructuró en cuatro apartados. En el primero se recogieron los datos de carácter general como edad y sexo del paciente, número de registro, fecha de registro, número de días de ingreso, motivo de ingreso y unidad. En el segundo, referido al análisis de los registros, se analizaron distintas categorías como el modo de organizar la información, repetición de la gráfica, lenguaje empleado, tareas descritas, la utilización de diagnósticos enfermeros y el modo de relacionar los acontecimientos. Se analizaron en los tres turnos de trabajo, para poder valorar también la continuidad por turno. En el tercer apartado se estudió el contenido de los registros agrupado por necesidades también en cada turno de trabajo, y el cuarto apartado se reservó para observaciones.

Tras la recogida de datos se creó una base de datos con el programa informático EpiInfo. El análisis univariante para las variables cualitativas se realizó con la prueba de χ^2 y el test t para las variables cuantitativas.

La intervención educativa tuvo una duración de 45 minutos y se desarrolló en cada una de las unidades que formaron parte del estudio. Esta consistió en definir los registros, explicar los objetivos fundamentales de los mismos, ver su evolución en el marco legal, enumerar las características fundamentales de un registro de calidad y considerar las peculiaridades a tener en cuenta en los Servicios especiales. En la intervención se destacó la importancia de identificar y registrar las necesidades de Virginia Henderson, modelo de cuidados que se aplica en el Hospital.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan las características socio demográficas de los registros, no encontrándose diferencias entre los dos grupos estudiados.

En la tabla 2 se presentan los datos referidos al análisis de los registros antes y después de la intervención segmentados por unidades. El lenguaje apropiado se incrementó de manera significativa ($p < 0,001$) de un 44,6% del grupo pre-intervención a un 74,20% en el post. En la unidad de Diálisis pasó del 55,30% al 100% ($p < 0,0001$) y en Prematuros del 11,60% al 65,40% ($p < 0,0001$). El

motivo por el que el lenguaje se consideró inapropiado estaba relacionado principalmente con la identificación del profesional, de modo que del 15,77% de registros no firmados se pasó al 8,18% y del 29,48% en los que la firma no era legible se pasó al 14,68%. La información que se aportó en el cambio de turno resultó complementaria a la de la gráfica con porcentajes muy elevados desde el inicio del estudio, al igual que la continuidad por turno y el registro de tareas independientes. En todas las unidades se percibió un cambio en el modo de relacionar los acontecimientos tras la intervención educativa, el "Formato Problema-Actividad-

Resolución" (modo de describir los acontecimientos relacionando los problemas detectados con las actividades realizadas y los resultados obtenidos) pasó de emplearse en un 21,50% a un 56,80% de los registros. Este incremento fue especialmente significativo en UCI donde el incremento fue del 25,50% al 77,10% ($p < 0,0001$) y en UCIP del 29,50% al 83,80% ($p = 0,001$). No se ha empleado la terminología del diagnóstico enfermero NANDA ni en el pre ni en el post.

En la Tabla 3 se presentan los datos referidos al análisis de las necesidades en los grupos pre y post intervención organizados por unidades. Se observaron diferencias estadísticamente significativas, de modo que se hizo referencia en un mayor número de registros a necesidades básicas como la higiene, cuidados de la piel, movilidad y respiración. Destacando el

incremento de referencias a la movilidad en UCI del 16,90% al 42,40% ($p < 0,0001$) y a la higiene en UCIP del 2,30% al 44,10% ($p < 0,0001$). No se han referenciado necesidades como vestido, creencias, realización, ocio, aprendizaje, probablemente debido a que se mencionan en otros registros.

DISCUSIÓN

Coincidiendo con lo apuntado en estudios previos, el modo de agrupar la información por sistemas es el preferido por los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos (9), así observamos que tanto en UCI como en UCI Pediátrica este modo de ordenar la información es el más utilizado desde el inicio del estudio, mientras que en el resto de unidades el cambio de turno se organizó preferentemente de un modo escueto.

En cuanto al lenguaje se observó que tras la intervención educativa mejoraron considerablemente los resultados en todas las unidades, destacando el elevado número de registros (88,4%) en los que en la unidad de Prematuros el lenguaje fue incorrecto antes de la intervención educativa. En estudios previos también se han recogido resultados completamente opuestos, desde la utilización de un lenguaje apropiado en un elevado número de registros (9,11) que encontraron unos, hasta la afirmación del incumplimiento del requisito de legibilidad (12) que señalaron otros. La imposibilidad de identificar al profesional autor del registro (12) también se recogió con anterioridad, aunque no se diferenció entre registros no firmados o firmados de manera ilegible. En la bibliografía revisada se ha recogido que el uso excesivo de abreviaturas no reconocidas está muy extendido en las unidades de cuidados intensivos (10,12), los resultados que se obtuvieron en el presente estudio difieren de los anteriores (4,13% pre-intervención y 0,42% post-intervención).

La información aportada en el cambio de turno resultó complementaria a la gráfica en un porcentaje bastante elevado de los registros del área desde el inicio del estudio. Este dato no se puede comparar porque no ha sido considerado con anterioridad en otros estudios.

Las anotaciones referidas a actividades independientes de la enfermería se registraron en un porcentaje mucho más elevado que las interdependientes o delegadas de órdenes médicas. Un 97,40% frente a un 34,30% antes de la intervención educativa y 99,80% frente a 31,60% después de la misma. Estos resultados difieren de los obtenidos en estudios previos en los que de las intervenciones realizadas por la enfermera el 13,16% correspondían a actividades propias y el 86,83% a actividades delegadas (9).

Antes de la intervención educativa la tendencia en todas las unidades era describir actividades sin relacionar el problema detectado con el resultado obtenido. En estudios previos revisados el formato recomendado y más utilizado es el P-A-R (9,13). Tras la intervención educativa se consiguió mejorar los resultados en este punto en todas las unidades. La continuidad quedó evidenciada desde el inicio del estudio. En la bibliografía revisada los resultados no fueron tan positivos en este punto, observándose diferentes resultados al medir la continuidad en los cuidados dependiendo de la unidad analizada (14).

Al igual que en trabajos de investigación revisados no se ha encontrado ningún diagnóstico enfermero (9,13,14). En los estudios previos analizados no se estudiaron el contenido de los registros agrupado por necesidades, pero sí se recogía un bajo índice de cumplimentación de cuidados propios de enfermería, recomendando incluso a los profesionales de cuidados intensivos hacer un esfuerzo para no limitarse a registrar las valoraciones sobre las alteraciones fisiopatológicas y evitar infravalorar los aspectos relacionados con los cuidados básicos de la enfermería, que por ser básicos no dejan de ser importantes (9,12). En nuestro estudio se observaron diferencias estadísticamente significativas, de modo que tras la intervención educativa aumentó el número de registros en los que se hacía referencia a los cuidados básicos del paciente.

CONCLUSIONES

Para concluir podemos afirmar que desde el inicio del estudio se observó que los registros enfermeros cumplían con uno de sus objetivos fundamentales, que es garantizar la continuidad de los cuidados. Aunque en determinados aspectos se obtuvieron resultados satisfactorios previos a la intervención educativa, después de la misma los resultados mejoraron considerablemente en aspectos fundamentales como el lenguaje y el análisis de las necesidades.

Como propuestas de mejora planteamos continuar con la revisión de los registros, ofrecer a las unidades la posibilidad de utilizar una hoja de validación de firmas, impartir sesiones de metodología enfermera, reforzar la intervención educativa inicial mediante sesiones de enfermería y potenciar el papel de los supervisores de enfermería.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LOS REGISTROS ORGANIZADOS POR UNIDADES

		Coronarias		Diálisis		Prematuros		UCI		UCIP		TOTALES	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
REGISTROS		26,5%	24,0%	9,4%	9,6%	27,6%	24,2%	27,8%	28,7%	8,6%	13,6%	100,0%	100,0%
Edad	Media	69,9	72,25	65,4	61,68	11,7	12,4	51,8	62,97	8,6	5,11	40,2	42,25
	DT	11,1	10,1	15,2	16,93	13,7	11,1	21,8	14,4	4,3	5,37	31,9	33
Sexo	Media	77,0%	68,3%	66,0%	64,6%	72,3%	57,0%	75,4%	67,4%	47,7%	73,5%	71,8%	65,7%
	DT	23,0%	31,7%	33,0%	35,4%	27,7%	43,0%	25,3%	32,6%	52,3%	23,5%	22,8%	34,3%
Días de ingreso	Media	4,2	6,1	3,1	1,8	9,8	12,5	13,2	11,74	4,1	10,7	8,1	9,46
	DT	7,1	7,8	6,8	3,02	9,8	11,1	19,4	12,3	3,9	11,32	12,8	10,84

TABLA 2. ANÁLISIS DE LOS REGISTROS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN ORGANIZADOS POR UNIDADES

		CORONARIAS		DIÁLISIS		PREMA		UCI		UCIP		TOTALES	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Orden	Escueto	61,9%	60,5%	87,5%	89,6%	68,8%	75,2%	2,8%	2,1%	13,6%	2,9%	45,6%	42,2%
	Nulo	0,7%	0,0%	2,1%	0,0%	0,7%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%
	Prioridad	19,4%	1,7%	8,3%	8,3%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	1,2%
	Sin orden	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	5,7%	0%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	2,0%	0,0%
	Por sistemas	17,2%	37,8% ²	2,1%	2,1%	22,0%	24,8%	96,5%	97,9%	84,1%	97,1% ³	45,0%	56,6%
Lenguaje	Apropiado	47,0%	70,6% ⁶	55,3%	100% ⁷	11,6%	55,4% ⁷	61,7%	76,4% ⁴	75,0%	91,2% ¹	44,6%	74,2%
	Inapropiado	53,0%	29,4%	44,7%	0,0%	88,4%	44,6%	38,3%	23,6%	25,0%	8,8%	55,4%	25,8%
Motivo inapropiado	No firma	27,0%	14,7%	3,9%	0,0%	32,3%	14,3%	0,0%	2,1%	1,8%	5,9%	15,8%	8,2%
	Ilegible	21,3%	13,7%	36,9%	0,0%	51,0%	30,3%	21,9%	12,5%	3,6%	2,9%	29,5%	14,7%
	Tipex	0,7%	1,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	4,3%	6,9%	1,8%	0,0%	1,9%	2,3%
	Mala ortografía y redacción	2,2%	0,0%	3,9%	0,0%	2,9%	0,0%	3,6%	0,7%	13,0%	0,0%	4,1%	0,2%
	Exceso abreviaturas	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	8,5%	1,4%	5,4%	0,0%	4,1%	0,4%
Repetición gráfica	Complementa	50,4%	96,6%	44,7%	89,6%	79,3%	100,0%	92,0%	100,0%	97,7%	100,0%	73,8%	98,2%
	No	68,8%	2,5%	38,3%	10,4%	20,7%	0,0%	8,0%	0,0%	2,3%	0,0%	24,4%	1,6%
	Si	80,0%	0,8%	17,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	0,2%
Tareas independientes	Si	97,0%	99,2%	82,6%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	97,7%	100,0%	97,4%	99,8%
	No	3,0%	0,8%	17,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	2,6%	0,2%
Tareas interdependientes	Si	45,1%	42,0%	8,7%	25,0%	12,1%	4,1%	49,6%	42,4%	50,0%	44,1%	34,3%	31,6%
	No	54,9%	58,0%	91,3%	75,0%	87,9%	95,9%	58,4%	57,6%	50,0%	55,9%	65,7%	68,4%
Relación acontecimientos	A	62,1%	49,6%	80,5%	60,4%	76,4%	66,9%	53,2%	22,2%	61,4%	14,4%	65,1%	42,2%
	AR	2,3%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%
	P	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,8%	0,2%
	PA	10,6%	2,5%	2,4%	0,0%	7,1%	0,0%	21,3%	0,7%	9,1%	0,0%	11,8%	0,8%
	PAR	25,0%	47,9% ⁶	12,2%	39,6% ¹	14,3%	33,1% ⁷	25,5%	77,1% ⁷	29,5%	83,8% ⁴	21,5%	56,8%
Continuidad por turnos	Si	100,0%	95,5%	100,0%	100,0%	97,9%	100,0%	95,8%	100,0%	100,0%	100,0%	98,5%	99,0%
	No	0,0%	4,5%	0,0%	0,0%	2,1%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,0%
Diagnósticos NANDA	Si	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	No	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

¹p<0,05; ²p<0,03; ³p=0,01 ; ⁴p<0,01; ⁵p=0,001 ; ⁶p<0,001; ⁷p<0,0001

TABLA 3. ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN ORGANIZADOS POR UNIDADES

	CORONARIAS		DIÁLISIS		PREMA		UCI		UCIP		TOTALES		
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
1- RESPIRACIÓN	24,4%	31,7%	4,2%	2,1%	34,0%	47,1% ¹	92,3%	84,7%	54,5%	80,9% ⁵	46,7%	54,5%	p<0,05
2- ALIMENTACIÓN	14,1%	9,2%	0,0%	8,3%	92,2%	96,7%	43,7%	43,8%	65,9%	77,9% ⁶	47,1%	49,5%	
3- ELIMINACIÓN	49,6%	53,3%	8,3%	4,2%	77,3%	80,2%	93,0%	91,7%	86,4%	92,6%	68,6%	71,5%	
4- MOVILIDAD	18,5%	20,8%	0,0%	0,0%	9,9%	2,5%	16,9%	42,4% ⁷	20,5%	36,8%	14,1%	22,8%	p<0,001
5- DESCANSO	30,4%	21,7%	2,1%	8,3%	5,7%	4,1%	24,6%	17,4%	45,5%	32,4%	20,6%	16,4%	
6- VESTIDO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	
7- TEMPERATURA	14,1%	14,2%	4,2%	2,1%	12,8%	6,6%	59,9%	61,1%	86,4%	83,8%	31,8%	34,1%	
8- HIGIENE	3,7%	13,6% ⁴	0,0%	4,2%	5,7%	5,0%	19,7%	33,3% ⁶	2,3%	44,1% ⁷	8,2%	20,4%	p<0,001
9- SEGURIDAD	9,6%	20% ⁴	6,3%	4,2%	12,8%	7,4%	66,2%	83,3% ⁷	36,6%	30,9%	28,4%	35,1%	p<0,05
10- COMUNICACIÓN	11,9%	20% ¹	6,3%	4,2%	12,1%	6,6%	78,2%	81,3%	47,7%	29,4%	32,9%	34,1%	
11- CREENCIAS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
12- REALIZACIÓN	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,4% ⁴	0,0%	0,0%	6,8%	14,7%	0,6%	3,8%	p<0,001
13- OCIO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,5%	0,0%	0,4%	0,0%	
14- APRENDIZAJE	0,0%	0,0%	2,1%	2,1%	0,7%	0,8%	0,0%	0,0%	2,3%	4,4%	0,6%	1,0%	
15- HEMODINÁMICA	78,5%	65% ³	62,5%	85,4%	27,7%	28,1%	93,0%	87,5%	88,6%	94,1%	67,8%	68,5%	
16- CUIDADOS PIEL	19,3%	32,5% ³	45,8%	43,8%	15,6%	9,1%	51,4%	53,5%	34,1%	61,8% ³	31,0%	37,9%	p<0,05
17- PRUEBAS	68,1%	48,3% ⁴	12,5%	14,6%	29,8%	32,2%	44,4%	44,4%	45,5%	44,1%	43,7%	39,5%	
18- DOLOR	36,3%	26,7%	14,6%	14,6%	3,5%	0,0%	33,1%	16,7%	29,5%	10,3%	23,7%	14,0%	p<0,001
19- MEDICACIÓN	60,0%	49,2%	22,9%	22,9%	13,5%	13,2%	76,8%	72,2%	54,5%	55,9%	47,8%	45,5%	
20- OTROS	4,4%	3,9%	4,2%	4,3%	1,4%	1,5%	2,1%	1,9%	4,5%	4,0%	2,9%	2,6%	

¹p<0,05 ; ²p<0,03; ³p=0,01; ⁴p<0,01; ⁵p=0,001; ⁶p<0,001; ⁷p<0,0001

BIBLIOGRAFÍA

1. Pera Fábregas I. Aspectos actuales de la enfermería legal. 2011. [acceso 12 junio 2011]. Disponible en: <http://www.seden.org/files/art607-1.pdf>
2. Caamaño C, Martínez JR, Alonso M, Hernández A, Martínez-Renedo E, Sainz A. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21(3):143-9.
3. García Ramírez S, Navío Marco AM, Valentín Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. *Nure Inv*. 2007; 28(5):11-9.
4. Ruiz Hortangas A. Calidad en los Registros de Enfermería. 2005. [acceso 7 junio 2011]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php>
5. Benavent Garcés MA, Leal Cercós MI. Los Registros de Enfermería: Consideraciones ético-legales. 2002. [acceso 7 junio 2011]. Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com>
6. Ramos Silva E, Nava Galán MG, San Juan D. Conocimiento y percepciones de la adecuada cumplimentación de los registros de enfermería en un centro de tercer nivel. *Enferm Clin*. 2011; 21(3):151-8.
7. Jiménez Fernández JC, Cerrillo Martín D. Registros de Enfermería: un espejo del trabajo asistencial. *Metas enferm*. 2010; 13(6):8-11.
8. Román M, Campos A, Viñas C, Palop R, Zamudio A, Domingo R, et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enferm Clin*. 2005; 15(3):163-6.
9. Perpiñá Galván J. Análisis de los registros de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. *Enferm Clín*. 2005; 15(2):95-102.
10. Del Olmo Núñez SM, Casas de la Cal L, Mejías Delgado A. El registro de enfermería: un sistema de comunicación. *Enferm Clín*. 2007; 17(3):14
11. Romero de San Pío MJ, Romero de San Pío E. Registros de enfermería: la importancia de lo escrito. *Rev Rol enferm*. 2008; 31(9):580-2.
12. Tarruella Farré M. Hojas de observación de enfermería. Cumplimentación de los requisitos legales. *Rev Rol enferm*. 2009; 32(10):694-8.
13. Domingo Pozo M, Gómez Robles FJ, Torres Figueiras M, Gabaldón Bravo EM. Del cuidado registrado al diagnóstico enfermero. *Enferm Clin*. 2005; 15(5):267-74.
14. Torres Santiago M, Zárate Grajales RA, Matus Miranda R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Rev ENEO-UNAM*. 2011; 8(1):17-25.