

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA
Y MEDICINA DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA - ESSALUD 2019**

Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería.

PRESENTADO POR:

SULCA CHUCHON, Milka Mayumi

PALOMINO CRESPO, Mireya Nory

ASESOR: AYALA PRADO, Hugo

AYACUCHO-PERÚ

2022

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

RESOLUCIÓN DECANAL N° 195-2022-FCSA-UNSCH-D

En la ciudad de Ayacucho, siendo las horas de once de la mañana del día veintidós de abril del año dos mil veintidós, se reunieron a través de la plataforma virtual Meet los docentes miembros jurados de la Escuela Profesional de Enfermería, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado **“CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA Y MEDICINA DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA-ESSALUD 2019”**, presentado por el Bachiller **Milka Mayumi SULCA CHUCHÓN y Mireya Nory PALOMINO CRESPO**, para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería:

Miembros del Jurado de Sustentación conformado por:

Presidente : Profesora Julia C. Salcedo Cancho (delegada por la Decana)

Miembros : Profesora Iris Jara de Arones

: Profesor Indalecio Tenorio Acosta

: Profesora Julia F. Palomino Mayhua.

Asesor : Profesor Hugo Ayala Prado.

Secretario Docente : Profesora Maritza Saccsara

Meza

Con el quorum de reglamento se inició la sustentación de tesis, la presidente del Jurado Evaluador la Prof. Julia C. Salcedo Cancho, quien solicita a la Secretaria Docente a dar lectura a los documentos presentados por la recurrente, y da algunas indicaciones a la sustentante. Da inicio la exposición las Bachiller **Milka Mayumi SULCA CHUCHÓN y Mireya Nory PALOMINO CRESPO**, una vez concluida con la exposición, la presidenta de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, dudas y o aclaraciones, iniciando la Profesora Iris Jara de Arones, continuó la Prof. Indalecio Tenorio Acosta;; finalmente el Prof. Julia F. Palomino Mayhua, inmediatamente se da pase al asesor de tesis Profesor Hugo Ayala Prado , para que pueda aclarar algunas preguntas, interrogantes o aclaraciones.

La presidenta invita a la sustentante abandonar el espacio virtual para que puedan proceder con la calificación.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINAL

Bachiller: **Milka Mayumi SULCA CHUCHÓN**

JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	P. FINAL
Prof. Julia C. Salcedo Cancho	17	17	16	17
Prof. Iris Jara de Arones	17	17	16	17
Prof. Indalecio Tenorio Acosta	17	17	16	17
Prof. Julia F. Palomino Mayhua.	17	17	16	17
Prof. Hugo Ayala Prado.	17	17	16	17
PROMEDIO FINAL				17

Bachiller: **Mireya Nory PALOMINO CRESPO**

JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	P. FINAL
Prof. Julia C. Salcedo Cancho	17	17	16	17
Prof. Iris Jara de Arones	17	17	16	17
Prof. Indalecio Tenorio Acosta	17	17	16	17
Prof. Julia F. Palomino Mayhua.	17	17	16	17
Prof. Hugo Ayala Prado.	17	17	16	17
PROMEDIO FINAL				17

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar por unanimidad a la Bachiller **Milka Mayumi SULCA CHUCHÓN**, que obtuvo la nota final de diecisiete (17); y Aprobar por unanimidad a la Bachiller **Mireya Nory PALOMINO CRESPO**, que obtuvo la nota final de diecisiete (17); para lo cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente, siendo las dos y 10 minutos de la tarde se da por concluido el presente Acto Académico.



Prof. Julia C. Salcedo Cancho
Presidente



Prof. Iris Jara de Arones
Miembro



Prof. Indalecio Tenorio Acosta
Miembro

Firmado digitalmente por
Mg. Indalecio Tenorio
Fecha: 2022.04.22
02:14:46 -05'00'



Prof. Julia F. Palomino Mayhua
Miembro



Prof. Hugo Ayala Prado.
Asesor



Prof. Maritza Saccsara Meza
Secretario(a) Docente

Firmado digitalmente por
Dra. Maritza Saccsara Meza
Fecha: 2022.04.22
02:11:48 -05'00'

Ayacucho, 22 de abril del 2022

A Dios por ser mi fortaleza y guía, estar presente en cada paso que doy para seguir alcanzando mis metas, por haberme permitido llegar hasta este punto y brindarme fuerzas para superar dificultades y obstáculos en el trayecto de la vida.

Con amor a mi familia, mis padres Raúl y Nancy, mis hermanas Cinthya, Xiomy y Sayumi, que realizaron todo en la vida para contribuir al logro de mis sueños, por motivarme, brindarme ánimos y ser mis pilares en la vida, a todos por siempre mi agradecimiento de todo corazón.

Milka Mayumi.

A Dios, por darme la vida y salud para obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres Raúl y Emilia quienes me acompañaron en cada paso, a mis hermanos Denis y Maily por el apoyo incondicional y cariño que me brindaron durante la etapa de mi formación profesional.

Mireya Nory.

AGRADECIMIENTO

A nuestro Señor Jesucristo, por guiarnos, enseñarnos y brindarnos fortaleza en el camino correcto de la vida mediante su santo espíritu y sus dones.

A nuestros padres, por su comprensión, apoyo, respeto y ser un ejemplo a seguir en la vida cotidiana.

A nuestra alma mater la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga por acogernos en sus aulas y brindarnos una formación humanística en esta noble profesión.

A la gloriosa escuela profesional de Enfermería, forjadores de profesionales íntegros y competentes, de igual manera a la plana de docentes por la paciencia, dedicación en la enseñanza durante nuestra formación profesional.

A nuestro estimado asesor Hugo Ayala Prado, nuestro sincero agradecimiento y reconocimiento por su apoyo y orientación durante el desarrollo del presente estudio.

A todos los profesionales que integran el equipo de salud de los servicios de medicina y cirugía del Hospital II de Huamanga- Essalud, por su apoyo en concretar el presente trabajo.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRAC	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I: REVISIÓN DE LA LITERATURA	11
1.1. Antecedentes referenciales	11
1.2. Base teórica	17
1.3. Hipótesis.....	29
1.4. Variable de estudio.....	30
CAPITULO II: MATERIALES Y METODOS	33
2.1. Enfoque de investigación	33
2.2. Tipo de investigación.....	33
2.3. Nivel de investigación	33
2.4. Diseño de investigación	33
2.5. Área de estudio.....	34
2.6. Población	34
2.7. Muestra	34
2.8. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	34
2.8.1. Técnica.....	34
2.8.2. Instrumento	34
2.9. Recolección de datos	36
2.10. Procesamiento, análisis e interpretación de datos.....	37
2.10.1. Procesamiento de datos.....	37
2.10.2. Análisis de datos	37
CAPITULO III: RESULTADOS	38
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	42
CAPITULO V: CONCLUSIÓN	52
RECOMENDACIÓN	53
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
ANEXOS	59

CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA Y MEDICINA DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA-ESSALUD2019

AUTORES:

Bach. Sulca Chuchón Milka M.

milkamayusch@gmail.com

Bach. Palomino Crespo, Mireya N.

nory7_16@hotmail.com

RESUMEN

El presente estudio tuvo como **Objetivo:** evaluar la calidad de registros de enfermería en los servicios de cirugía y medicina del Hospital II de Huamanga- Essalud 2019. **Material y método:** fue de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, tipo aplicada y diseño no experimental, la población estuvo integrada por la totalidad de las historias clínicas con registros de enfermería de pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y medicina del Hospital II de Huamanga-Essalud en octubre del 2019 y tomando como muestra por conveniencia con 80 historias clínicas, 40 del servicio de cirugía y 40 del servicio de medicina, empleando la observación como técnica y la ficha de cotejo como instrumento, el análisis de los datos fueron través de la estadísticas descriptiva porcentual. **Resultados:** El 50% de los registros en cuanto a las notas de enfermería tienen calidad deficiente, 45% calidad óptima y el 5% regular. En cuanto a los registros en el Kardex, el 100% de los registros en el servicio de medicina y cirugía son de calidad óptima. En los registros de la hoja de funciones vitales, el 65% es de calidad óptima y el 35% de regular calidad. **Conclusión:** El 50% de las notas de enfermería son de calidad deficiente, el 100% de los registros de kárdex son de calidad óptima, en los registros de la hoja de funciones vitales, el 35% en medicina y el 47.5% en cirugía son de calidad regular.

PALABRAS CLAVES: Registro de enfermería, historia clínica, calidad de enfermería.

**QUALITY OF NURSING RECORDS IN THE SURGERY AND MEDICINE
SERVICES OF HOSPITAL II OF HUAMANGA-ESSALUD 2019**

AUTHORS:

Bach. Sulca Chuchón Milka M.

milkamayusch@gmail.com

Bach. Palomino Crespo, Mireya N.

nory7_16@hotmail.com

ABSTRACT

The **objective** of this study was to evaluate the quality of nursing records in the surgery and medicine services of Hospital II de Huamanga- Essalud 2019. **Material and method:** it was a quantitative approach, descriptive level, applied type and non-experimental design, the population was made up of all the medical records with nursing records of patients hospitalized in the surgery and medicine service of Hospital II de Huamanga - Essalud in October 2019 and taking as a convenience sample with 80 medical records, 40 from the surgery and 40 from the medicine service, using observation as a technique and the checklist as an instrument, the data analysis was through percentage descriptive statistics. **Results:** 50% of the records regarding nursing notes have poor quality, 45% optimal quality and 5% regular. Regarding the records in the Kardex, 100% of the records in the medicine and surgery service are of optimal quality. In the records of the vital functions sheet, 65% is of optimal quality and 35% of regular quality. **Conclusion:** 50% of the nursing notes are of poor quality, 100% of the transcript records are of optimal quality, in the records of the vital functions sheet, 35% in medicine and 47.5% in surgery are of regular quality.

KEY WORDS: Nursing record, clinical history, nursing quality.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia enfermería tuvo diversos aportes para convertirse en una profesión con la finalidad de brindar un cuidado en la salud y bienestar a la persona, familia y comunidad.

En la actualidad el profesional de enfermería desarrolla diversas actividades enfocados en cuatro áreas fundamentales: asistencial, administrativa, docencia e investigación. En el área asistencial brinda cuidados especializados al individuo de acuerdo a la etapa de vida, entre las actividades tenemos a las acciones terapéuticas, evolución de la persona enferma, comunicación entre los integrantes del equipo de salud, gestión del cuidado de enfermería, entre otros, todas estas actividades son registrados en los registros de enfermería.

Al respecto Alvarado J y Carpenito L (1), refieren que un registro debe ser exacto, concisa, actualizada, organizada, objetiva, confidencial y completa, asimismo se considera de calidad cuando responde a las siguientes preguntas: ¿porque registrar?,

¿Cómo hay que registrar?, ¿Quién debe registrar?, ¿para qué registrar? Y ¿Cuándo se debe registrar? De igual manera, Dugas B. (2) menciona que el registro de enfermería debe ser eficiente, eficaz y efectivo, para que un registro de enfermería sea considerado de calidad debe encaminarse en evidenciar las respuestas frente a las necesidades del proceso asistencial, calidad científica técnica, satisfacciones del usuario y respuesta a las necesidades de salud encaminados a la protección, entonces el registro de enfermería es un documento escrito en donde se evidencia la gestión del cuidado al paciente, asimismo es un historial permanente de las acciones realizadas por un periodo determinado.

Por otro lado, Benavent MA y Leal C. expresan que los registros de enfermería son evidencias escritas respecto al cuidado que brinda el profesional de enfermería al paciente, al ser una fuente de comunicación e información permite brindar un cuidado continuo, respalda el desempeño laboral, brindar un respaldo legal a la gestión del cuidado y permite sustentar en caso sea necesario una mayor dotación de personal para brindar un cuidado más permanente y sostenido.

De igual manera Perry P., refiere que: “El registro que realiza el personal de enfermería sobre el paciente constituye un medio de comunicación”, la documentación del profesional de enfermería es un documento legal, permanente y escrito que brinda información para la gestión del cuidado del paciente (4),

Asimismo, Freites D y Torcatt M, refieren que: “El registro debe contener la mayor cantidad de información acerca del paciente, de esta manera se informa a todos los profesionales que intervengan con el tratamiento del mismo” (5)

Manco Malpica A. refiere que: “Los registros de enfermería como parte de los documentos que forman la historia clínica, es un formato en el que se registra el cuidado brindado al paciente durante las 24 horas, desde la valoración, ejecución y evaluación del cuidado de enfermería según las necesidades y/o problemas que presenta el paciente” (6)

Los registros de enfermería brindan una base de datos que permite al profesional de enfermería realizar una planificación óptima para su posterior ejecución y respectiva evaluación, entonces, estos registros son fundamentales en los diversos servicios de los establecimientos de salud, asimismo, son considerados documentos médico legales esenciales que evidencian la atención brindada al paciente y permite tomar decisiones en el personal de enfermería; sin embargo, en el Hospital II de Huamanga-Essalud, se observó algunas historias clínicas con registros de enfermería incompletos, no legibles y borrones.

Por lo expuesto anteriormente nos motivó realizar la siguiente investigación titulada: CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA Y MEDICINA DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA-ESSALUD 2019.

El problema del estudio fue planteado de la siguiente manera: ¿Cuál es la calidad de los registros de enfermería en los servicios de cirugía y medicina del hospital II de Huamanga-Essalud, 2019?

El objetivo general fue evaluar la calidad de los registros de enfermería en los servicios de cirugía y medicina del hospital II de Huamanga-Essalud, 2019, para ello se formuló los siguientes objetivos específicos:

- a. Evaluar la calidad del registro de notas de enfermería en los servicios de cirugía y medicina del hospital II de Huamanga-Essalud, 2019.
- b. Evaluar la calidad del registro del kardex de enfermería en los servicios de cirugía y medicina del hospital II de Huamanga-Essalud, 2019.
- c. Evaluar la calidad del registro de hoja grafica de signos vitales en los servicios de cirugía y medicina del hospital II de Huamanga-Essalud, 2019.

La hipótesis propuesta fue que la calidad de redacción de registros de enfermería es óptima en los servicios de cirugía y medicina del Hospital II de Huamanga-Essalud 2019.

El diseño metodológico empleado fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, aplicada, no experimental. La población fue conformada por la totalidad de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y medicina del Hospital II de Huamanga-Essalud 2019, la muestra estuvo integrada por conveniencia con 80 historias clínicas 40 del servicio de cirugía y 40 del servicio de medicina de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y medicina del Hospital II de Huamanga-Essalud 2019, asimismo la técnica empleada fue la observación y como instrumento la ficha de cotejo.

Los resultados de la investigación demuestran que el 100% de los registros del kardex es de óptima calidad en ambos servicios, sin embargo, los registros de las hojas de funciones vitales evidencian que el 35% es de regular calidad en medicina y el 47.5% en cirugía, finalmente el 50% de registros de notas de enfermería es de calidad deficientes en ambos servicios.

El presente estudio contiene la siguiente estructura: caratula, dedicatoria, agradecimiento, índice, resumen, abstract, introducción, marco teórico, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusión y recomendaciones, referencia bibliográfica y anexos.

I. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A nivel internacional

Meneses P. (2012), en Bolivia, realizaron la investigación “Calidad del registro de enfermería SOAPIE en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital seguro social universitario”, teniendo como objetivo conocer el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería SOAPIE en el expediente clínico de neonatos que fueron hospitalizados, la muestra estuvo conformado por 65 registros de enfermería, la técnica empleada fue la observación y como instrumento la lista de chequeo. Los resultados evidencias que el 45% de los registros de enfermería tienen un nivel de cumplimiento, el 94% tiene cumplimiento mínimo en cuanto a la intervención de enfermería y registro incorrecto de los datos subjetivos, el 91% de cumplimiento mínimo en la evaluación, en cuanto a los diagnósticos de enfermería, el 73% tienen cumplimiento mínimo. Dentro de los datos objetivos, el 78% cumple, el 92% de los registros lleva el sello y la firma del profesional de enfermería. En conclusión, el profesional de enfermería no está empleando adecuadamente el PAE con el rigor científico basado en el registro del SOAPIE. (7)

Cedeño S y Guananga D. (2013), en Ecuador realizo el estudio “Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el hospital Abel Gilbert Pontón 2013”, teniendo como objetivo evidenciar la calidad de los registros de enfermería.

La muestra estuvo integrada por 50 historias clínicas. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario de auditoría de la calidad de los registros de enfermería. Los resultados obtenidos evidencian que el 80% de enfermeros no registra correctamente los formularios, el 88% de los formularios de signos vitales no cumplen con el registro correcto, el 80% no cumple con el registro correcto del formulario de administración de medicamentos y el 100% de los registros de enfermería no se registran con calidad. En conclusión, se evidencia que el profesional de enfermería desconoce respecto a las normas de registro de enfermería y brindan cuidados de enfermería con bases científicas deficientes siendo reflejadas en el PAE, por lo cual es necesario socializar y sensibilizar el correcto llenado de los registros de enfermería (8)

González M. (2009), en México, realizó el estudio “Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería en el Hospital General de zona N° 32 Villa Coapa”, entre los resultados obtenidos se encontró que la carga de trabajo, falta de unificación de criterios de los supervisores y jefes de servicio, limitada capacitación y el desconocimiento de la norma de lineamientos establecidos son considerados como factores que influyen en el adecuado llenado de los registros de enfermería. (9)

Maldonado, M (2006), en México, realizó el estudio “Calidad de la estructura, en su factor registro del cuidado del paciente hospitalizado y su relación con el adiestramiento de las (os) enfermeras (os) de atención directa en el Hospital Victorino Santaella” teniendo como objetivo determinar la calidad de la estructura de los registros de enfermería y su relación con el adiestramiento de las enfermeras de

atención directa. Los resultados obtenidos demuestran una deficiencia en el desarrollo y cumplimiento de registros siendo evidenciado en los registros de enfermería de baja calidad. En conclusión, el enfermero debe tener un adiestramiento continuo en el manejo y aplicación de los registros para realizar una elaboración d calidad. (10)

García S. (2010), en Argentina, en su tesis “Análisis de los informes de enfermería de los hospitales públicos de la ciudad de corrientes, Argentina”, al culminar el estudio demostró que el 66% del profesional de enfermería cumple con el registro de enfermería, el 99% emplea abreviaturas adecuadas y reglamentadas, por otro lado, el 44% concluye un registro de enfermería y el 39% tiene dificultad al leer las anotaciones. (11)

Chaparro (2012), en Colombia realizo la tesis “Registros del profesional de enfermería como evidencia para la continuidad del cuidado”. Al culminar el estudio concluyo que: “los registros de mayor uso son la hoja de medicamentos, ordenes de enfermería y ordenes médicas, que no demuestran la continuidad del cuidado por datos incompletos en la hoja de medicamentos, y no permiten a todos los profesionales saber la fecha de inicio y culminación del medicamento, esta deficiencia obstaculiza la planeación del cuidado de enfermería que controle y mitigue posibles complicaciones ya que se pierde la evolución del paciente en cuanto a las respuestas que se pudieran generar frente al tratamiento recibido”, la manera de la entrega del turno, los registros de las nota de enfermería y la falta de registro reducen la ejecución del PAE siendo evidenciado en la continuidad del cuidado al paciente. (12)

Setz, V. (2006), en Brasil realizo la tesis “Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica por medio de la auditoria”, encontrando como resultado que el 26.7% de las historias clínicas son considerados malos, el 64.6% regulares y el 8.7% buenos, asimismo, existe un compromiso en la seguridad y perspectiva en el cuidado del paciente. En conclusión, la calidad de los registros de enfermería en las historias clínicas es regular, se debe propiciar nuevas metas y estrategias por mejorar la calidad de registro de los registros de enfermería (13).

A nivel nacional

Chávez E. (2014), en Chachapoyas realizó el estudio “Características de las notas de enfermería de los hospitales del distrito de Bagua 2013”. La metodología fue descriptivo comparativo, enfoque cuantitativo, diseño no experimental, retrospectivo y de corte transversal, la muestra estuvo conformado por 89 historias clínicas, la técnica empleada fue la observación y como instrumento la guía de observación. Entre los resultados obtenidos se encontró que el 59.6% de las notas de enfermería están incompletas, el 40.4% mínimamente incompletas, en cuanto al hospital I Héroes del Cenepa, el 44% están incompletas y el 56.8% mínimamente incompletas, respecto a las características de contenido y estructura se evidencio similares porcentajes, En conclusión, existe una diferencia significativa entre el contenido de las notas de enfermería y su estructura.

Quispe C. (2012), realizo el estudio “Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y la calidad de las notas de enfermería en los centros de salud microred Metropolitano Tacna 2012”. Los resultados obtenidos evidencian que el 16.7% ejecuta de manera óptima el PAE, el 47.6% de manera regularmente y el

35.7% de manera deficiente. En cuanto a las notas de enfermería, el 31% presenta un registro bueno, 47.6% regular y el 21.4% mala calidad. En conclusión, existe relación significativa entre el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y la calidad de las notas de enfermería. (8)

Morales S. (2011), realizó el estudio “Calidad de las notas de enfermería en la calidad de cuidados intensivos-Hospital Regional Moquegua I semestre año 2021”, al culminar el estudio concluyo que el 54.7% de las notas de enfermería es de regular calidad, en cuanto a la dimensión estructura, el 79.7% es de regular calidad y en la dimensión contenido el 96.9% tienen mala calidad. (14)

Tipacti V. (2007), en Tacna, en su tesis “Calidad de anotaciones de enfermería según criterios éticos profesionales en el Hospital Únanue” encontró como resultado que el 100% de las anotaciones de enfermería no cumplen con los criterios estipulados para alcanzar la calidad establecida. En conclusión, el cumplimiento de los requisitos evidencia la ausencia del registro estándar de las notas de enfermería reflejando la calidad de atención de enfermería. (15)

Betancourt P (2010), en Piura, en su tesis “Calidad de las anotaciones de enfermería en un servicio de medicina A-4 del hospital nacional Arzobispo Loayza”. Concluye que el 37.3% de las anotaciones de enfermería en el turno diurno son de regular calidad y el 40% en el turno nocturno, en la dimensión de contenido, el 38.3% en el turno diurno es de buena calidad y el 35.6% del turno nocturno regular calidad. (16)

Córdova G y Sosa F. (2010), en Piura, en su tesis “Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria” La metodología

empleada fue descriptivo, cuantitativo, diseño no experimental, prospectivo y de corte transversal. Concluyeron que el 74.2% de los enfermeros tienen un registro de enfermería de mala calidad, seguido del 19.3% con regular calidad y el 6.4% buena calidad. (17)

Mejía L. (2010), en Huaraz, en su tesis “Calidad en la elaboración de anotaciones de enfermería en el servicio de cirugía del hospital Víctor Ramos Guardia”. El estudio fue descriptivo, diseño no experimental retrospectivo y transversal. Los resultados obtenidos señalan que el 53.5% de las notas de enfermería es de regular calidad, en la dimensión de aspectos específicos de la información el 71.1% es deficiente, en cuanto a las anotaciones de enfermería, el 94.2% están parcialmente registradas, el 5.1% incompletas y el 0.7% completamente registradas. (18)

A nivel local

Palomino B. (2013), en su tesis “Calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho”. La metodología fue de nivel descriptivo, enfoque cuantitativo y diseño no experimental, la población fue conformada por todas las historias clínicas de los diversos servicios del hospital. Los resultados demuestran que el 73.08% se encuentran incompletos porque no evidencia el motivo de administración del medicamento y las reacciones adversas al tratamiento siendo considerados como anotaciones con deficiente calidad, en cambio el 26.92% son de buena calidad debida al empleo de abreviaturas adecuadas y autorizadas, emplea la tinta azul en el turno diurno y rojo en el nocturno, registro adecuado del profesional de enfermería en cuanto a la hora, fecha y datos completos. (19)

Cunto M (2004), en Ayacucho, en su tesis “Calidad de las anotaciones de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena”. Los hallazgos encontrados en cuanto a las anotaciones de enfermería demuestran que el 66.14% son de deficiente calidad, sin embargo, el 100% del profesional de enfermería considera a las anotaciones como útil y el 33.3% refieren que demanda tiempo su realización. Por otro lado, es importante mencionar que el 66.7% de los médicos refieren que para realizar su evolución diaria del usuario emplean datos de los registros de enfermería ocasionalmente (20)

1.2. BASE TEORICA CIENTIFICA

1.2.1. CALIDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad como el alto nivel de excelencia profesional empleando de manera eficiente los recursos, el mínimo riesgo para la persona, con la finalidad de lograr un impacto positivo mediante la satisfacción de las necesidades en salud. (21)

Al respecto el MINSA indica que la calidad en salud se debe reflejar en todos los establecimientos de salud a pesar de que depende de múltiples factores subjetivos u objetivos y no debe confundirse como una complejidad o lujo. (22)

De igual manera, Martínez, B. menciona que la calidad tuvo un origen industrial y fue adaptado a la salud a partir de la garantía de la calidad a la mejora continua en la calidad, este último tiene como característica el trabajo en equipo para medir, documentar y evaluar la calidad de todas las acciones destinadas al paciente con la finalidad de realizar la mejora continua. (23)

Asimismo, Bernocchi, D, expresa que la competencia se logra mediante la eficiencia en la gestión del cuidado siendo reflejada en un cuidado de forma correcta y de manera inmediata, emplear el vocabulario adecuado, innovación permanente, buscar la mejora continua y que el paciente tenga la plena confianza en el cuidado que se realiza el profesional de enfermería. (24)

Igualmente, Asesory G, indica que la calidad es un proceso permanente, sistemático y de mejora continua con un valor agregado superando las expectativas y necesidades del paciente, donde el grado de satisfacción es producto de la atención que se brinda. (25)

El diccionario de la Real Academia Española (RAE) menciona que la calidad son propiedades adjuntas que permiten apreciar como similar, superior o inferior un objeto. (26)

Finalmente, Hernández Q, menciona que la calidad es cumplir diversas condiciones que garantizan la solución de una necesidad insatisfecha, permite evaluar características medibles de un objeto proceso, siendo necesario emplear un plan de mejora continua con la finalidad de alcanzar la meta propuesta. (27)

1.2.2. REGISTROS DE ENFERMERIA

Currel R y Urquhart C. indican que los registros de enfermería son fundamentales para brindar una atención multidisciplinaria, en los registros se redactan las actividades realizadas en el paciente y permiten intercambiar los cuidados de enfermería, brinda una comunicación en el equipo de enfermería, así como realizar una evaluación permanente del proceso de atención de enfermería. (28)

Ríos S, manifiesta que los registros de enfermería son herramientas que permiten evaluar la responsabilidad del profesional de enfermería y la calidad humanística, ética y científica, también es considerada como el complemento de los deberes de manera colectiva respecto al paciente (29).

De igual manera, Hontagas, indica que el registro de enfermería es indispensable en cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería y el enfermero debe entender que los registros son parte de su profesión. (30)

Igualmente, Loniza Y, señala que el SOAPIE es un modelo que permite registrar o evidenciar los cuidados realizados en el paciente producto de la ejecución proceso de atención de enfermería. (31)

Brunner y Suddarth, manifiestan que uno de los componentes de la historia clínica son los registros de enfermería, donde se expresa de manera temporal la situación del paciente mediante la identificación de las necesidades y la aplicación del plan de intervención a nivel preventivo promocional en la persona, familia y la comunidad. (32)

Asimismo, Yepes S, manifiesta que el registro de enfermería es considerado como un documento concreto, sistemático, comprensible, claro y objetivo de las actividades, hallazgos, decisiones, observaciones y los cuidados que se brinda al paciente. (33)

De igual manera, Amezcua M, indica que el registro de enfermería es un documento legal de nivel profesional que evidencia la gestión del cuidado en el paciente y que integra a la historia clínica. (34)

Carpenito, L. indica que los registros de enfermería son documentos de defensa en casos legales y pleitos porque en el ámbito de la práctica son considerados como sistemas de registros coordinados y normados. (35).

Freites D, y Torcatt M. manifiestan que el registro de enfermería es redactado con la finalidad de brindar una mejor comunicación, investigación, planificación, docencia y registro legal, realizar un control de calidad respecto a los cuidados prestados al paciente, además brinda una comunicación con el equipo de salud respecto a la evolución y condición del paciente. (5)

Rodríguez, manifiesta que el registro de enfermería se evidencia en documentos que forman parte de la historia clínica, en dichos documentos propios del profesional de enfermería, se redacta de manera cronológica la situación, evolución de salud del paciente, intervenciones de la gestión del cuidado en el paciente, es por ello que es fundamental expresar las acciones a realizar en los registros de enfermería. (36)

Alfaro, manifiesta que los registros de enfermería se deben realizar posteriormente a los cuidados de enfermería en la persona, familia y la comunidad, debe contener la valoración, intervención y respuesta del actuar del enfermero(a) (37)

Currel R y Urquhart C, señalan que los registros que redacta el profesional de enfermería son fundamentales en la atención multidisciplinaria, en estos registros se demuestran las actividades realizadas en el paciente, además permite un intercambio de información sobre los cuidados brindados, promueve la comunicación entre el equipo de enfermería y de salud y permite evaluar el proceso de atención de enfermería. (28)

Eggland y Heinemann, indican que los registros de enfermería evidencian el actuar de profesional de enfermería desde la planificación de la gestión del cuidado hasta la evolución del usuario. (38).

1.2.2.1. CARACTERISTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

Potter refiere que un registro debe cumplir con las siguientes características:

- **Real.** Un registro de contener información objetiva y descriptiva respecto a las acciones del profesional de enfermería, asimismo, lo que la enfermera (o) huele, observa, palpa y escucha del paciente.
- **Exacta.** La información debe ser fiable, tener una redacción clara, exacta, empelando abreviaturas y símbolos de manera coherentes y al culminar debe contener los datos completos del profesional de enfermería.
- **Completa.** La información registrada debe ser concisa, completa y total respecto a los cuidados brindados al paciente, en caso de un registro incompleto el enfermero(a) carece de evidencias para demostrar los cuidados prestados al paciente.
- **Actual.** Los registros deben ser redactados en su momento con el propósito de ser exactos y evitar la duplicidad innecesaria, asimismo pueden emplearse registros

más específicos como la gestión del cuidado del paciente, constante de signos vitales, finalmente la información adecuada y oportuna disminuye los errores.

- **Organización.** Los registros deben contener una información adecuada, seguir un formato y orden con la finalidad de explicar de manera clara, concisa y evitar confusiones.
- **Confidencialidad.** Los registros de enfermería deben ser confidenciales, mantener en reserva el estado de salud del paciente, además Potter menciona las siguientes directrices legales como redactar todos los hechos suscitados en el paciente sin dejar espacios en blanco, de manera legible, evitar borrones, no tachar los errores o emplear líquido corrector. (5)

1.2.2.2. CALIDAD DEL REGISTRO

Al respecto Fernández A. menciona que la calidad del registro se obtiene mediante el análisis de los resultados de la gestión del cuidado expresado en los diversos documentos redactados por el profesional de enfermería, dicha información permite un análisis respecto a la calidad del servicio prestado para realizar la mejora continua, por la importancia de estos registros, su monitoreo debe estar destinado a evitar el daño o la pérdida de los registros. (39)

Benaveni G y Leal C, mencionan que la calidad de los registros influye en el que hacer del profesional de enfermería, entonces, los documentos de enfermería deben tener un estándar que promueva la eficacia de los cuidados en el paciente y respalden el actuar del profesional de enfermería. Para lograr la mejora continua se debe tener como base los principios éticos y profesionales, autonomía y la confidencialidad de información del usuario. (3)

Perry P, refiere que la constante y permanente revisión de los registros brinda un sustento para evaluar la gestión del cuidado en el paciente en los establecimientos de salud, hoy en día, diversas informaciones ubicado en los registros son considerados indicadores para medir la calidad del cuidado y plantear acciones para una mejora continua en la atención del paciente. (4)

Urquiza, R. manifiesta que la calidad de los registros de enfermería permite obtener resultados deseados en los servicios de salud y son coherentes con las competencias del profesional actual con el propósito de que las provisiones en salud sean equitativos y accesibles de manera optimo logrando de esta manera la satisfacción y adhesión en la persona, familia y la comunidad. (30)

1.2.2.3. TIPOS DE REGISTRO DE ENFERMERIA

A. NOTAS DE ENFERMERIA

Méndez G. define que es un documento que permite registrar de manera objetiva, concreta, sistemática y clara las actividades, observaciones, hallazgos y cuidados que se brinda al paciente y la familia. (41)

Dugas B. indica las notas de enfermería es un componente de la historia clínica, por tal razón debe mantener los principios éticos, privacidad y respeto al paciente, por otro lado, debe considerar siempre los aspectos legales. (2)

Marriner, menciona que las notas de enfermería permiten evaluar los cuidados de enfermería y fuente confiable para la mejora continua. El enfermero (a) más que una obligación tiene la responsabilidad de registrar las observaciones y

cuidados realizados en el paciente, asimismo, brindar apoyo y continuidad a otros enfermeros(as) (42)

Prietas G et al, señalan que “las anotaciones de enfermería es un documento probatorio por excelencia y pertenece a la historia clínica, resume la veracidad de la atención, por tanto, el profesional de enfermería no solamente debe redactar la nota de enfermería sino también las funciones vitales, del control de líquido, de medicamentos, entre otros. Es crucial y fundamental tener en cuenta que los cuidados de enfermería que redactados demuestran que el cuidado no se ejecutó en términos jurídicos. (43)

Cortes G, afirma que las notas de enfermería son documentos escritos de manera completa y exacta de las necesidades, acontecimientos y cuidados realizados a la persona, así como los resultados de los cuidados, debe entenderse que las notas de enfermería evidencian al actuar y hacer del enfermero (a) (44)

Al respecto Kozier B, señala que las notas de enfermería son de calidad cuando se fundamentan mediante los siguientes aspectos:

- **Notas de ingreso.** Debe registrar la forma de ingreso del paciente seguido de la hora y la fecha, características de la condición del paciente, evolución y control de funciones vitales referentes a la hospitalización, estos datos deben ser redactados empleando el método científico de manera descriptiva y teniendo en cuenta el SOAPIE.
- **S. Datos subjetivos:** Deben documentarse las palabras manifestadas por el paciente tales como las preocupaciones, síntomas y sentimiento del paciente.

- **O. Datos objetivos.** Se definen los diagnósticos de enfermería a los datos encontrados a través del examen físico y valoración.
- **A. Aplicación diagnóstica y valoración.** Consiste en la interpretación de los hallazgos subjetivos y objetivos obtenidos mediante el examen físico y valoración con la finalidad de plantear diagnósticos de enfermería en base a las necesidades obtenidas.
- **P. Planificación de los cuidados.** Se registra la condición del paciente a través de la gestión de los cuidados considerando en todo momento objetivos medibles.
- **I. Intervenciones de enfermería.** Constituyen los cuidados ejecutados por el profesional de enfermería para mitigar la mayoría de las necesidades identificadas.
- **E. Evaluación de las intervenciones.** Proceso de evaluación de la gestión del cuidado mediante los resultados evidenciados en el usuario y/o paciente.

La redacción de las notas de enfermería se debe registrar en tres turnos: matutino (mañana), tarde y nocturno (noche), asimismo, debe ser redactado de manera clara, sin borrones ni enmendaduras, sin abreviaturas no estandarizadas, tener la fecha y hora, firma del profesional de enfermería con sus respectivos nombres y apellidos, así como el número de colegiatura. (45)

Dugas B, menciona que los registros de enfermería deben ser redactados en un lenguaje científico-técnico, comprensible para el equipo de salud, por tal motivo deben excluir faltas de ortografía, legibles, emplear abreviatura y símbolos universales, entre las características más destacados tenemos:

- **Significancia.** Concierna a los hechos trascendentales del paciente con el propósito de continuar con la gestión del cuidado en el paciente.
- **Precisión.** Los hechos y acontecimiento suscitados en el paciente deben estar redactados de manera exacta mediante una secuencia coherente y lógica, siendo oportuna y continua sin omitir detalles relevantes.
- **Continuidad.** Se caracteriza por brindar cuidados ininterrumpidos y sostenibles de acuerdo a las etapas del proceso de atención de enfermería.
- **Comprensibilidad.** La redacción de las notas de enfermería debe ser manera resumida, concisa y concreta, lenguaje comprensible, ortografía adecuada, evitar ambigüedades, estructura correcta y adecuada, reflejar orden, secuencia y coherencia respecto a los cuidados realizados.
- **Legibilidad.** Deben redactarse teniendo en cuenta la letra clara, evitar borrones, no emplear lápiz porque se observa y da lugar a cualquier mal entendido.

B. KARDEX DE ENFERMERIA

Al respecto Smetzer, indica que “la seguridad del paciente y la calidad de la atención, en especial respecto a la administración de medicamentos es un tema prioritario que ha adquirido una relevancia trascendental en las instituciones que ofrecen servicios de salud. La responsabilidad no reside en la persona sino en el sistema en su conjunto que permita incluir la seguridad en las estrategias de calidad de las instituciones, para satisfacer las necesidades implícitas y explícitas, a fin de lograr un beneficio para los pacientes”. (46)

Servín E. menciona que el kardex es un documento que brinda información a todo el personal de salud sobre la organización terapéutica en el paciente, por esta razón es considerado como un método ampliamente empleado. (47)

Armutlu F y Surette, indican que la equivocación en la administración de medicamentos es ocasionada por diversas circunstancias tales como la redacción incorrecta de la indicación médica, inadecuado registro, escasa legibilidad del medicamento, datos incorrectos para la administración de medicamentos (velocidad, dosis, hora incorrecta), limitado conocimiento en cuanto a los medicamentos. (48)

Asimismo, Cordero G, indica que “el sistema kardex constituye un medio de comunicación y una metodología de trabajo que se utiliza en el proceso de enfermería, el cual permite la planificación, cumplimiento y control de las actividades realizadas por el profesional de enfermería”. (49)

De igual manera Kuzler, manifiesta que “el sistema kardex es un método conciso de organización y registro de los datos del paciente ampliamente utilizado y que permite a todos los profesionales de salud un acceso rápido a la información. El sistema consta de una serie de fichas guardadas en un archivador con separadores. Puede extraerse rápidamente la ficha de cierto paciente para informare sobre datos concretos. El kardex puede formar parte de la historia permanente del paciente. El sistema kardex está compuesto por información pertinente sobre el paciente que incluye datos personales, diagnóstico médico y tarjetas de tratamiento, grafica de signos vitales, hoja de líquidos ingeridos, eliminados y evolución de enfermería” (45)

Hernández M, menciona que el kardex de enfermería “es la documentación escrita y completa, exacta de los acontecimientos, las necesidades, asistencia al usuario y los

resultados de las actuaciones de enfermería, sirven como base legal para comprobar que la asistencia de enfermería sea realizada según las normas aceptadas para la práctica profesional” (50)

Smith S, refiere que la redacción del kardex es el núcleo para el desarrollo de los cuidados de enfermería, entre los datos a registrar son los resultados analíticos, fármacos, así como los cuidados realizados en la actualidad existe la versión electrónica, sin embargo, mantiene similares datos que el documento impreso, pero en ocasiones suele estar mejor implementada (51)

Por su parte, la Norma Técnica N°022-MINSA/DGSP-V 02 (2005) señala respecto al kardex que “es un registro de enfermería en donde se anota la administración de la medicación del paciente” (52)

De igual manera La Fundación Universitaria de Área Andina, manifiesta que es “un instrumento conciso para organizar y registrar los datos referentes a la administración de tratamiento y medicaciones de un paciente y además facilita el acceso inmediato a la información de tratamiento y medicación a todos los profesionales de la salud intervinientes” (53)

Según Kozie, un kardex es considerado de calidad cuando presenta las siguientes condiciones: nombre del medicamento, dosis, hora y vía de administración, nombre y apellidos del paciente, número de historia clínica. Asimismo, se debe consignar el plan de la gestión del cuidado en el paciente con la respectiva información, datos completos y número de colegiatura del profesional de enfermería. (45)

C. HOJA DE SIGNOS VITALES

Fernández M, señala que es un formato de monitoreo que permite realizar la medición de manera constante en los establecimientos de salud, es considerado de gran valor para la atención del paciente. (54)

La Fundación Universitaria del Área Andina señala que el formato de signos vitales permite registrar los valores obtenidos del peso, talla, tipo de comida, datos de filiación y tiempo de hospitalización del paciente. (53)

Servín E, manifiesta que la variación de los signos vitales debe registrarse de manera exacta, este documento refleja el estado del paciente durante su estancia hospitalaria. (48)

1.3. HIPOTESIS

1.3.1. HIPOTESIS GENERAL

La calidad de la redacción de los registros de enfermería es óptima en los servicios de cirugía y medicina del Hospital II Huamanga-Essalud 2019.

1.3.2. HIPOTESIS ESPECÍFICA

La calidad de las notas de enfermería es deficiente en los servicios de cirugía y medicina del Hospital II de Huamanga-Essalud 2019

La calidad del registro de la hoja de signos vitales es óptima en los servicios de cirugía y medicina del Hospital II de Huamanga-Essalud 2019

La calidad de registro del kardex de enfermería es óptima en los servicios de cirugía y medicina del Hospital II de Huamanga-Essalud 2019

1.4. VARIABLE

Calidad de los registros de enfermería

- Notas de enfermería
 - Datos subjetivos
 - Datos objetivos
 - Planificación
 - Diagnóstico de enfermería
 - Intervenciones de enfermería
 - Evaluación
- Hoja de signos vitales
 - Temperatura
 - Presión arterial
 - Frecuencia cardiaca
 - Frecuencia respiratoria
 - Saturación de oxígeno
- Kardex de enfermería
 - Nombre del paciente
 - Numero de cama
 - Fecha
 - Diagnostico
 - Servicio
 - Medicación

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	PUNTAJES
Calidad de registros enfermería	Son aquellos atributos de que debe presentar registros enfermería como partes del proceso de atención enfermería, para ser considerado calidad debe ser objetiva, actualizada, completa, organizada, concisa y confiable.	La calidad de los registros de enfermería se obtendrá mediante el análisis documental de las historias clínicas y será tendré como valor de final como optimo, regular o deficiente	Notas de enfermería Hoja de signos vitales	<ul style="list-style-type: none"> • Datos subjetivos • Datos objetivos • Planificación • Diagnóstico de enfermería • Intervenciones de enfermería • Evaluación • Temperatura • Presión arterial • Frecuencia cardiaca • Frecuencia respiratoria • Saturación oxígeno 	<p>Optimo Mayor o igual a 14 puntos</p> <p>Regular 10 a 13 puntos</p> <p>Deficiente Menor a 10 puntos</p> <p>Optimo Mayor o igual a 10 puntos</p> <p>Regular 7 a 9 puntos</p> <p>Deficiente Menor de 7 puntos</p>

Kardex enfermería	de	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre del paciente • Numero de cama • Fecha • Diagnostico • Servicio • Medicación 	<p>Optimo Mayor o igual a 9 puntos</p> <p>Regular 6 a 8 puntos</p> <p>Deficiente Menor a 6 puntos</p>
----------------------	----	---	---

II. MATERIALES Y METODOS

2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo fue de enfoque cuantitativo, debido al empleo de la cuantificación y el análisis de los datos recolectados en la investigación mediante la ficha de cotejo respecto a los registros de enfermería.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue de tipo aplicada, porque se buscó la aplicación de los conocimientos obtenidos en la investigación básica, con el propósito de solucionar problemas prácticos y posterior aplicación a la realidad para su mejora y dominio.

2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue descriptiva, debido a la descripción de la calidad de registros de enfermería a través del uso de los métodos y las técnicas estadísticas tanto para el análisis e interpretación de los datos.

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue de diseño no experimental, porque no se realizó la manipulación deliberada de la variable en estudio y transversal, ya que los datos se recolectaron en un solo momento y tiempo único.

2.5. AREA DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en los servicios de cirugía y medicina del Hospital II de Huamanga-Essalud.

2.6. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por la totalidad de historias clínicas que contenían los registros de enfermería: notas de enfermería, kardex de enfermería y la hoja de funciones vitales de los pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital II de Huamanga-Essalud en octubre del 2019.

2.7. MUESTRA

La muestra fue integrada por conveniencia con (80) historias clínicas que contenían registros de enfermería (notas de enfermería, kardex y hoja de funciones vitales): 40 fueron del servicio de cirugía y 40 del servicio de medicina de los pacientes hospitalizados, siendo la unidad de análisis la historia clínica.

2.8. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

2.8.1. TECNICA

Se empleó dentro de la técnica a la observación, con la finalidad de identificar los registros de enfermería como parte de la historia clínica.

2.8.2. INSTRUMENTO

Ficha de cotejo/revisión documentaria

El instrumento fue tomado de la tesis de Coronado P y Contreras Q del 2017 el cual consta de las siguientes dimensiones:

- **Calidad de registros de las notas de enfermería.**

Conformado por la evaluación de forma el cual tiene 3 ítems: escritura, legibilidad y registro completo (firma, sello, color apropiado), teniendo un sub total de 3 puntos. Evaluación de la estructura, conformado por 6 ítems: datos objetivos y subjetivos, diagnóstico de enfermería, planificación, intervención y evaluación del cuidado de enfermería, teniendo un sub total de 6 puntos y la evaluación de la coherencia, conformado por 5 ítems: diagnóstico, planificación, intervención, evaluación y la valoración del profesional de enfermería, lo cual tendrá un sub total de 10 puntos. Por otro lado, la puntuación del sub total de las notas de enfermería tendrá una puntuación de 19 puntos.

- **Calidad de registro de signos vitales.** Está integrado por la evaluación de forma conformado por 4 ítems: escritura, legibilidad, gráfica y color, lo cual tiene un sub total de 3 puntos; evaluación de estructura, constituido por 6 ítems: fecha, días de hospitalización, servicio, número de cama, número de historia clínica, teniendo un sub total de 3 puntos y la evaluación de coherencia, conformado por 2 ítems: formato de signos vitales con la respectiva valoración y la hoja de signos vitales con intervenciones de enfermería, lo cual tienen un sub total de 6 puntos. Asimismo, la puntuación del subtotal tiene un puntaje de 13 puntos.

- **Calidad de registro del kardex.** Conformado mediante la evaluación de forma, constituida por 3 ítems: escritura, legibilidad, uso de símbolos/color, lo cual tienen un sub total de 3 puntos; evaluación de estructura, integrado por 6 ítems: datos del paciente, número de cama, la fecha y el servicio de hospitalización, diagnóstico médico, medicación y la evaluación de la coherencia, integrado por 3 ítems: indicación médica, ejecución de la medicación y el registro de enfermería, teniendo un sub total de 6 puntos. Asimismo, el formato de la hoja de kardex tiene la puntuación sub total de 12 puntos.

Finalmente, el puntaje total de los registros de enfermería tiene 44 puntos, el cual fue

evaluado y registrado en óptimo (≥ 33 puntos), regular (23-32 puntos) y deficiente (< 23 puntos).

La ficha de cotejo fue elaborada en base a la Norma Técnica de historia clínica establecido por el MINSA y un cuestionario de auditoría de la calidad de los registros de enfermería en las historias clínicas utilizada de la investigación por Coronado P y Contreras Q del 2017, dichos documentos fueron aplicados a la prueba piloto y analizados con el alfa de cronbach (56)

2.9 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó la gestión para la autorización del estudio ante el director del Hospital II de Huamanga Essalud, una vez logrado la autorización, se procedió con la coordinación con los jefes de cada servicio, posteriormente se identificó la unidad de estudio y se realizó la recolección de datos mediante la ficha de cotejo en cada servicio y el respectivo control de calidad de los datos.

2.10 PROCESAMIENTO, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

2.10.1 PROCESAMIENTO DE DATOS

Se procedió en realizar la respectiva numeración de cada instrumento seguidamente la verificación, posteriormente se ingresó todos los datos al Excel 2013 mediante la creación de la sabana de base de datos para su calificación y clasificación, Finalmente se elaboró los cuadros estadísticos según los objetivos planteados.

2.10.2. ANALISIS DE DATOS

Fueron procesados mediante el software estadístico SPSS versión 22 y Microsoft Excel 2013, para el análisis estadístico se empleó la estadística descriptiva, a través de gráficos y tablas estadísticas, luego se procedió al análisis, síntesis, interpretación y discusión para luego realizar las conclusiones y recomendaciones.

III. RESULTADOS

TABLA N° 01

Calidad de registro de notas de enfermería en los servicios de cirugía y medicina de Hospital II de Huamanga-Essalud 2019.

Calidad de registros de notas de enfermería	Cirugía		Medicina	
	N	%	N	%
Deficiente	20	50	20	50
Regular	3	7.5	2	5
Optimo	17	42.5	18	45
Total	40	100	40	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la ficha de cotejo.

En la tabla N° 01 se observa la calidad de registro de las notas de enfermería (forma, estructura y coherencia) del 100% de las historias clínicas evaluadas en el servicio de medicina y cirugía del hospital II Essalud-Ayacucho, revela que en el servicio de medicina el 45 % es de óptima calidad, 50% deficiente y el 5% regular a diferencia que, en el servicio de cirugía, el 42.5% es óptima, 50% deficiente y el 7.5% regular, demostrando una rigurosidad deficiente menor a 75% en ambos servicios del Hospital II de Huamanga- Essalud - Ayacucho.

TABLA N° 02

Calidad de registro en Kardex de enfermería en los servicios de cirugía y medicina del hospital II de Huamanga-Essalud 2019.

Calidad de registros de kardex	Cirugía		Medicina	
	N	%	N	%
Deficiente	4	10	0	0
Regular	1	2.5	0	0
Optimo	35	87.5	40	100
Total	40	100	40	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la ficha de cotejo.

En la tabla N° 02 se observa a la calidad de registro de kardex de enfermería (forma, estructura y coherencia) del 100% de las historias clínicas evaluadas en el servicio de medicina y cirugía del Hospital II Essalud-Ayacucho, revela que, en el servicio de medicina, el 100% de kardex de enfermería es de óptima calidad a diferencia que en el servicio de cirugía donde el 87.5% es óptimo, 10% deficiente y el 2.5% de calidad regular, demostrando una rigurosidad optima mayor a 75% en el Hospital II de Huamanga- Essalud - Ayacucho.

TABLA N° 03

Calidad de registro de la hoja de signos vitales de enfermería en los servicios de cirugía y medicina del Hospital II de Huamanga- Essalud 2019.

Calidad de registros de signos vitales	Cirugía		Medicina	
	N	%	N	%
Deficiente	0	0	0	0
Regular	19	47.5	14	35
Optimo	21	52.5	26	65
Total	40	100	40	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la ficha de cotejo.

En la tabla N° 03 se observa a la calidad de registro de hojas de signos vitales (forma, estructura y coherencia) del 100% de las historias clínicas evaluadas en el servicio de medicina y cirugía del Hospital II Essalud-Ayacucho, revela que en el servicio de medicina el 65% de hojas de signos vitales es de óptima calidad, 35% regular, mientras del servicio de cirugía, el 52.5% es óptimo, 47.5% regular, denotando una rigurosidad regular en ambos servicios del Hospital II de Huamanga-Essalud-Ayacucho.

IV. DISCUSIÓN

El sistema de salud tiene como fin esencial ofrecer un servicio de calidad de excelencia, para el logro de dicha calidad se debe medir el proceso asistencial ya que están estrechamente relacionados.

La historia clínica es un documento fundamental porque contiene los aspectos vinculados con el paciente, diversos autores señalan que los registros son herramientas para la calidad asistencial, además es considerado como un documento médico legal ante suceso de naturaleza jurídica, asimismo, sirve como base de datos para diversos estudios y elaboración de indicadores, entre los componentes de la historia clínica tenemos a la hoja de ingreso, historia clínica propiamente dicho (anamnesis y examen físico), hoja de evolución, hoja de tratamiento, hoja de enfermería, hoja de grafica de funciones vitales, hoja de consentimiento informado, hoja de epicrisis y el alta voluntaria.

La globalización, las tecnologías de información y comunicación son consideradas como retos en el profesional de enfermería para el logro de la gestión del cuidado de calidad, esto implica el avance de instrumentos y documentos que vigilen de forma integral en la atención del paciente. Una de las herramientas son los registros del profesional de enfermería los cuales evidencian los cuidados brindados al paciente con un marco jurídico y principios éticos, además son indicadores que miden la calidad del cuidado para una mejora continua.

En cuanto a la calidad de registros de las notas de enfermería (forma, estructura y coherencia) en los servicios de cirugía y medicina del Hospital II de Huamanga-Essalud 2019. (Tabla N° 01), tras la aplicación de la ficha de cotejo de evaluación, se demuestra que el 50% de las notas de enfermería tienen una calidad deficiente en ambos servicios; y un porcentaje menor de 45% optima en el servicio de medicina y 42.5% en cirugía; es decir, todas las historias clínicas revisadas se encuentran por debajo de 75%, esta evidencia que el

profesional de enfermería no cumple con la gran mayoría de los requisitos evaluados; estos resultados coinciden con los hallazgos de diversas investigaciones en diferentes regiones del País, como:

Coronado y Contreras en su investigación desarrollado en el 2017 sobre la calidad de registros de enfermería en el servicio de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena, Ayacucho, demostraron que el 60.8% de las notas de enfermería son deficientes, tanto en la dimensión de forma (legibilidad, escritura sin enmendadura, registros completos de datos por parte del profesional y el paciente), estructura del SOAPIE (evidenciando que no han redactado de manera completa y adecuada en los datos subjetivos y diagnóstico de enfermería según el NANDA, así como en la planificación y evaluación) y en la dimensión de coherencia (registros incoherente, intervención con la planificación, evaluación con concordante con las etapas del PAE). En conclusión, la redacción de las notas de enfermería tiene una calidad deficiente en los servicios de cirugía, traumatología y medicina del Hospital Regional de Ayacucho. (56)

Chávez E. en Chachapoyas durante el 2014 en su investigación arribaron como resultado que el 59% de las notas de enfermería del Hospital Gustavo Lujan se encuentran mayormente incompletas, el 40.4% mínimamente incompletas, en cambio en el Hospital I Héroes del Cenepa, el 44% son mayormente incompletas, el 56% mínimamente incompletas, similares resultados se demuestran en cuanto a las características del contenido y la estructura. La prueba de t de student demuestra que existe relación significativa en la redacción de notas de enfermería en los hospitales en comparación. (57)

Laura, en el 2017, desarrollo el estudio “Calidad de registro de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía del Hospital Regional de Puno”, demostrando que el 80% de las notas de enfermería tienen mala calidad y el 20% de regular calidad. (58)

Córdova G y Sosa E. (2010) en Piura realizaron la investigación “Calidad de las notas de enfermería en lo profesionales de enfermería hospitalaria” evidenciaron que el 74.2% de las notas de enfermería es de mala calidad, 29.3% regular calidad y el 6.4% buena calidad. (17)

Regalado (2014) en Huaraz realizo el estudio “Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de las notas de enfermería del servicio de emergencia Hospital Ramos Guardia Huaraz-2014”, concluye que los factores extrínsecos e intrínsecos influyen en el adecuado registro de las notas de enfermería, teniendo a la edad, la motivación y el nivel de conocimiento como aspectos intrínsecos, por otros lado, en los extrínsecos a la sobredemanda, infraestructura, falta de capacitación y la dotación del enfermero. (59)

Quevedo y Yampute (2013), en Lambayeque realizaron el estudio “Evidencia del proceso enfermería en los registros de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Lambayeque, 2013”, concluyeron que solo existe valoración en el aspecto biológico y falta de redacción del PAE, no se registra el diagnostico enfermero y la planificación, en la ejecución solo se registra las actividades multidisciplinaria y en la evaluación son de registra la dimensión biológica. (60)

Del mismo modo este resultado y los hallazgos de los estudios citados en diferentes regiones del Perú demuestran que la redacción de las notas de enfermería es de calidad deficiente, es concordante con los resultados hallados en otros países latinoamericanos como:

López et al, 2015, en México, realizo la investigación “Niveles de cumplimiento de la calidad del registro de enfermería, México 2015” concluyo que los indicadores de la

identificación, aspectos de valoración, elaboración y redacción de los registros y evaluación son considerados como áreas de mayor déficit en cuanto al registro, en cuanto a la calidad de los registros, el turno mañana (65.86%), tarde (65.46%) y noche (66.20%) demuestra una calidad de no cumplimiento, es decir, el profesional de enfermería no cumple con gran parte de los registro del proceso de atención de enfermería, demostrando una necesidad para una intervención educativa para la mejora continua de los formatos de enfermería.. (61)

Farfán, (2013) en Colombia, demostró que el contenido en los registros de preocupante pues es muy general, generando en muchos casos escasa evidencia en cuanto a los cuidados realizados en el paciente y la condición en la que se encuentra. (62)

Chaparro (2007), en Colombia realizo un estudio concluyendo que el cuidado enfermero no se demuestra con la aplicación del PAE, de igual manera mediante los formatos de enfermería, asimismo el formato de las hojas de enfermería es de manera narrativa. Finalmente existen escasos registros por el profesional de enfermería por la deficiencia en los criterios ético legales. (17)

Catarina (2012), Brasil, en el estudio “Evaluación y mejora del registro de valoración de enfermería en un Hospital de Brasil, 2012”, concluye que las fases que no se redactan adecuadamente en el PAE son la planificación, diagnostico enfermero y la posterior evaluación. (63)

Haciendo el análisis de los resultados arribados en el presente estudio, contrastado con las investigaciones de diferentes regiones del Perú y otros países latinoamericanos, se infiere que la calidad de los formatos de las notas de enfermería en su mayoría es deficiente, es decir que la comunicación en la entrega de turno no brinda información relevante conllevando a brechas e interpretaciones inadecuadas. Estas limitaciones en la comunicación generan interrupción en la gestión el cuidado, tratamiento inadecuado,

incluso generar un daño potencial en el paciente, como lo manifiesta la Organización Mundial de la Salud (OMS) que entre 1995 y 2006 la limitada comunicación durante el turno fue la causa primordial para los eventos adversos, siendo la causa más frecuente de reclamos por mala praxis en los Estados Unidos, asimismo entre 25000 a 30000 daños evitables y ocasionaron una discapacidad de los usuarios. En Australia, el 11% de los eventos fueron generados por una comunicación deficiente. (7)

No se puede comparar con los continentes: África, América del norte, Antártida, Asia, Europa y Oceanía por falta de información.

Las notas de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho en su mayoría son inadecuadas y pueden generar implicaciones éticas legales.

Las notas de enfermería es una herramienta que permite monitorear la responsabilidad, calidad humana, principios éticos, aspectos científico y técnico del enfermero, esto demuestra la práctica y trabajo colectivo en el paciente. Este formato debería ser redactado de manera clara, precisa, detallada, ordenada y con conocimiento científico, asimismo, permite emitir un juicio del estado de salud del paciente.

Las ausencias de las notas de la gestión del cuidado demuestran una falta legal, ética y profesional, pone en duda si el profesional de enfermería asume la responsabilidad de la gestión de los cuidados en el paciente.

Al realizar una anotación del cuidado enfermero, debe redactarse de manera detallada los cuidados realizados en el turno y detallar los procesos desarrollados, para facilitar y constatar el seguimiento por parte del equipo de enfermería, de allí se deriva la trascendencia de redactar adecuadamente el problema del paciente, orientar la terapéutica, tener un contenido científico, carácter docente, elemento administrativo e implicancia ético legal.

Cuando el profesional de enfermería comprenda la importancia del bienestar del paciente, analizar datos de su práctica, tendrá múltiples herramientas para evidenciar que el cuidado enfermero es de calidad, pero mientras falte datos en los documentos y en las estadísticas no se dispondrá de argumentos válidos para refutar las implicancias legales.

Las notas de enfermería son la base de la profesión, entonces existe la obligación de realizarlo y generar el desarrollo de esta disciplina. Permite demostrar que la gestión del cuidado al paciente se realiza con autonomía profesional, la autonomía profesional significa asumir con responsabilidad nuestro actuar, respetando las competencias de los miembros del equipo de enfermería, favoreciendo la colaboración y garantizando un servicio de mejor calidad.

Conforme a los hallazgos expuesto requiere intervención de la comisión internacional de enfermería, colegio profesional de enfermería del Perú, Universidades, Ministerio de Salud y poder legislativo, para dar la mayor dinamicidad, capacitaciones y mayor exigencia, y así garantizar la calidad de la gestión del cuidado en los establecimientos intra y extra hospitalarios.

García S, en la investigación “Análisis de los informes de enfermería de los hospitales públicos de la ciudad de corrientes, Argentina, 2010”, reportan como resultado que el 66% de las enfermeras de los tres turnos cumplen con redactar la filiación y datos generales del usuario y el 34% no cumple, por otro parte, el 99% del emplea abreviaturas permitidas por las instituciones y solo el 1% no emplea, el 44% del personal tiene identificación cuando culmina el registro de enfermería y el 39% registra de manera legible y clara.

Respecto a la calidad de los registros de kardex en enfermería (forma. Estructura y contenido) en los servicios de cirugía y medicina del Hospital II de Huamanga-Essalud 2019 (Tabla N 02), se evidencia que en el servicio de medicina el 100% es de calidad

eficiente y en servicio de cirugía el 87.5% eficiente, demostrando una rigurosidad optima mayor al 75% en ambos servicios. Estos resultados son semejantes en los resultados obtenidos por Laura V (2016) en Puno, donde indica que gran parte de los formatos de kardex es de buena calidad, del mismo modo, Gutiérrez y Col, en su estudio demuestran que el 85.4% de las enfermeras redactan correctamente el tratamiento farmacológico y el 56.1% redacta con borrones y manchas en el kardex. (65)

Sin embargo, estos resultados difieren con los resultados de los estudios realizados a nivel local por Palomino B (2013), donde obtuvo como resultado en su tesis “Calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho” que el 73.08% tienen deficiente calidad por estar incompletos, no redactar el motivo de administración de medicamentos, las reacciones producto del tratamiento, y el 26.92% son de buena calidad producto del empleo de términos autorizados, tinta azul de día y rojo en la noche, datos completos del profesional de enfermería. (19)

Cunto M (2004) en Ayacucho, en su tesis “Calidad de las anotaciones de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena”, concluyo que el 66.14% de las anotaciones de enfermería son de deficiente calidad, sin embargo, el 100% de los enfermeros consideran que las anotaciones son útiles y un 33.3% refieren que demanda tiempo su realización. Por otro lado, el 66.7% de los médicos refieren que para ver la evolución del paciente solo ocasionalmente leen las anotaciones de enfermería. (20)

Estas diferencias probablemente se deben a que con el correr del tiempo el profesional de enfermería viene adquiriendo competencias con el registro de kardex por la misma exigencia. El kardex es visualizado no solo por el enfermero y probablemente por el equipo de salud de la institución.

Del mismo modo el resultado obtenido difiere con los hallazgos de los investigadores nacionales e internacionales:

Pariapaza J y Puga L, en el estudio “Factores personales e institucionales y calidad de los registros de enfermería del servicio de medicina varones, H.R.H.D. Arequipa 2017”. Concluyeron que el 65.1% muestra una deficiente calidad de registros de enfermería. (66)

Mateo A. (2015), en Guatemala, realizo la investigación “Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres del hospital nacional de Mazatenango, Suchitepequez, Guatemala, agosto a octubre 2014”, concluyo que el 97% de los errores fueron corregidos inadecuadamente, el 91% de las notas de enfermería no redacta la medición administrada en el turno asignado. (67)

Farfán, en Colombia en 2013, realizo un estudio concluyendo que el registro de enfermería no presenta un orden lógico en la descripción, escaso en la caracterización de administración de fármaco, reacción medicamentosa, redacción de los medicamentos con denominación comercial, registro sin firma, errores ortográficos y datos incompletos, empleo indiscriminado de las siglas no universales. (64)

Cedeño S y Guananga D (2013) en Ecuador realizo la tesis “Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el Hospital Abel Gilbert Ponto 2013” concluyeron que el 80% de las historias clínicas no disponen con los formatos de enfermería respecto a la administración de medicamentos. (8)

En el código penal de nuestro país se evidencia como delito: imprudencia, negligencia, impericia y la violación de las normas éticas básicas, así como la ausencia de los cuidados mínimos, si alguien hubiera sido lastimado se considera como delito de lesiones culposas. Entonces la conducta del profesional de enfermería es culposa, cuando en el concurren alguno de los factores mencionados como, el formato de administración es

responsabilidad absoluta del profesional de enfermería y debería tener un 100% de calidad, y en nuestro estudio es evidente observar un inadecuado manejo.

De acuerdo con el análisis de los resultados del estudio, se infiere; que el profesional de enfermería del hospital Essalud de Ayacucho son eficientes en el registro de diferentes actividades en el kardex, esto posiblemente es debido a que el registro es monitoreado y observado de forma permanente por el equipo de salud, razón por la cual el profesional de enfermería brinda mayor importancia al registro ya que en ella se redacta las ordenes médicas, exámenes auxiliares, procedimientos, cuidados realizados por el profesional de enfermería y terapéutica, sin embargo los hallazgos demostrados en otros estudios, como el Hospital Regional de Ayacucho, de Arequipa y de otros países como Colombia, Guatemala, Argentina nos señalan que es de calidad deficiente, por tanto existe la necesidad de sensibilizar la relevancia de la gestión del cuidado. Estas limitaciones influyen de manera negativa en la gestión el cuidado y evidencia una falta de compromiso en la práctica profesional que puede conllevar a inconvenientes ético legales.

Respecto a la calidad de registro en la hoja de signos vitales de enfermería en los servicios de cirugía y medicina del Hospital II de Huamanga-Essalud 2019 (Tabla N° 03), se evidencia que, en el servicio de medicina, el 65% es de óptima calidad, el 35% regular, en cuanto al servicio de cirugía, el 52.5% es óptimo, 47.5% regular. Estos resultados son concordantes con los hallazgos de Laura, en Puno, 2016, donde concluye que los pacientes que fueron dados de alta en el servicio de cirugía general tiene una buena calidad en la redacción de la hoja gráfica, gran parte de los enfermeros registro 14 de los 16 ítems.

De manera similar Farfán, en Colombia reporta que el expediente de un tribunal departamental ético de enfermería en cuanto al formato de signos vitales identifico que el 64% de los registros cumple con los ítems evaluados.

Sin embargo, los resultados adquiridos difieren de manera significativamente con la investigación de Gariapaza y Col, en Arequipa, donde encontraron que el 90.4% de la hoja grafica de funciones vitales están por mejorar. (66)

De igual forma Cedeño y Col, en Ecuador-2013, en el Hospital Abel Gilbert Ponton concluyeron que el 88% de las historias clínicas no cumplen con un registro correcto de las funciones vitales de acuerdo a las normas establecidas.

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio y con sustento de las investigaciones mencionadas anteriormente, se infiere que la redacción de la hoja grafica de funciones vitales en gran parte son de buena calidad, debido a que los registros son revisados por el equipo de salud y porque el enfermero sabe que es un indicador del estado funcional del paciente. Sin embargo, un porcentaje significativo de resultados señalan que la redacción de la hoja grafica de funciones vitales es deficiente, como tener borrones, letra ilegible conllevando a errores en la lectura y desconfianza en el equipo de salud. La falta de registro no permitirá conocer con exactitud la evolución del estado general del paciente.

Conforme sustenta Carpenito la omisión del registro de las funciones vitales influye en la evaluación adecuada del paciente, siendo uno de los componentes clínicos confiables para la toma de decisiones oportunas y correctas de la evolución del paciente. (68)

V. CONCLUSIÓN

1. Las notas de enfermería son registros fundamentales en la gestión del cuidado, siendo el 50% de ellos deficiente, no redactan adecuadamente las notas de enfermería, generando dificultades en la comunicación en el momento del cambio de turno o bien podría darse una interpretación incorrecta de esta.
2. El registro del kardex es de óptima calidad, demostrándose en un 100% que el profesional de enfermería del servicio de medicina y cirugía del Hospital II de Huamanga-Essalud registran de manera adecuada la hoja de kardex.
3. La redacción de la hoja de funciones vitales es de óptima calidad, el 65% en el servicio de medicina y el 52.5% en cirugía, esto demuestra que la mayoría de los profesionales de enfermería cumplen adecuadamente con el registro, que constituye una herramienta indispensable como indicador del estado funcional del paciente, permite al personal médico actuar inmediatamente frente a los cabos y evitar complicaciones en el paciente. Sin embargo, el 35% en medicina y el 47.5% en cirugía es de regular calidad que dificulta conocer con exactitud la evolución del estado del paciente, no permitirá realizar intervenciones y tratamientos oportunos, finalmente esto podría afectar a la recuperación del paciente.
4. En resumen, la redacción de los registros no evidencia la calidad de atención a los pacientes en el aspecto asistencial, por lo tanto, consideramos de vital importancia realizar una socialización y sensibilización y así contribuir a la mejora continua en la redacción de los registros de enfermería.

RECOMENDACIONES

A LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA-ESSALUD

En el programa de la educación continua incluir la capacitación del personal de enfermería respecto a la calidad de los registros de enfermería, redactar manuales sobre el adecuado llenado de los registros de enfermería y estandarizar los formatos de enfermería en los servicios de hospitalización.

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA

Dar cumplimiento al reglamento de la ley del trabajo del profesional de enfermería en el artículo 9, inciso A donde señala como función de la enfermera brindar cuidado integral de enfermería basada en el proceso de atención de enfermería, siendo registrado de manera obligatoria en la historia clínica del paciente.

Realizar socialización y sensibilización al personal de enfermería a través de la propuesta de un plan de mejora de la calidad de los registros de enfermería. Asimismo, elaborar con responsabilidad y científica la redacción de los registros de enfermería

A LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA-UNSCH

Los docentes deben fortalecer los conocimientos y prácticas del llenado correcto de los registros de enfermería, de igual manera acompañar y supervisar el llenado adecuado de los registros de enfermería durante el desarrollo de las prácticas clínicas, con la finalidad de sensibilizar el desempeño del profesional de enfermería.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. ALVARADO J, CARPENITO LJ. Planes de cuidado y documentacion en Enfermeria. 1st ed. Mc- Graw- Hill , editor. Madrid - España: Interamericana.; 2002.
2. DUGAS B. Tratado de Enfermeria Practica. 4th ed. Interamericana , editor. España: Mc- Graw- hill; 2000.
3. BENAVENT MA, LEAL C. Mesa de los aspectos Eticos Legales de los registros de Enfermeria. Mexico; 2002.
4. PERRY POTTER, Registro del personal de enfermeía, 2005
5. FREITES D, TORCATT M. Informacion que posee el profesional de enfermeria sobre los registros de enfermeria en el Hospital Nacional de Venezuela. 2007.
6. MANCO MALPICA A. Proceso de Enfermeria y Disgnostico. 2nd ed. Mc Graw- Hill , editor. Lima: Editorial Interamericana; 2010.
7. MENECEZ P. Calidad del registro de Enfermeria S.O.A.P.I.E. en la unidad de cuidados intensivos neonatales Hospital Seguro Social Universitario la Paz [tesis de Bachiller].Cochabamba: Universiad Aquino Bolivia Facultad de ciencias de ciencias de salud. 2012.
8. CEDEÑO TAPIA D, GUANANGA IZA DC. Calidad de los registros de enfermeria en la historia clínica en el hospital Abel Gilbert Potón 2013[tesis de licenciatura].Ecuador: Universidad de Guayaquil Facultad de ciencias medicas escuela de enfermeria;. 2013.
9. GONZALEZ M. Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermeria en el Hospital General de zona N°32 Villa Coapa[tesis de licenciatura].Guadalajara: Universidad Universidad Autonoma de Mexico. 2009.
10. MALDONADO M. Calidad de la estructura, en su factor registro del cuidado del paciente hospitalizado y au relacion con el adiestramiento de las(os) enfermeros(os) de atencion directa en el Hospital Dr. Victorino Santeella Teques- Miranda. 2006.
11. GARCIA S, MESA A. Analisis de los informes de enfermeria de los hospitales públicos de la ciudad de Corriente[tesis de licenciatura] Argentina: Universidad nacional de Argentina facultad de medicina;. 2007.
12. CHAPARRO L, GARCIA DC. Registros del profesional de enfermeria como evidencia para la continuidad del cuidado[tesis de licenciatura].Bogota: Universidad Autonoma de Colombia. Facultad de Medicina;. 2012.
13. SETZ GRESPAN V. Evaluacion de la calidad de los registros de enfermeria en la historia clinica por medio de la auditoria. 2006.
14. MORALES LOAYZA SC. Calidad de las notas deenfermeria en la unidad de cuidados intensivos- Hospital regional de Moquegua 2011[tesis de especialidad]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman Tacna Facultad de ciencias de la salud. 2012.
15. TIPACTI , VARGAS. Calidad de anotaciones de Enfermeria segun criterios eticos profesionales en el Hospital Hipolito Unanue[tesis de bachiller]. 2007. Universidad Nacional de Tacna. 2007.
16. BETANCOURT P, COL Y. Calidad de las anotaciones de Enfermeria en un servicio de Medicina A-4 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Online]. 2010 [cited 2018 abril 23. Available from: <http://www.who.int/topics/primary.health.care/es/OMS-temas de salud>

17. CORDOVA G, SOSA E. Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria Hospital III Jose Cayetano Heredia [tesis de licenciatura] Piura: Universidad de Piura facultad de Ciencias de la Salud. 2010.
18. MEJIA L. Calidad en la elaboración de anotaciones de enfermería en el servicio de Cirugía, Hospital Victor Ramos Guardia[tesis de licenciatura].Huaraz: Universidad de Huaraz Facultad de Ciencias de la Salud. 2010.
19. PALOMINO B. Calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho. 2013.
20. CUNTO ARONE M. Calidad de las anotaciones de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Ayacucho[tesis de licenciatura] Huamanga: Universidad Nacional San Cristobal de Huamanga. 2004.
21. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Temas de Salud. [Online].; 2010 [cited 2018 enero 24. Available from: <http://www.who.int/topics/primary.health.care/es/OMS-temas-de-salud>.
22. MINSA. Calidad en salud. [Online].; 2011 [cited 2018 marzo 12. Available from: www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/SistemaGestiondeLaCalidad.pdf.
23. MARTINEZ MONDEJAR B. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería 1ra edición. Ecuador. 2001.
24. BERNOCCHI D. Manual de evaluación de la calidad del servicio en enfermería. 2nd ed. Lima Peru , editor. Lima: Medica Panamericana; 2010.
25. ASESORY G. Características de los registros de enfermería que hacen parte de expediente de un tribunal de enfermería. 1st ed. medica , editor. Colombia: Cervantes; 2005.
26. RAE , AALE. Diccionario. 2006.
27. HERNANDEZ O. Enfoque en calidad. 1ra edición. Editorial Casa de libro. Chile. 2008.
28. CURRELL R, URQUHART C. Sistema de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria. 3rd ed. España , editor. España: Vallejos; 2008.
29. RIOS S. Elaboración y desarrollo de registros de Enfermería. 1st ed. Oscar treller Montes , editor. Mexico: civil Educativa; 2014.
30. HONTANGAS. Proceso de Enfermería y Diagnostico. 2nd ed. Hill , editor. Mexico: Mc- Graw; 2006.
31. LONIZA CALDERON Y. Enfoque para un cuidado de calidad. 3rd ed. Masson , editor. España: Versalles; 2004.
32. BRUNNER Y, SUDDARTH. Enfermería Médico quirurgico. 8th ed. Hill Interamericana , editor. Mexico: Mc Graw; 2001.
33. YEPES S. Bases para un lleno adecuado de las notas de enfermería. 1st ed. Barcelona , editor. Barcelona: Massone; 2005.
34. AMEZCUA M. La calidad en la documentación clínica de enfermería. [Online].; 2014 [cited 2018 abril 04. Available from: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/sumario.php.43k>
35. CARPENITO L. Planes de cuidado y documentación en Enfermería. 1st ed. Hill - Interamericana , editor. España: Mc-Graw; 1994
36. RODRIGUEZ SALVA A. Inventario del clima organizacional como una herramienta necesaria para evaluar la calidad del trabajo. Rev. Cubana de Higiene y epidemiología. La Habana. 2006 noviembre; 2(100-112).

37. ALFARO. Aplicacion del proceso Enfermero. 1ra edicion. Editotrial Masson. España. 1996.
38. EGGLAND , HERINEMANN. Proceso de atencion de enfermeria Manual moderno. 1st ed. NEFEMRR , editor. Mexico: mexico Medica; 2002.
39. FERNANDEZ A. Manual y procedimientos de un sistema de calidad. 5th ed. JORGE S.A , editor. España: Instituto de Fomento Regional; 2002.
40. URQUIZA R. Conceptos de calidad en salud. 2nd ed. Buena salud , editor. Venezuela: Epiteme; 2004.
41. MENDEZ G. Notas de enfermería. 2001.
42. MARRINER T, RAILE A. Modelos y teorías en Enfermería. 4th ed. Mosby , editor. España: Harcourt Brace; 2000.
43. PRIETAS DE ROMANO G, OTROS. Notas de enfermería: tribunal nacional ético de enfermería. 1st ed. SCEA , editor. Mexico: Salud y Ciencia; 2007.
44. CORTES G. Estudio sobre la cumpimentación de los registros de Enfermería. 5th ed. Enfermería , editor. España: Ibeoamericana; 2009.
45. KOZIER B, OLIVIEERI G. Enfermería Fundamentos, Conceptos, Procesos. 4th ed. Interamericana , editor. Madrid - España: Graw-Hill; 1994.
46. SMETZER. Investigacion Cientifica en Ciencias de la Salud. 5th ed. Hill , editor. Mexico: Mc Graw; 1998.
47. SERVIN MORALES E. Formato de registros clínicos de enfermería quirurgica. 1st ed. Ciencias en enfermería , editor. Mexico: Gomez; 2012.
48. ARMUTLU , FOLEY , SURETTE. Manual de evaluacion de la calidad del servicio en enfermería. 2nd ed. Médica Panamerica , editor. Colombia: Médica Panamericana; 2008.
49. DE CORDERO LUCENA G. Metodología de la investigación de la investigacion. Manual para el desarrollo del personal de salud. 1st ed. Enfermería , editor. Mexico: Fernandez; 2006.
50. HERNANDEZ M. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque practico. 1st ed. Barcelona , editor. Barcelona: Masson; 2007.
51. SMITH S. Procedimientos para la elaboración del PAE métodos y práctica. 1st ed. Caracas , editor. Caracas: Saavedra; 2010.
52. LA NORMA TECNICA. N° 002-MINSA/DGSP-V.02 del sector salud del Perú. 2005
53. FUNDACION UNIVERSITARIA DE AREA ANDINA. Administración de registros clínicos. [Online].; 2004 [cited 2018 abril 24. Available from: http://www.areandina.edu.co/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=848&Itemid=312.2004.
54. FERNANDEZ JAIME M. Factores que afectan el correo llenado de los registros clínicos de enfermería en el hospital genral. Villa Mexico. 2009 marzo ; 3(45-46).
55. HERNANDEZ SAMPIERI R. Metodologá de la investigacion. Mc Graw Hill. 5a Edición. Perú. 2008.
56. Coronado k. y Contreras j, Calidad de los registros de enfermería de los servicios de cirugía, medicina y traumatología Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena. Ayacucho 2017.

57. Chávez Escobal; E, Características de las notas de enfermería de los hospitales del distrito de Bagua-2013"Universidad Nacional "Toribio Rodríguez de Mendoza" de Amazonas. Facultad de Enfermería.
58. Laura Vega. Calidad del Registro de Enfermería en la Historia Clínica del servicio de cirugía del Hospital Regional Manuel N. Butrón. Puno 2017.
59. Regalado, N ²²; en su investigación "Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de Notas de Enfermería del Servicio f de Emergencia- Hospital Ramos Guardia Huaraz-2014", realizado en la Universidad Autónoma de Ica año 2015,
60. Quevedo y Yampufé, "Evidencia del proceso enfermero en los Registros de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque, 2013"
61. López Cocotle J, et al "Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de enfermería, 2015" Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad, Vol.6, N°1 (sept-Dic) 2015. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco - México
62. Farfán , G¹⁵, Registros de Enfermería contenidos en expediente del Tribunal de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería Departamento de Salud Colectica, Colombia 2013
63. Catarina,: "Evaluación y Mejora de Registro de la Valoración de Enfermería en un Hospital de Brasil (Murcia) en el año 2012
64. Citado por World Health Organization. World Alliance for patient safety. Ginebra, Suiza, 2007. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/> (Consultado 16 Junio de 2009)
65. LAURA VEGA, Y. Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016, para optar el título de: Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Altiplano Facultad de Enfermería.
66. PARIAPAZA HUANCA, J. y PUGA CACERES, L. Factores personales e institucionales y calidad de los registros de enfermería del servicio de medicina varones, H.R.H.D. Arequipa – 2017. Para obtener el Título Profesional de ENFERMERA. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa Facultad de Enfermería. Escuela profesional de enfermería.
67. MATEO, A. "Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres, hospital nacional de Mazatenango, Suchitepequez, Guatemala. Agosto a octubre 2014"

68. Carpenito, L. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Ed Interamericana. McGraw-Hill;2000.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FICHA DE COTEJO ELABORADO POR LAS INVESTIGADORAS



DIMENSIONES	CALIDAD DE REGISTRO DE NOTAS DE ENFERMERÍA	CUMPLE	NO CUMPLE
NOTAS DE ENFERMERÍA	1.- EVALUACIÓN DE FORMA		
	Escritura (Sin enmendaduras)		
	Legibilidad		
	Registro completo (firma, sello, color apropiado)		
	SUB TOTAL		
	2.- ESTRUCTURA (ETAPAS DE REGISTRO DE ENFERMERÍA: con contenido coherente)		
	➤ Datos subjetivos		
	➤ Datos objetivos		
	➤ Diagnóstico de enfermería		
	➤ Planificación		
	➤ Intervenciones de enfermería		
	➤ Evaluación		
	SUB TOTAL		
	3.- COHERENCIA EN LAS ETAPAS DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA:		
		Diagnóstico de enfermería	
	Planificación de enfermería		
	Intervenciones de enfermería		

	Datos objetivos y subjetivos (valoración):	→	Evaluación		
	Diagnóstico de enfermería	→	Valoración, Diagnóstico, Planificación, Intervención		
	Planificación de enfermería	→			
	Intervenciones de enfermería	→			
	Evaluación	→			
SUB TOTAL					

FUENTE: ficha de cotejo elaborado por las investigadoras

DIMENSIONES	CALIDAD EN REGISTRO DE KÁRDEX	CUMPLE	NO CUMPLE
KARDEX DE ENFERMERÍA	1.- EVALUACIÓN DE FORMA		
	Escritura (Sin enmendaduras)		
	Legibilidad		
	Uso de símbolos/color		
	SUB TOTAL		
	2.- ESTRUCTURA DEL KÁRDEX		
	• Nombre del paciente		
	• Número de cama		
	• Fecha		
	• Servicio		
	• Diagnóstico Médico		
	• Medicación (vía parenteral, vía oral- dieta, cuidados, laboratorio-imágenes)		
	SUB TOTAL		
	3.- COHERENCIA DE LA INFORMACIÓN:		
	➤ Coherencia del Kardex con Indicación Médica		
➤ Coherencia del Kardex con Registro de Enfermería			
➤ Coherencia de la Programación con Ejecución de la medicación			
SUB TOTAL			

FUENTE: ficha de cotejo elaborado por las investigadoras

DIMENSIONES	CALIDAD EN REGISTRO DE SIGNOS VITALES	CUMPLE	NO CUMPLE
HOJA DE SIGNOS VITALES	1.- EVALUACIÓN DE FORMA		
	Escritura (Sin enmendaduras)		
	Legibilidad		
	Gráfica		
	Color		
	SUB TOTAL		
	2.- ESTRUCTURA DE LA HOJA DE SIGNOS VITALES		
	• Fecha		
	• Días de hospitalización		
	• Nombre del paciente		
	• Servicio		
	• Número de cama		
	• N° historia clínica		
	SUB TOTAL		
	3.- COHERENCIA DE LA INFORMACIÓN:		
	➤ Hoja de signos vitales con Valoración		
➤ Hoja de signos vitales con Intervenciones de enfermería			
SUB TOTAL			

FUENTE: ficha de cotejo elaborado por las investigadoras

MATRIZ DE PUNTAJE GENERAL

HOJA DE NOTAS DE ENFERMERÍA

1.- EVALUACIÓN DE FORMA (3 PUNTOS)

ÍTEMS	PUNTAJE	
	MÁXIMO	MÍNIMO
EVALUACIÓN DE FORMA		
Escritura	1	0
Legibilidad	1	0
Uso de símbolos/color	1	0
SUB TOTAL	3 PUNTOS	0 PUNTOS

2.- ESTRUCTURA DE NOTAS DE ENFERMERÍA (6 PUNTOS)

ÍTEMS	PUNTAJE	
	MÁXIMO	MÍNIMO
ESTRUCTURA (ETAPAS DE NOTAS DE ENFERMERÍA: con contenido coherente)		
➤ Datos subjetivos	1	0
➤ Datos objetivos	1	0
➤ Diagnóstico de enfermería	1	0
➤ Planificación	1	0
➤ Intervenciones de enfermería	1	0
➤ Evaluación	1	0
➤		
SUB TOTAL	6 PUNTOS	0 PUNTOS

3.- COHERENCIA EN LAS ETAPAS DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA (10 PUNTOS)

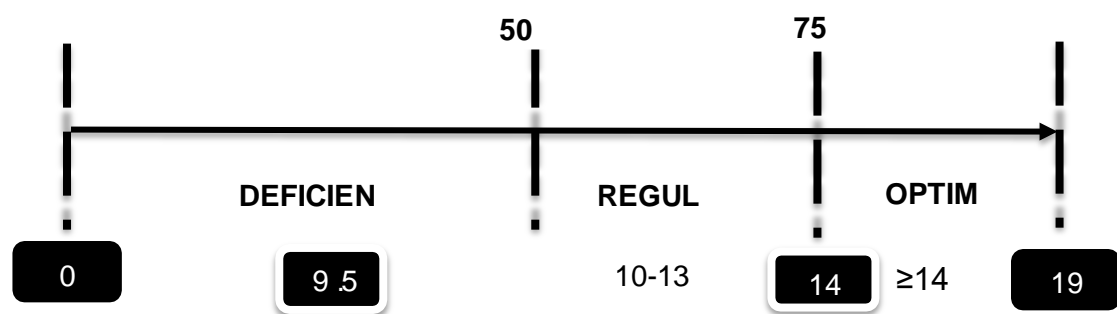
ÍTEMS		PUNTAJE	
		MÁXIMO	MÍNIMO
COHERENCIA EN LAS ETAPAS DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA:			
Datos objetivos y subjetivos (valoración):	⇒	2	0
	Diagnóstico de enfermería		
Diagnóstico de enfermería	⇒	2	0
	Planificación de enfermería		

Planificación de enfermería	⇒	2	0
	Intervenciones de enfermería		
Intervenciones de enfermería	⇒	2	0
	Evaluación		
Evaluación	⇒	2	0
	Valoración, Diagnóstico, Planificación, Intervención		
SUB TOTAL		10 PUNTOS	0 PUNTOS

PUNTAJE SUBTOTAL DE NOTAS DE ENFERMERÍA

NOTAS DE ENFERMERÍA	MÁXIMO	MÍNIMO
FORMA	3	0
ESTRUCTURA	6	0
COHERENCIA	10	0
TOTAL	19	0

GRAFICA DE INTERPRETACIÓN DE HOJAS DE NOTAS DE ENFERMERÍA



TIPO DE REGISTRO	PUNTOS	RIGUROSIDAD %
OPTIMO	≥14 PUNTOS	≥75%
REGULAR	10-13 PUNTOS	50-75%
DEFICIENTE	<10 PUNTOS	< 50%

HOJA DE KÁRDEX DE ENFERMERÍA

1.- EVALUACIÓN DE FORMA (3 PUNTOS)

ÍTEMS	PUNTAJE	
	MÁXIMO	MÍNIMO
EVALUACIÓN DE FORMA		
Escritura	1	0
Legibilidad	1	0
Uso de símbolos/color	1	0
SUB TOTAL	3 PUNTOS	0 PUNTOS

2.- ESTRUCTURA DEL KÁRDEX (3 PUNTOS)

ÍTEMS	PUNTAJE	
	MÁXIMO	MÍNIMO
ESTRUCTURA DEL KÁRDEX		
• Nombre del paciente	0.5	0
• Número de cama	0.5	0
• Fecha	0.5	0
• Servicio	0.5	0
• Diagnóstico Médico	0.5	0
• Medicación (vía parenteral, vía oral- dieta, cuidados, laboratorio-imágenes	0.5	0
SUB TOTAL	3 PUNTOS	0 PUNTOS

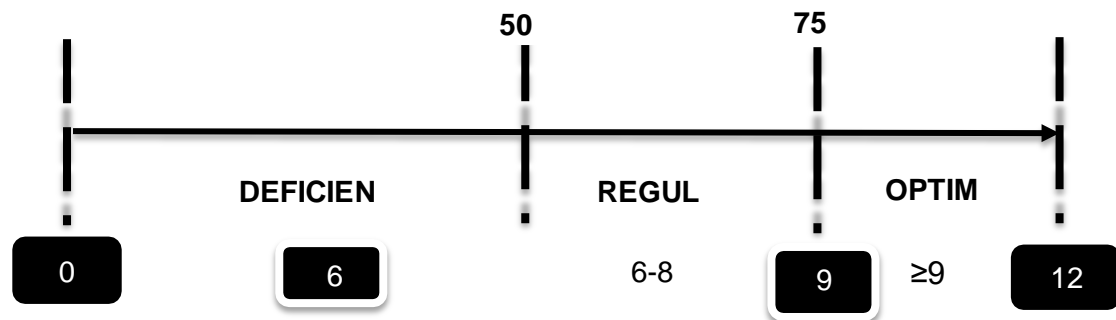
3.- COHERENCIA DE LA INFORMACIÓN (6 PUNTOS)

ÍTEMS	PUNTAJE	
	MÁXIMO	MÍNIMO
COHERENCIA DE LA INFORMACIÓN :		
➤ Kardex con Indicación Médica	2	0
➤ Kárdex con Registro de Enfermería	2	0
➤ Programación con Ejecución de la medicación	2	0
SUB TOTAL	6 PUNTOS	0 PUNTOS

PUNTAJE SUBTOTAL

KÁRDEX DE ENFERMERÍA	MÁXIMO	MÍNIMO
FORMA	3	0
ESTRUCTURA	3	0
COHERENCIA	6	0
TOTAL	12	0

GRAFICA DE INTERPRETACIÓN DE HOJAS DE KARDEX DE ENFERMERÍA



TIPO DE REGISTRO	PUNTOS	RIGUROSIDAD %
OPTIMO	≥ 09 PUNTOS	$\geq 75\%$
REGULAR	06-08 PUNTOS	50-75%
DEFICIENTE	<6 PUNTOS	< 50%

HOJA DE SIGNOS VITALES

1.- EVALUACIÓN DE FORMA (3 PUNTOS)

ÍTEMS	PUNTAJE	
	MÁXIMO	MÍNIMO
EVALUACIÓN DE FORMA		
Escritura	1	0
Legibilidad	1	0
Gráfica	1	0
SUB TOTAL	3 PUNTOS	

2.- ESTRUCTURA DE LA HOJA DE SIGNOS VITALES (5 PUNTOS)

ÍTEMS	PUNTAJE	
	MÁXIMO	MÍNIMO
ESTRUCTURA DE LA HOJA DE SIGNOS VITALES		
• Fecha	1	0
• Días de hospitalización	1	0
• Nombre del paciente	1	0
• Servicio	1	0
• Número de cama	1	0
• N° historia clínica	1	0
SUB TOTAL	6 PUNTOS	

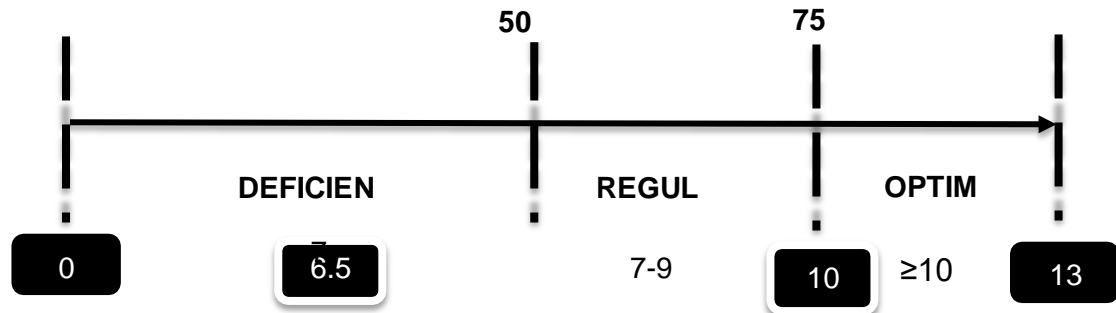
3.- COHERENCIA DE LA INFORMACIÓN (4 PUNTOS)

ÍTEMS	PUNTAJE	
	MÁXIMO	MÍNIMO
COHERENCIA DE LA INFORMACIÓN :		
➤ Hoja de signos vitales con Valoración	2	0
➤ Hoja de signos vitales con Intervenciones	2	0
SUB TOTAL	4 PUNTOS	

PUNTAJE TOTAL

HOJA DE SIGNOS VITALES	MÁXIMO	MÍNIMO
FORMA	3	0
ESTRUCTURA	6	0
COHERENCIA	4	0
TOTAL	13	0

GRAFICA DE INTERPRETACIÓN DE HOJAS DE SIGNOS VITALES

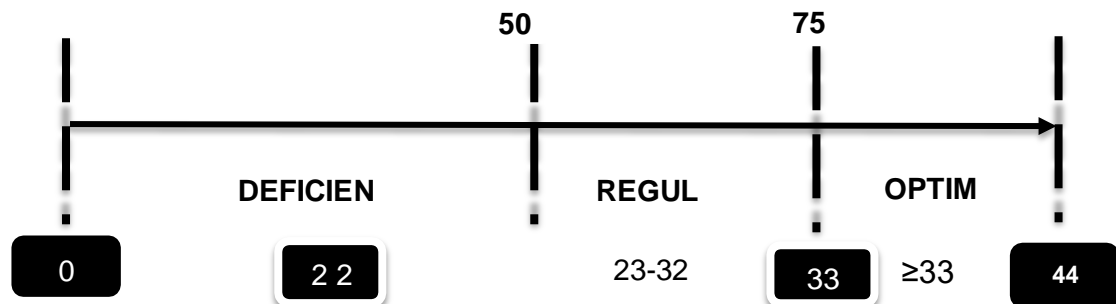


TIPO DE REGISTRO	PUNTOS	RIGUROSIDAD %
OPTIMO	≥10PUNTOS	≥75%
REGULAR	07-09 PUNTOS	50-75%
DEFICIENTE	<07 PUNTOS	< 50%

PUNTAJE GLOBAL DE REGISTROS DE ENFERMERÍA

ÍTEMS	PUNTAJE
NOTAS DE ENFERMERÍA	19
KÁRDEX DE ENFERMERÍA	12
HOJA DE SIGNOS VITALES	13
TOTAL	44

GRAFICA DE INTERPRETACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA



TIPO DE REGISTRO	PUNTOS	RIGUROSIDAD %
OPTIMO	≥33 PUNTOS	≥75%
REGULAR	23-32 PUNTOS	50-75%
DEFICIENTE	<23 PUNTOS	< 50%

1. FICHA DE SOPORTE/SUSTENTO

NOTAS DE ENFERMERÍA	CUMPLE	NO CUMPLE
1. Datos Subjetivos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuando se encuentra todos los datos verídicos que refiere o manifiesta el paciente o familiares. ➤ Debe ser escrito tal cual manifiesta el paciente y entre comillas. ➤ Durante el turno diurno se debe utilizar lapicero azul o negro, y en el turno nocturno el lapicero rojo. ➤ No tiene borrones y/o enmendaduras. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuando no se expresa de manera verídica lo que refiere el paciente y /o familiar. ➤ cuando no está escrito entre comillas. ➤ No se utilizan adecuadamente los colores de lapicero. ➤ Se encuentra con borrones y/o enmendaduras.
2. Datos Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuando expresa la información específica sobre el estado de salud del paciente que debe ser completa, clara y exacta; se debe realizar a través de la observación y exploración física. ➤ Durante el turno diurno se debe utilizar lapicero azul o negro, y en el turno nocturno el lapicero rojo. ➤ No tiene borrones y/o enmendaduras. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuando no contiene datos claros, completos, específicos ni verídicos del estado de salud del paciente. ➤ No se utilizan adecuadamente los colores de lapicero. ➤ Se encuentra con borrones y/o enmendaduras.
3. Diagnóstico de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se deben considerar todos los diagnósticos que se asocian al conjunto de signos y síntomas (valoración) que presenta el paciente. ➤ Debe mantener su estructura: Respuesta humana, factor relacionado o características definitorias. ➤ Los diagnósticos escritos deben estar incluidos en el listado de diagnósticos según NANDA. ➤ Durante el turno diurno se 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Los diagnósticos no deben ser repetidos del turno anterior. ➤ No contienen las partes establecidas. ➤ Los diagnósticos de enfermería utilizados son inventados. ➤ No se utilizan

	<p>Debe utilizar lapicero azul o negro, y en el turno nocturno el lapicero rojo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No tiene borrones y/o enmendaduras. 	<p>Adecuadamente los colores de lapicero.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se encuentra con borrones y/o enmendaduras.
4. Planificación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deben escribirse en forma positiva, estar centrados en el paciente, incluyen verbos que sean observables, medibles y deben establecerse en un límite de tiempo. ➤ Son las metas del cuidado y deben estar dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. ➤ Durante el turno diurno se debe utilizar lapicero azul o negro, y en el turno nocturno el lapicero rojo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No refleja las metas del cuidado y no están dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema del paciente. ➤ No se utilizan adecuadamente los colores de lapicero. ➤ Se encuentra con borrones y/o enmendaduras.
5. Intervenciones de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deben estar diseñadas para cubrir las necesidades humanas con base en el problema observado del usuario. ➤ Una intervención es todo tratamiento basado en el juicio clínico y el conocimiento, para favorecer los resultados esperados en el usuario, para redactarlos. ➤ se debe considerar fecha, hora, verbo de acción, con qué frecuencia se debe realizar la intervención. ➤ Durante el turno diurno se debe utilizar lapicero azul o negro, y en el turno nocturno el lapicero rojo. ➤ No tiene borrones y/o enmendaduras. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No están estructuradas según las necesidades o respuesta humana del paciente. ➤ Cuando carece de datos como fecha, hora y frecuencia con la que se va realizar la intervención. ➤ No están hechos con relación a los diagnósticos de enfermería establecidos. ➤ No se utilizan adecuadamente los colores de lapicero. ➤ Se encuentra con borrones y/o enmendaduras.
6. Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debe reflejar la efectividad de las acciones o intervenciones realizadas en el paciente. Si los resultados son los que se esperaban, 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuando no refleja los objetivos logrados, cuando no se deja en escrito la condición en la que se encuentra

	<p>entonces las etapas de: valoración, diagnóstico, planeamiento y ejecución del plan son apropiados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Durante el turno diurno se debe utilizar lapicero azul o negro, y en el turno nocturno el lapicero rojo. ➤ No tiene borrones y/o enmendaduras. 	<p>actualmente el paciente al finalizar el turno.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No se utilizan adecuadamente los colores de lapicero. ➤ Se encuentra con borrones y/o enmendaduras.
KÁRDEX DE ENFERMERÍA		
1. Nombre del paciente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debe contener el nombre completo del paciente y edad, no debe contener borrones ni enmendaduras. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El nombre del paciente no coincide, se encuentra el nombre incompleto y presenta borrones y enmendaduras.
2. Número de cama	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nos ayuda a identificar la ubicación del paciente, debe reflejar el número correcto de cama donde se encuentra el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El número de cama no coincide con el nombre del paciente, cuando existe ausencia del número de cama.
3. Fecha	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debe registrar la fecha exacta del día en que se brindará el tratamiento hasta el término de la hospitalización del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La fecha no se encuentra registrada, o se registra una fecha que no coincide con la hoja de tratamiento indicada por el médico.
4. Servicio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debe reflejar el servicio correcto donde se encuentra hospitalizado el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No se evidencia el nombre del servicio.
5. Diagnóstico Médico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evidencia el diagnóstico médico del paciente, por medio del cual se establece el tratamiento, cuidados de enfermería y determinar el grado de prioridad del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No se refleja el diagnóstico médico, es un diagnóstico erróneo o que no corresponde al paciente.
6. Medicación (Vía parenteral, víaoral- dieta, cuidados, laboratorio-	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debe evidenciar el nombre del medicamento, dosis del medicamento, vía de administración y la frecuencia(horas) con las 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No evidencia la dosis, la vía, la hora de administración del medicamento, se utiliza otro color de lapicero. ➤ No se encuentra tachado

imágenes.)	<p>que se va administrar el medicamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Según la administración se tacha la hora con lapicero rojo, debe escribirse con lapicero azul en el turno diurno y rojo en el nocturno. ➤ Debe reflejar el tipo y cantidad de dieta que corresponde al paciente. ➤ Debe reflejar los cuidados especiales que requiere cada paciente. ➤ Debe reflejar los exámenes y análisis que se realiza al paciente durante el turno y los exámenes que están pendientes por realizar. 	<p>la hora en la que se administró el medicamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No refleja el tipo ni la cantidad de dieta, no se registra los cuidados específicos del paciente. ➤ No evidencia los exámenes o análisis realizados al paciente. Se encuentran con borrones y/o enmendaduras.
HOJA DE SIGNOS VITALES		
1. Fecha	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debe reflejar la fecha actual en la que ingresa el paciente al servicio respectivo. ➤ Debe escribirse con lapicero de color azul 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuando no está registrada la fecha de ingreso, está escrita con lapicero de otro color, ausencia de fecha de hospitalización
2. Días de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se debe escribir con lapicero de color rojo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuando no refleja los días, está escrito con lapicero de otro color, ausencia de días de hospitalización

<p>3. Temperatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Refleja las fluctuaciones de temperatura, los puntos que indican la medición de la temperatura deben estar unidos entre sí según cada turno. ➤ Deben ser graficados con lapicero de color azul ya sea turno diurno o nocturno. La hoja de signos vitales debe contener una raya horizontal de color rojo tomando como base los 37° C. ➤ No tiene borrones y/o enmendaduras. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuando las fluctuaciones de temperatura no coincide con lo registrado en las notas de enfermería, no se grafican con el color del lapicero correcto; los puntos de medición no se encuentran unidos entre sí, no se encuentra registrado la temperatura que presento el paciente durante el turno. ➤ Se encuentra con borrones y/o enmendaduras.
-----------------------	---	---

4. Presión Arterial	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debe reflejar la medición de la presión sistólica y diastólica. ➤ Debe ser graficada con lapicero de color azul, sin importar el turno. ➤ No tiene borrones y/o enmendaduras. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No refleja de forma verídica la medición de la presión sistólica y diastólica. ➤ No se encuentra registrado en el turno. ➤ Se encuentra con borrones y/o enmendaduras.
5. Frecuencia cardiaca	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debe ser graficada con lapicero de color rojo, sin importar el turno. ➤ Al inicio de la apertura de la hoja de signos vitales se grafica la F.C con un círculo tomando como base una F.C de 60. ➤ No tiene borrones y/o enmendaduras. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No se encuentra registrado en el turno. ➤ Se utiliza otro color de lapicero en su registro. ➤ Se encuentra con borrones y/o enmendaduras
6. Frecuencia Respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debe ser graficada con lapicero de color azul, sin importar el turno. ➤ Al inicio de la apertura de la hoja de signos vitales se grafica la F.R con un círculo tomando como base una F.R de 20. ➤ No tiene borrones y/o enmendaduras. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No se encuentra registrado en el turno. ➤ Se utiliza otro color de lapicero en su registro. ➤ Se encuentra con borrones y/o enmendaduras
7. Saturación de Oxígeno.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debe ser graficada con lapicero de color azul, sin importar el turno. ➤ No tiene borrones y/o enmendaduras. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Para la gráfica de la saturación de oxígeno, se utiliza otro color de lapicero. ➤ Presenta borrones y enmendaduras.

FICHA DE COTEJO de:

Calidad de registro de notas de enfermería, constituido por tres dimensiones: forma con 3 ítems, estructura con 6 ítems y coherencia por 10 ítems, acumulando un total de 19 puntos. Siendo la gráfica de interpretación: Deficiente <10 puntos (< 50%), Regular de 10 a 13 (50% – 75%) y Óptimo ≥ 14 puntos ($\geq 75\%$).

Calidad de registro de Kardex de enfermería, constituido por tres dimensiones: forma con 3 ítems, estructura con 3 ítems y coherencia por 6 ítems; acumulando un total de 12 puntos. Siendo la gráfica de interpretación: Deficiente < 6 puntos (< 50%), Regular 6 – 8 puntos (50 a 75%) y óptimo ≥ 9 puntos ($\geq 75\%$).

Calidad en registro de la Hoja de Signos Vitales, constituido por tres dimensiones: forma con 3 ítems, estructura con 6 ítems y coherencia por 4 ítems; acumulando un total de 12 puntos. Siendo la gráfica de interpretación: Deficiente < 7 puntos (< 50%), Regular 7 – 9 puntos (50 a 75%) y óptimo ≥ 10 puntos ($\geq 75\%$).

Para la evaluación del registro de enfermería se utilizó ficha de soporte/ sustento.

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD SIN DEPOSITO DE TRABAJO DE TESIS

Recibido la solicitud vía correo institucional, los que suscriben docentes instructores responsables de verificar y controlar la originalidad de los trabajos de tesis en primera instancia de la Escuela profesional de Enfermería, deja constancia que el trabajo de tesis titulado:

“CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA Y MEDICINA DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA-ESSALUD 2019”

Autor(es):

Bach. SULCA CHUCHON, Milka Mayumi

Bach. PALOMINO CRESPO, Mireya Nory

Asesor(a): Prof. Hugo Ayala Prado

Presidente Jurado Evaluador: Prof. Héctor Huaraca Rojas

Ha sido **verificado y sometido** al análisis SIN DEPOSITO mediante el sistema **TURNITIN** concluyendo que presenta un porcentaje de **15% de similitud**.

Por lo que, de acuerdo con el porcentaje establecido en el Artículo 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga **es procedente** conceder la Constancia de Originalidad con Deposito.

Ayacucho, 26 de noviembre de 2021.



Firmado digitalmente
por DR. EDWARD
EUSEBIO BARBOZA
PALOMINO
Fecha: 2021.11.26
19:11:40 -05'00'

Firmado
digitalmente por
MORALES
SILVESTRE ARTURO
Fecha: 2021.11.27
13:23:03 -05'00'



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTANCIA

DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El Instructor en Segunda Instancia, designado con RD N° 077-2021-UNSCH-FCSA/D, hace constar por la presente, que la tesis Titulada “**CALIDAD DE REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA - ESSALUD 2019**”.

Cuyas Autoras : **SULCA CHUCHÓN, Milka Mayumi**
PALOMINO CRESPO, Mireya Nory

Facultad : **Ciencias de la Salud**

Escuela Profesional : **Enfermería**

Programa : **Pre-grado**

Asesores : **Prof. Hugo Ayala Prado**

Después de realizado el análisis correspondiente en **SOFTWARE TURNITIN**, Se ha verificado y sometido al análisis CON DEPÓSITO mediante el sistema de TURNITIN concluyendo que presenta un porcentaje de similitud de **16% (Dieciséis por ciento)**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el Art. 13 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de investigación de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, mediante el **USO DEL SOFTWARE TURNITIN**, el cual indica que no se debe superar el 30% para trabajos de pre-grado. Se declara, que el trabajo de investigación contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que si se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se entrega la presente constancia de Originalidad con Depósito.

Ayacucho, 13 de abril de 2022.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA

Prof. Héctor HUARACA ROJAS
Docente

Firmado digitalmente
por Héctor Huaraca Rojas
Fecha: 2022.04.13
09:14:16 -05'00'

Docente Instructor, Segunda Instancia

CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA Y MEDICINA

por Milka Mayumi Sulca Chuchon

Fecha de entrega: 11-abr-2022 08:55a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1807821177

Nombre del archivo: TESIS_NOVIEMBRE_2021._word.docx (673.33K)

Total de palabras: 15606

Total de caracteres: 84659

CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA Y MEDICINA

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	redi.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	

<1 %

10

repositorio.unsm.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

11

repositorio.uma.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

12

repositorio.uss.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

13

repositorio.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

14

bibliotecadigital.umsa.bo:8080

Fuente de Internet

<1 %

15

Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

Trabajo del estudiante

<1 %

16

Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga

Trabajo del estudiante

<1 %

17

ri.ues.edu.sv

Fuente de Internet

<1 %

18

repositorio.utn.edu.ec

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 30 words