

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DE LOS
SERVICIOS DE CIRUGÍA, MEDICINA Y TRAUMATOLOGÍA
HOSPITAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA.

AYACUCHO 2017

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presentado por:

Bach. CORONADO PRADO, Katerine Yovana

Bach. CONTRERAS QUISPE, Jacqueline Haydeé

AYACUCHO – PERÚ

2017

Ante todo Agradezco a Dios por darme la dicha de vivir. El más profundo Agradecimiento a mis queridos padres fuente de estímulo para mi superación y seguir alcanzando mis metas propuestas.

Katerine Yovana

A Dios nuestro, guía y luz en nuestras vidas. A mis queridos padres, por su amor y comprensión, porque todo lo que somos o esperamos ser, se debe a su inmenso cariño, sacrificios y desvelos. Por tenernos paciencia y ayudarnos a salir adelante hasta conseguir nuestras metas.

Jacqueline Haydéé

AGRADECIMIENTO

Nuestro especial agradecimiento a nuestra Alma Mater, La Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos ofrecido la oportunidad de estudiar en sus aulas y haber logrado nuestra anhelada profesión.

A la plana de docentes de la Escuela de Formación Profesional de Enfermería, por su abnegada dedicación en beneficio de nuestra formación profesional y sus atinadas enseñanzas impartidas en el difícil camino del saber.

A nuestra asesora Dra. Iris Jara Huayta, por habernos guiado la presente investigación.

Y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en la conclusión del presente estudio.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRAC	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: REVISIÓN DE LA LITERATURA	15
1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.	15
1.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICA.	20
1.2.1. HISTORIA CLÍNICA.	20
1.2.2. CALIDAD.	22
1.2.3. CALIDAD DE REGISTRO.	24
1.2.4. REGISTROS DE ENFERMERÍA.	25
1.2.5. CALIDAD DE REGISTRO DE ENFERMERÍA.	34
1.2.6. NOTAS DE ENFERMERÍA.	36
1.2.7. CALIDAD DE NOTAS DE ENFERMERÍA.	37
1.2.8. KARDEX DE ENFERMERÍA.	40
1.2.9. CALIDAD DEL KARDEX DE ENFERMERÍA.	43
1.2.10. CALIDAD DE HOJA DE SIGNOS VITALES.	43
CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	45
2.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	45
2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	45
2.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	46
2.5. ÁREA DE ESTUDIO.	46
2.6. POBLACIÓN.	46
2.7. MUESTRA.	46
2.8. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	47

2.9. PROCESAMIENTO DE DATOS.	50
2.10. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.	51
2.11. CRITERIO DE VALIDACIÓN.	51
CAPITULO III: RESULTADO	52
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	57
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	70
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	71
ANEXO	78

**CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS DE
CIRUGIA, MEDICINA Y TRAUMATOLOGIA. HOSPITAL MIGUEL ANGEL
MARISCAL LLERENA. AYACUCHO 2017**

AUTORES:

Bach. CORONADO PRADO, Katerine Yovana y

Bach. CONTRERAS QUISPE, Jacqueline Haydee

RESUMEN

El **objetivo** de la investigación es determinar la calidad de los registros de enfermería de los servicios de cirugía, medicina y traumatología. Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena. **Material y métodos**, investigación de enfoque cuantitativo, no probabilístico, tipo aplicativo de nivel descriptivo, diseño no experimental de corte transversal. **Población** de estudio fue 74 historias clínicas con Registros de enfermería (nota de enfermería, kárdex y hoja de signos vitales) de los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena. **Técnica** de recolección de datos fue la observación de las historias clínicas y el instrumento de recolección de datos es la ficha de cotejo. El tipo de muestreo fue no probabilístico – por conveniencia. Los **resultados** hallados fueron, en la evaluación global de los registros de enfermería el 64.9% presentan un registro regular, 17.6% un registro óptimo y deficiente respectivamente, siendo más crítico en el servicio de cirugía; respecto al registro de las notas de enfermería en los diferentes servicios, el 60.8% de estas, presentan un registro deficiente; con respecto al registro de kárdex el 63.5% presentan un registro óptimo y 32.4% un registro regular, finalmente respecto a las hojas de funciones vitales el 63.5% tienen un registro óptimo y 20.3% registro regular. **Conclusiones:** Los registros de enfermería de manera global son regulares; las notas de enfermería son deficientes; el kárdex y hojas de funciones vitales tienen un registro óptimo.

Palabra clave: Calidad, Registros de Enfermería.

**QUALITY OF NURSING RECORDS OF THE SERVICES OF SURGERY,
MEDICINE AND TRAUMATOLOGY. MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA
HOSPITAL. AYACUCHO 2017**

AUTHORS:

Bach. CORONADO PRADO, Katerine Yovana and

Bach. CONTRERAS QUISPE, Jacqueline Haydee

ABSTRACT

The objective of this thesis is to determine the quality of the nursing records of the surgery, medicine and traumatology services. Hospital Miguel Angel Marshal Llerena ; material and methods, the present research is of quantitative approach, applied type of descriptive level and descriptive design. The study population was 74 clinical records with nursing records (nursing note, kardex and vital signs sheet) of the surgery, medicine and traumatology services of the Hospital Miguel Angel Mariscal Llerena. The type of sampling was non-probabilistic - for convenience; the results found were, in the overall evaluation of the nursing records, 64.9% had a regular registry, 17.6% had an optimal and deficient registry, and was more critical in the surgery department; Regarding the registration of the nursing notes, 60.8% of the nursing notes of the services under study have a poor record; while for the kárdex 63.5% have an optimal registry and 32.4% have a regular registry, finally regarding the vital functions sheets 63.5% have an optimal registry and 20.3% have a regular registry. Conclusions: nursing records are regular and nursing notes are deficient and the kárdex and vital functions sheets have an optimal record.

Key word: Quality, Nursing Records

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el profesional de enfermería interviene en la prestación de los servicios de salud, en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística, para ello hace uso de registros de enfermería para dar a conocer el estado y evolución de la salud del paciente, la respuesta a la terapéutica y las intervenciones ante los problemas y necesidades encontradas en el paciente.

Los registros de enfermería representan una constancia escrita de los hechos realizados en el paciente, toda vez que puede contribuir al desarrollo disciplinario y profesional; permitiendo mostrar al resto del equipo de salud que la acción cuidadora se desarrolla a través de la autonomía profesional, mejorando la calidad de atención prestada y permitiendo diferenciar la actuación propia del resto del equipo de salud.

Kozier, B. Afirma que: El registro es el vehículo por medio del cual se comunican los miembros del equipo sanitario. Es por esto que el personal de enfermería debe cumplir obligatoriamente con las normas pautadas para realizar los registros de

enfermería, ya que este es un documento escrito que permite la comunicación entre dos o más personas (1).

Así mismo el registro de enfermería es la herramienta a través del cual se evalúa el nivel de calidad técnica-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no solo su práctica, sino también el suplemento de los deberes colectivos respecto al paciente/usuario (2).

Sin lugar a dudas, un adecuado registro de enfermería es el elemento clave para el ejercicio profesional de enfermería, tanto del punto de vista asistencial, pues actúa como guía en el manejo clínico del paciente, así como en el área de investigación y docencia, permitiendo el análisis retrospectivo de desempeño de los profesionales de enfermería.

En estudios referentes a la calidad de las historias clínicas con registros de enfermería, se encontró como referente principal el estudio realizado de Morales S., de las 64 historias clínicas con registros de enfermería, presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%, el 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión y contenido (3).

Así mismo, el estudio realizado por Palomino, tuvo como resultado que los registros de enfermería tuvieron un porcentaje considerable (73.08%) siendo estos de deficiente calidad referido a que se encuentra incompleto, no registra el motivo por el cual no administra el medicamento, así como las reacciones derivadas del

tratamiento, y un menor porcentaje significativo (26.92%) son de buena calidad que está dado por que utiliza las abreviaturas autorizadas, utilizan la tinta azul en las notas de día y rojo en la noche, colocan la fecha y el nombre del enfermero (a) (4).

En el estudio realizado por Mejía L, la conclusión fue que la calidad de las anotaciones de enfermería según los parámetros establecidos, es regular en el aspecto general con un 53.5%, mientras que, en aspectos específicos de la información contenida, es deficiente en el 71.1%. Así mismo en la evaluación realizada según el sistema de registros orientados hacia los problemas (SOAPIE) se encontró, que el 94.2% de las anotaciones de enfermería son parcialmente completas y el 5.1% son incompletas, solo el 0.7% de las anotaciones de enfermería son completas (5).

Brunner Y Suddarth, expresa que el registro de enfermería es un documento específico que forma parte de la historia clínica en el cual la enfermera (o) describe cronológicamente la situación de salud del paciente, la valoración, identificación de problemas y/o necesidades, y el plan que realiza para su intervención ya sea en promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación del paciente, familia y comunidad (6).

Así mismo los registros de enfermería en los diferentes establecimientos de salud permiten conocer la importancia del cuidado, favoreciendo la recuperación y rehabilitación; considerando los principios bioéticos. En ese sentido, los pacientes mientras no reciban atención de calidad y los cuidados necesarios, las consecuencias son acumulativos y prolongados.

Con referencia al párrafo anterior se sustenta en el “Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú”, aprobado por Resolución N° 445-05/CEP, donde refiere que la enfermera debe tomar la decisión más adecuada y oportuna en el cuidado de la persona cuando está en riesgo la vida del paciente, considerando los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia (7).

Durante nuestras prácticas de pre – grado hospitalario en el Hospital Regional de Ayacucho, se identificó que los registros de enfermería de los pacientes hospitalizados; son documentos médico legales y fundamentales para la toma de decisiones del personal de enfermería y que estas garanticen un proceso de monitoreo sobre las necesidades del paciente al planear los cuidados que se le deben brindar. Se observó las deficiencias en el registro de enfermería, que están determinados por registros inadecuados e incompletos en cada formato que contiene, letras no legibles, registros con borrones, omiten información de importancia para el tratamiento, registran actividades antes de ser ejecutadas o los datos no corresponden a lo ejecutado, diagnósticos de enfermería incoherentes que no responden al problema y necesidad del paciente, registran inadecuadamente las gráficas de funciones vitales.

Al consultar a las enfermeras refieren: “falta de tiempo, demanda de los pacientes que lleva a su cargo, el poco interés de actualización. Por otra parte la enfermera no reconoce la importancia del registro de enfermería para la toma de decisiones, sino lo considera como un documento legal que podría acarrear problemas.

El surgimiento de la nueva tecnología y los avances significativos en los diferentes ámbitos hacen necesario que los profesionales de enfermería demuestren competencia ante los nuevos retos. Por ello creemos que el personal de enfermería debe ser competente para ofrecer una atención de calidad y que estén plasmados en los registros de enfermería de calidad, con una muestra fiable y efectiva de las actividades que realiza durante la atención del paciente. Sin embargo, aun cuando en los últimos años la enfermera realiza actividades de mayor complejidad, no se ha logrado demostrar esta ardua labor.

Las referencias señaladas, la experiencia y la observación motivaron la realización del estudio sobre: La calidad de los registros de Enfermería de los servicios de cirugía, medicina y traumatología. Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena. Ayacucho 2017. Con el presente trabajo de investigación se pretende responder el enunciado del problema: ¿Cuál es la calidad de los registros de Enfermería de los servicios de cirugía, medicina y traumatología? Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena. Ayacucho 2017?, por lo cual se plantearon los siguientes

Objetivos:

General:

Determinar la calidad de registros de enfermería en los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho. 2017

Específicos:

- ✓ Evaluar la calidad de registro de las notas de enfermería en los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho.

- ✓ Evaluar la calidad de registro del kárdex de enfermería en los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho.
- ✓ Evaluar la calidad de registro de la hoja de signos vitales en los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho

Con respecto a la hipótesis de nuestra investigación, la calidad de los registros de enfermería de los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho son de regular calidad, lo que impide que el profesional de enfermería tome las acciones y medidas necesarias para el cuidado del paciente. Por lo que al ejecutar el proyecto de investigación se comprobó que los registros de enfermería consignados en las historias clínicas son incompletos e inconsistentes, siendo estas las causas que no permita tomar decisiones adecuadas con respecto al cuidado del paciente.

Con este estudio se busca encontrar las deficiencias de los registros de enfermería, debiendo ser estos pertinentes y concisos, reflejar los problemas reales y necesidades del paciente. El registro debe ser preciso y completo reflejando con exactitud el estado del paciente, mencionando los hechos que se observan y nunca haciendo conjeturas, e implementar intervenciones para solucionar las deficiencias y mejorar la calidad de los registros, beneficiándose de esta manera el Hospital Regional de Ayacucho, el profesional de enfermería al disminuir el riesgo para el paciente y evitar problemas de índole legal latentes en la práctica profesional.

La metodología aplicada fue de enfoque cuantitativo no probabilístico, de tipo aplicativo, de nivel descriptivo, explicativo; de diseño no experimental de corte transversal ; el área de estudio es el Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena; la población estuvo conformado por 74 historias clínicas con registros de enfermería de los servicios de traumatología, cirugía y medicina, la muestra estuvo conformada por el 100% de las historias clínicas; la técnica de recolección de datos fue la observación y el instrumento fue la ficha de cotejo de evaluación de historias clínicas que evaluaba las notas de enfermería, el kárdex y hoja de funciones vitales; el procesamiento se realizó empleando el paquete estadístico Spss V.22 los cuales fueron presentados en tablas.

Los resultados encontrados fueron: que los registros de enfermería de manera global tienen un registro de enfermería de regular calidad (64.9%); evaluadas de manera específica, las notas de enfermería presentan un registro de enfermería de deficiente calidad (60.8%); las hojas de kárdex y hojas de funciones vitales tienen un registro óptimo (63.5%).

Se concluye que el mayor porcentaje de los registros de enfermería son de regular calidad, rechazándose así la hipótesis planteada.

La presente investigación se consigna en capítulos: CAPITULO I, Introducción. CAPITULO II, Revisión de la literatura, antecedentes y base teórica. CAPITULO III, Material y Métodos. CAPITULO IV, Resultados. CAPITULO V, Constituido por la discusión, finalmente se consigna las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

Al revisar la literatura correspondiente, se han encontrado las siguientes investigaciones tanto a nivel internacional, nacional y regional que precisen sobre la investigación.

Meneses P. (2012), en el estudio descriptivo-retrospectivo “Calidad del registro de enfermería SOAPIE en la unidad de cuidados intensivos neonatales Hospital Seguro Social Universitario”. Bolivia (9). Con el objetivo de conocer el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería SOAPIE en el expediente clínico de neonatos, que fueron hospitalizados, se consideró una muestra de 65 registros de enfermería. Los resultados más sobresalientes fueron que el registro de enfermería tiene un nivel de no cumplimiento identificándose que las normas para un registro adecuado solo se cumplen en 45% de todos los casos estudiados, se verificó que la falencia está en el registro incorrecto de los datos subjetivos e intervención de enfermería del neonato con 94% tiene cumplimiento mínimo, en la evaluación con

91% y en los diagnósticos de enfermería el 73% un cumplimiento mínimo, en cambio en los datos objetivos el 78% cumple y en la planificación el 53% cumple, en cuanto si el registro lleva el sello y la firma de la enfermera el 92% cumple y el 6% cumplimiento mínimo, por otra parte no están utilizando herramientas con base científica como una guía para aplicar el PAE basado en el registro del SOAPIE correctamente.

Jiménez y col (2001), en su tesis: “Calidad del Registro de Enfermería, relacionado con la atención del cuidado del paciente asistido en la Unidad de Emergencia del Hospital Universitario Dr. Antonio María Pineda”. Venezuela (10), cuyo objetivo es determinar la calidad de los Registros de Enfermería, en sus aspectos técnicos. Los resultados demostraron que los profesionales de enfermería le conceden importancia a la realización del registro, sin embargo, el 49% consideran de poca importancia su aplicación en la Unidad de Emergencia del “HUAMP”. Con respecto a la calidad del registro 92% se caracteriza por ser poco legible, el 53% de los registros son de escasa extensión y de contenido inexacto, por lo que recomienda realizar actividades de educación permanente al personal de enfermería de la unidad, que le permita actualizar los conocimientos sobre las normas de redacción y legal que permita garantizar la calidad de los registros de enfermería.

Fernández Aragón Shirley (2012). Estudio descriptivo de corte transversal “Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización” Cartagena (11). el objetivo fue conocer la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización en una clínica de tercer nivel de atención en Cartagena. Resultados: El 71% de los enfermeros se encuentran en un nivel excelente de

conocimiento sobre notas de enfermería; sin embargo, al comparar esta información con la lista de chequeo aplicada se encuentra que un 23% de los enfermeros no registran la evolución del paciente durante el turno. Conclusión: Necesidad de capacitación sobre notas de enfermería y resolución, incumplimiento en la normatividad vigente en salud; no cumplimiento con las características de secuencialidad, racionalidad científica.

Mateo A. (2014), tipo descriptivo “Evaluación de las notas de Enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres, Hospital Nacional de Mazatenango”. Guatemala (12). El objetivo de evaluar la nota de enfermería de los registros clínicos del servicio de cirugía. La muestra estuvo conformada por 85 historias clínicas. Los resultados que encontró fueron que el 62% de las notas, estuvieron redactadas con letra clara y legible, el 98% de las notas fueron escritas con el color de lapicero según el turno establecido; el 97% presentaron errores en la redacción, y en el 91% no se registraron los tratamientos administrados durante el turno, se observó que el 87% no registran las reacciones que presentó el paciente y el 55% de las notas registraron como queda el paciente al final del turno. Concluyendo que la mayoría de notas de enfermería elaboradas fueron de regular calidad técnica.

Valverde A. (2009), el estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal retrospectivo “Calidad de los registros de enfermería elaboradas por las enfermeras del servicio de Centro Quirúrgico en el Instituto Nacional de Salud del Niño”. Lima (13). El objetivo fue determinar la calidad de los registros de enfermería en cuanto a su estructura y contenido. La muestra estuvo conformada por 54 registros de

enfermería. Las conclusiones a las que llegó fueron que la calidad de registros en su mayoría fue media con tendencia a ser baja referido a que el formato no permite un registro adecuado de información; en los datos subjetivos se registraron datos relevantes incompletos que la enfermera menciona al momento de recepción del paciente, en el planeamiento la enfermera no formulaba objetivos, ni consignaban el diagnóstico de enfermería, no se registraron los datos subjetivos, análisis e interpretación, y tampoco se registraron las intervenciones, planes, objetivos y evaluación de los cuidados brindados a los pacientes quirúrgicos.

Laura vega (2017), tipo de estudio descriptivo, retrospectivo titulada “Calidad de los Registro de Enfermería en la Historia Clínica del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Puno (14), el objetivo fue de evaluar la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general, de una muestra de 74 historias clínicas cada una con 4 registros de enfermería (hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería), llega a los resultados: Los resultados describen, que los registros de enfermería en general, son de regular calidad en un 95% y el 5% de mala calidad. Respecto al registro de la hoja gráfica, el 65% de buena calidad, 31% de regular calidad y el 4% de mala calidad. Mientras el registro de notas de enfermería el 80% de mala calidad y el 20% de regular calidad. Sin embargo, el registro de la hoja de balance hídrico en 73% es de regular calidad, 22% de buena calidad y 5% de mala calidad y en cuanto al registro de kárdex de enfermería, el 68% de buena calidad, 31% de regular calidad y el 1% de mala calidad

Morales S. (2011), tipo de estudio descriptivo-explicativo titulada “Calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos”. Tacna - Perú (3). Su objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de los profesionales de enfermería hospitalaria, la población estuvo conformada por 64 historias clínicas. Llegó a las conclusiones que las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%, el 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE).

Córdova G, Sosa E. (2010), “Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria, Piura (15), llegaron a la conclusión: reportan que el 74.2% de los profesionales de enfermería tienen una mala calidad en el registro de las notas de enfermería, seguido de un 19.3% con una regular calidad y sólo un 6.4% tienen buena calidad. Fue un estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo, de corte transversal.

Mejía L. (2010), fue un estudio, descriptivo, retrospectivo de corte transversal “Calidad en la elaboración de anotaciones de enfermería en el servicio de cirugía, Hospital Víctor Ramos Guardia”. Huaraz (5). Llegó a la conclusión que la calidad de las anotaciones de enfermería según los parámetros establecidos, es regular en el aspecto general con un 53.5%, mientras que en aspectos específicos de la información es deficiente en el 71.1%. Así mismo en la evaluación realizada según el sistema de registros orientados hacia los problemas (SOAPIE) se encontró, que

el 94.2% de las anotaciones de enfermería son parcialmente completas y el 5.1% son incompletas, solo el 0.7% de las anotaciones de enfermería son completas.

Palomino B. (2013). El estudio fue de descriptivo, transversal retrospectivo titulado “Calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho”. Ayacucho (4). El objetivo de identificar la calidad de las anotaciones de enfermería en su contenido y estructura. La población estuvo conformada por todas las historias clínicas de los diferentes servicios de hospitalización. Las conclusiones fueron que un porcentaje considerable (73.08%) son de deficiente calidad referido a que se encuentra incompleto, no registra el motivo por el cual no administra el medicamento, así como las reacciones derivadas del tratamiento, y un menor porcentaje significativo (26.92%) son de buena calidad que está dado por que utiliza las abreviaturas autorizadas, utilizan la tinta azul en las notas de día y rojo en la noche, colocan la fecha y el nombre del enfermero (a).

1.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICA.

1.2.1. HISTORIA CLÍNICA.

Brito N. refiere que la historia clínica es un instrumento, formato o expediente que sirve para recabar de forma ordenada datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan plantear un diagnóstico clínico sindrómico y nosológico, que en el primer momento puede ser provisional, el cual se respaldará con los resultados de los análisis de laboratorio clínico, radiográficos u otro tipo, realizados al paciente. En tal sentido, se define como el conjunto de documentos relativos al proceso de asistencia y estado de salud de una persona realizado por un profesional sanitario”. Es el documento básico en todas las etapas de la atención médica, es una

guía metodológica para la identificación de problemas de salud integral de cada persona. “No sólo recoge una exposición sistemática de acontecimientos clínicos pasados y presentes, sino además puede reunir información de índole variada” (16). Guzmán F, Arias C. refieren que la historia clínica es la relación de los eventos de la vida de una persona e intenta encuadrar el problema del paciente, orienta el tratamiento y posee un contenido científico de investigación, además de adquirir carácter docente. Constituye una de las formas de registro del acto médico y es uno de los elementos más importantes de la relación entre médico y paciente. Como puede entenderse, este registro engloba diferentes aspectos, siendo trascendental su correcta elaboración (17).

López A. expresa que la historia clínica puede considerarse una compilación de hechos pertinentes sobre la vida e historia de la salud de un paciente, incluyendo enfermedades y tratamientos pasados y presentes. Es escrita por profesionales de la salud que contribuyen al cuidado del paciente. Comunica información sobre el progreso del paciente a los médicos y otros profesionales de la salud que proporcionan la atención. Para aquellos profesionales que lo atienden en subsecuentes ocasiones, la historia clínica proporciona información crítica, como la historia de la enfermedad y el tratamiento aplicado (18).

Alcaraz M. refiere que la historia clínica debe ser completamente legible, por ello, es recomendable que las abreviaciones deben en lo posible evitarse y las firmas ir acompañadas del nombre de quien escribe en la historia clínica y, si es factible, con sello. La falta de legibilidad en el manuscrito es perjudicial no solamente para quien

trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia o interconsultas, sino para quien evalúa la actividad médica (19).

Amórtegui M. refiere que dentro de los requisitos con los que debe cumplir una historia clínica también está la veracidad de ésta y que sea completa, ya que debe mantener datos suficientes y sintéticos de la patología y debe reflejar todas las fases médico legales que comprenden el acto asistencial. También debe contener todos los documentos integrantes de ésta (20).

Tejada S. refiere que para garantizar que la historia clínica sea un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de éste, de sus enfermedades y tratamientos, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad y proporcione datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia, se debe controlar su calidad (21).

1.2.2. CALIDAD.

La “Organización Mundial de la Salud” (OMS), define la calidad como el "Alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el usuario, para lograr un alto grado de satisfacción de las necesidades de este y produciendo un impacto final positivo en salud". (22)

Según MINSA: la calidad no es sinónimo de lujo o complejidad, sino por el contrario, la calidad en los servicios de salud debe ser la misma en todos los establecimientos de salud en los tres niveles de atención. La calidad es dependiente

de múltiples factores, objetivos y subjetivos, sin embargo, es medible a través de métodos cualitativos y cuantitativos (23)

Martínez Mondejar, Belén, expresa que: el concepto de calidad tuvo su origen en el mundo industrial y ha sido adaptado por el mundo sanitario al tiempo que sufría una evolución, pasando del significado de garantía de calidad al de mejora continua de calidad. Esta última se basa en la implicación de todos los trabajadores para poder medir, documentar y evaluar la calidad de todo proyecto focalizado en el cliente, a través de la identificación de los aspectos de la asistencia en los que hay oportunidad de mejora. (24)

Patiño José Fernando, expresa que: la calidad debe entenderse como hacer las cosas correctas de la manera correcta y en la salud, no sólo debe proporcionarse calidad sino que también se debe mantener y mejorar, logrando así la excelencia (25)

Bernocchi, D. expresa: “Ser eficiente, es tener competencia, tener respeto a la persona y familia, calidad es hacer lo correcto, en forma correcta e inmediata, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que las personas tengan confianza en el servicio que se les brinda”. (26)

Casemeiro de Goytia, María Beatriz, expresan que: la calidad es un conjunto de propiedades y características de un servicio, producto, que satisface las necesidades al usuario o el cliente. (28)

Ardon C. Nelson, expresa que: la calidad, es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. (29)

Asesory G., expresa que: la calidad es una filosofía entendida como un proceso sistemático, permanente y de mejoramiento continuo, de alto valor agregado, que superan las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad en la cobertura, estrategia e impacto de los servicios de salud en donde la satisfacción del usuario constituye el principal elemento en la dinámica de resultado en la atención. (30)

El diccionario de la Real Academia Española: define el concepto de calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de la misma especie”. (31)

Hernández O., refiere que: la calidad es el cumplimiento de ciertas proposiciones impuestas para garantizar la resolución de una necesidad, evaluando las propiedades inherentes de cualquier cosa y para llegar a esta es necesario emplear un plan de mejora continua con el propósito de ir mejorando para finalmente alcanzar lo propuesto. (32)

1.2.3. CALIDAD DE REGISTRO.

Según Fernández A. calidad de registro es una serie de documentos que recogen los resultados de la gestión de la calidad, recopilando información resultante de la aplicación y puesta en marcha del sistema; esta información, además de servir como evidencia de su implantación, sirve como fuente de datos para los análisis y estudios. Reflejan los datos sobre la calidad de un producto, proceso o servicio, sirviendo como base para la mejora continua. Estos registros son determinados y

enunciados como tal, por los autores de cada uno de los procedimientos genéricos y operativos. Dada la trascendencia de estos registros, su control debe ser tal que permita evitar que se dañen o se pierdan. (11)

Consiste en evaluar, verificar, identificar, los registros de los diversos documentos legales, aplicando una serie de instrumentos como (ficha de cotejo, entrevista, etc.) de este modo ayudará a identificar problemas, el cual permitirá ofrecer diversas soluciones. Del mismo modo es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y norma técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

1.2.4. REGISTROS DE ENFERMERÍA.

Balderas, M. Indica que los registros son documentos escritos, en los cuales se presentan datos y cifras en forma ordenada y significativa para la toma de decisiones. De acuerdo a lo señalado por el autor se puede concluir que el personal de enfermería debe realizar el informe final, antes de culminar su jornada, y el mismo tiene que contener de forma completa y detallada las situaciones o eventos presentados durante el turno, debiendo reflejar datos reales manteniendo la congruencia de los hechos. (33)

Rios S. expresa que: el registro de enfermería es la herramienta a través del cual se evalúa el nivel de calidad técnica-científica, humana, ética y la responsabilidad de la profesional de enfermería que refleja no solo su práctica, sino también el suplemento de los deberes de colectivo respecto al paciente/usuario. (34)

Hontangas, define como: El documento básico en todas las etapas del proceso de atención de enfermería, el cual debe ser concebido como una forma de desarrollo de la profesión. (35)

Loniza Calderón Y., conceptualiza: El registro de enfermería modelo SOAPIE es un método sistemático que refleja la aplicación del proceso de atención de enfermería en el cuidado de la persona, familia o comunidad. (36)

Brunner Y Suddarth, expresa que: el registro de enfermería es un documento específico que forma parte de la historia clínica en el cual la enfermera (o) describe cronológicamente la situación de salud del paciente de la valoración, identificación de problemas y/o necesidades, y el plan que realiza para su intervención ya sea en promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación del paciente, familia y comunidad. (6)

Yepes Restrepo Sergio, expresa que: Es un documento en el cual se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática de los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización. (37)

Amezcu M., refiere que: los registros de enfermería son parte de la historia clínica, donde se evidencia los cuidados brindados dentro del ejercicio profesional, documento de nivel profesional y legal, donde queda recopilada toda la información sobre la actividad de enfermería dirigida al paciente, así como su tratamiento y evolución. (38)

Carpenito, Lynda, expresa que: Es posible dentro del ámbito de las normas de la práctica existente los sistemas de registros coordinados con los requisitos de registros designados, dan también a la enfermera una óptima defensa en caso de pleitos y retos legales. (39)

Freites Dexi y Torcatt Milagros, refieren que los registros de enfermería son elaborados con el fin de alcanzar diversos objetivos tales como: Comunicación, Documento legal, Investigación, Estadística, Docencia, Planificación de los cuidados y Control de calidad. Para así conocer la efectividad de la asistencia prestada por el personal de salud. Unos de los principales objetivos de los registros de enfermería es la Comunicación; ya que, a través de esta, los miembros del equipo de salud se informan de la condición y evolución del paciente. (40)

Kozier, B. Afirma que: El registro es el vehículo por medio del cual se comunican los miembros del equipo sanitario. Es por esto que el personal de enfermería debe cumplir obligatoriamente con las normas pautadas para realizar los registros de enfermería, ya que este es un documento escrito que permite la comunicación entre dos o más personas. (1)

Ruiz Hontangas, refiere que: El registro de enfermería es el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución” (35)

Hullin, manifiesta: Los registros de Enfermería son un sistema de documentación que forma parte de todo un registro del paciente y que provee la documentación formal de la interacción entre el enfermero(a) y la persona. Es además la forma en que los profesionales de Enfermería y otros profesionales de salud se comunican. (41)

Potter, manifiesta: Los registros de Enfermería deben contener información objetiva acerca de la condición del paciente, información producto de la valoración que realiza el profesional. El uso de inferencias sin datos reales (objetivos) puede llevar a malos entendidos entre los profesionales que atienden el paciente. Por ejemplo: El uso de palabras como Parece, al parecer o aparentemente, no deben usarse pues indican que el enfermero(a) no conoce la condición del paciente, no permiten a otros lectores del registro conocer en detalle la condición y/o conducta del 38 paciente, en definitiva, no posee un hecho que apoye que esto realmente pasó como se describe en el registro. (42)

Barbara Kozier, puntualiza lo siguiente: El personal de enfermería al momento de realizar sus registros, debe considerar los criterios indispensables de la comunicación eficaz, estas son: la simplicidad, claridad, el momento y la pertinencia, la adaptación y la credibilidad. (1)

El Código de Ética y Deontología DL. 22315 en el capítulo III La enfermera y el ejercicio profesional, en el artículo 27, señala que: La enfermera(o) debe ser objetivo y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos relacionados con su desempeño profesional. (7)

Rodríguez, expresa que: el registro de enfermería es un procedimiento específico que hace parte de la historia clínica en el cual debe describirse cronológicamente la situación, evolución del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que los profesionales de enfermería brindan a los pacientes, es por ello la gran importancia tanto para el enriquecimiento de la disciplina en el mantenimiento de las actividades propias del área, como para el paciente a quien se le satisface sus necesidades por medio de las intervenciones de cuidado realizadas por parte del profesional de enfermería. (43)

Alfaro, expresa que: los registros como el paso siguiente al brindar los cuidados de enfermería al usuario, familia o comunidad, el cual deberá anotar la valoración, intervención y repuesta, como producto de la actuación de enfermería. (44)

Calixto, expresa que: los registros de enfermería tienen como finalidad integrar en un solo documento el mayor número de datos del paciente para realizar una valoración completa y de esta manera establecer medidas terapéuticas y cuidados específicos para el paciente de forma rápida y eficaz; por otra parte también permite disminuir el tiempo que la enfermera dedica a las actividades administrativas y este tiempo le dedica a la atención directa del paciente en las áreas físico-emocional, social y espiritual, y no sólo atiende su “enfermedad”. (45)

Parra, Patarroyo y Reyes, expresan que deben considerarse los registros de enfermería como documentos que reflejan el desarrollo histórico, conceptual de la profesión, muestra de su identidad y esencia. (46)

Pecho M, expresa que un registro de enfermería es el documento de mayor valor y confiabilidad que la enfermera utiliza para comunicarse con el equipo de salud, reconocido por las instituciones como el único medio idóneo capaz de acreditar un hecho de relevancia legal y administrativa, que refleja la calidad del trabajo de enfermería brindado, garantizando la calidad de los servicios prestados. (47)

Martínez Ques, refiere que: Los registros de enfermería son un testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución. (48)

Lefevre, Rosalinda, expresa que: Un sistema de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso hasta el alta, con los requerimientos de registro designados, da también a la enfermera una óptima defensa en caso de pleitos y retos legales. (49)

Beare Myers, refiere que los registros de enfermería son una herramienta imprescindible para comunicación dentro del equipo de salud y por tanto necesaria para conseguir el mayor nivel de calidad del cuidado de la persona. Son un conjunto de documentos que sirven como medio de comunicación además de ser de carácter legal, medio de evaluación, tratamiento por el equipo de salud, permitiendo evaluar

si las acciones brindadas fueron efectivas, así mismo son útiles ya que permiten planificar actividades y adecuar recursos a favor del cuidado que se brinda a las personas. (50)

Almeida E. refiere que: Los registros constituyen la forma de comunicación escrita de hechos sucedidos en un lugar y momento determinados, ubica a cada persona dentro de un contexto socio-económico, ambiental, laboral, educativo y cultural; esto permite mantener informado al personal de salud. Un registro importante constituye los informes de enfermería, que son las anotaciones sobre la evolución y condición del paciente. (51)

Jiménez J. menciona que: un registro es un tipo de dato estructurado con un número fijo de componentes (no todos necesariamente del mismo tipo) a los que se accede por su nombre, no por su posición o índice. Cada uno de los componentes de un registro recibe el nombre de campo. (52)

Carballo Y. refiere que: el registro es una estructura de datos formada por una colección finita de elementos llamados campos, no necesariamente homogéneos (del mismo tipo) y que permiten almacenar una serie de datos relacionados entre sí bajo un nombre y una estructura común. (53)

Currell R, Urquhart C. expresan que: los registros de enfermería son el soporte documental de la atención interprofesional en los que se plasma la información acerca de las actividades que se realizan con el paciente y hacen posible el intercambio de información sobre cuidados, además promueven la comunicación

entre enfermería con otros miembros del equipo de salud, y lo fundamental es que aportan elementos para evaluar el proceso de atención. (54)

Carrillo Ofelia, refiere que: Los registros de enfermería son un método que ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad, y tener presente el aspecto humano de su profesión. (8)

Eggland y Heinemann, refiere que: los registros de enfermería constituyen la evidencia de la intervención profesional de la evolución del paciente, el planeamiento del cuidado y la continuidad. (55)

CARACTERISTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA.

Potter, sugiere las siguientes directrices o características necesarias que deben cubrir un registro (42):

- **Real:** un registro contiene información descriptiva y objetiva sobre los que la enfermera ve, escucha, palpa y huele. Una descripción objetiva es el resultado de las observaciones y la determinación directa de las acciones.
- **Exacta:** la información debe ser fiable. La utilización de determinaciones exactas garantiza que un registro es exacto, la exactitud como medio de establecer si la situación de un paciente ha cambiado. Para una información exacta puede hacerse uso de abreviaturas y símbolos, lo cual ayuda al profesional de enfermería a reducir el tiempo de escritura, el tipo de abreviatura se utiliza y determina de acuerdo a lo preestablecido institucionalmente.

La ortografía o escritura correcta aumenta la exactitud del registro, ya que hay términos que pueden interpretarse de manera errónea. Al terminar las

anotaciones en el registro del paciente debe incluirse la firma de la enfermera con nombre o primera inicial, apellido.

- **Completa:** la información registrada en un informe debe ser completa, conteniendo información concisa apropiada y total sobre el cuidado del paciente. Cuando los registros son incompletos, se pone en peligro la comunicación y el profesional de enfermería es incapaz de demostrar que presto una asistencia específica. Es necesaria una información concisa y completa a cerca de las necesidades del paciente.
- **Actual:** las anotaciones a sus horas son esenciales en el cuidado continuo del paciente para aumentar la exactitud y disminuir la duplicación innecesaria. Pueden emplearse registros más específicos como:
 - Constante de signos vitales.
 - Administración de medicamentos.
 - Diagnósticos.
 - Tratamiento aplicado.
 - Respuestas del paciente.
 - Al describir los cuidados, la enfermera debe referirse al problema del paciente, al cuidado otorgado y a la respuesta del cuidado, lo más pronto posible, ya que la información oportuna evita errores en el tratamiento del paciente.
- **Organización:** los registros y la información contenida en ellos deben seguir un formato u orden a fin de explicar lo que sucede a manera clara y no provocar confusión.

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

Potter, sugiere además las siguientes directrices legales para el registro (42):

- No borrar, utilizar líquido corrector o tachar los errores hechos durante el registro, la acción correcta es trazar una línea única sobre el error, escribir la palabra error sobre ella, después escribir la nota correctamente.
- Registrar todos los hechos.
- No dejar espacios en blanco en las historias clínicas, si es posible trazar un gráfico de forma consecutiva línea a línea.
- Registrar de forma legible y no utilizar lápiz.

1.2.5. CALIDAD DE REGISTRO DE ENFERMERÍA.

Según Fernández A. calidad de registro es una serie de documentos que recogen los resultados de la gestión de la calidad, recopilando información resultante de la aplicación y puesta en marcha del sistema; esta información, además de servir como evidencia de su implantación, sirve como fuente de datos para los análisis y estudios. Reflejan los datos sobre la calidad de un producto, proceso o servicio, sirviendo como base para la mejora continua. Estos registros son determinados y enunciados como tal, por los autores de cada uno de los procedimientos genéricos y operativos. Dada la trascendencia de estos registros, su control debe ser tal que permita evitar que se dañen o se pierdan (11).

Hullin, expresa que: “La calidad de un registro de enfermería se determina según los indicadores específicos del tipo de servicio entregado, por esto los enfermeros y enfermeras son los únicos que se encuentran en una posición operativa y de gestión para cerciorarse de la calidad de los servicios recibidos por sus pacientes. Es decir, el marco de calidad usado en un registro de enfermería está directamente relacionado con el marco conceptual con que éste es diseñado.” (41)

Benavent Garcés, Leal Cercós, refieren que: la calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legítimas en la actuación del profesional sanitario. Todas ésta normas para mejorar la calidad de información tiene como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y el uso de la información del paciente. (56)

Perry P. afirma que: “la revisión periódica de los registros, se constituye como una base para evaluar la calidad de los servicios (cuidados) ofrecidos a los pacientes en las instituciones de salud; en la actualidad ya se ha establecido determinada información de los registros como indicadores de calidad y a partir de la información obtenida establecer programas de mejora continua de la atención.” (42)

Urquiza, R. expresa que: La calidad de registro de enfermería es: “El grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual para que así la provisión de los servicios sean accesibles y

equitativos con un nivel profesional óptimo, que tienen cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario” (57)

Carrillo Chávez, refiere que: El registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario. (8)

1.2.6. NOTAS DE ENFERMERÍA.

Méndez Calixto G. refiere que: Es un documento en el cual se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización (45)

Dugas, B. Manifiesta que: Las notas de enfermería deben ajustarse a los principios éticos de la verdad, la privacidad, respeto al paciente y debe tener en cuenta todas las implicaciones legales que exige este documento (58)

Marriner, señala: las anotaciones de enfermería no solo ayudan a que el personal brinde y evalúe los cuidados de salud, sino también son importante para contar con una fuente confiable de observaciones sobre el paciente los tratamientos administrados en caso de litigio. La enfermera tiene la responsabilidad de anotar sus observaciones y de usar las anotaciones registradas para otras enfermeras (59)

Prietas de Romano Gloria, y otros, indican que: “Las notas de enfermería resumen la veracidad de los datos y desde la dimensión legal, al igual que la historia clínica

es un documento con capacidad probatoria por excelencia, objeto de análisis e investigación dentro de los procesos de responsabilidad profesional, es aconsejable que las enfermeras diligencien no solamente las notas de enfermería de aquellos pacientes que consideren críticos sino, también los otros registros de enfermería como el registro del control de líquidos, de medicamentos, de signos vitales, etc., teniendo en cuenta el cuidado de enfermería, ya que es la constancia escrita del acto de cuidado no solamente refleja el ejercicio profesional sino es la prueba de los lineamientos humanos, éticos, técnicos y científicos desarrollados. Es importante recordar que el acto de cuidado que no se registra significa que no se realizó en términos jurídicos” (60)

Cortés G. indica que: “Las notas de enfermería es la documentación escrita, completa, exacta de los acontecimientos, las necesidades, asistencias a la persona y los resultados de las actuaciones de enfermería, y el reflejo del trabajo principal de la profesión, el cuidado de la persona” (61)

Patricia I. Expresa: La nota de enfermería es un método mediante el cual se aplica un amplio marco teórico a la práctica de enfermería, es un enfoque deliberativo que busca la solución de problemas, el propósito es proporcionar un marco dentro del cual se pueden satisfacer las necesidades individualizadas del paciente, familia y comunidad” (62)

1.2.7. CALIDAD DE NOTAS DE ENFERMERÍA.

Según Kozier B. Refiere que: Para que las notas de enfermería sean consideradas de calidad deben estar basada en la siguiente estructura (1)

Notas de ingreso, se anota la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente. Funciones Vitales. Evolución en el transcurso de la hospitalización. Deberá anotarse en forma descriptiva, utilizando el método científico para resolver problemas, para ello emplear las siguientes normas técnicas: S.O.A.P.I.E.

- **“S” (Datos subjetivos):** Donde se incluye los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente; se documenta las palabras exactas dichas por el paciente.
- **“O” (Datos objetivos):** Consiste en los hallazgos obtenidos durante la valoración y el examen físico; estos datos constituyen las características que definen los diagnósticos de Enfermería.
- **“A” (Aplicación diagnóstica y valoración):** Incluye la interpretación Enfermería de los datos subjetivos y objetivos obtenidos del paciente durante el proceso de valoración, y la formulación de los diagnósticos de Enfermería respecto a los problemas identificados en el paciente.
- **“P” (Planificación de los cuidados):** Se registra los objetivos medibles y alcanzables respecto al estado de salud del paciente; realizando la planificación de las actividades y cuidados a brindar.
- **“I” (Intervenciones de Enfermería):** Constituyen las intervenciones llevadas a cabo por el profesional de Enfermería para mitigar los problemas identificados en el paciente.
- **“E” (Evaluación de las intervenciones):** En esta parte se evalúa la eficacia de las Intervenciones de Enfermería efectuados a la hora de alcanzar los resultados esperados en el paciente.

Las notas de enfermería deben anotarse en los tres turnos: mañana, tarde y noche. El tratamiento aplicado en las intervenciones de enfermería debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, no presentar borrones ni enmendaduras. Todas las anotaciones deben tener la fecha, la hora y ser firmadas con el nombre completo de la enfermera, número de colegiatura y su firma.

NORMAS PARA LA REDACCIÓN DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA:

Según Dugas B. La estructura de los registros de Enfermería se encuentra referida a los aspectos relacionados con su significancia y los aspectos físicos de su redacción; asimismo se refiere a los aspectos de la “forma” de las notas, las cuales deben estar estructuradas mediante un lenguaje científico – técnico, comprensible para todos los miembros del equipo de salud, para lo cual se deben excluir faltas de ortografía deben ser legibles, utilizar abreviaturas y símbolos universales. Al respecto se considera que las notas de Enfermería en esta dimensión deben tener las siguientes características (58)

- a) **Significancia.**- Se refiere a hechos transcendentales del estado del paciente que facilita la continuidad de la atención brindada por el profesional de Enfermería.
- b) **Precisión.**- Se refiere a que los hechos deben ser registrados con exactitud, siguiendo una secuencia lógica sin omitir detalles importantes, siendo así continua y oportuna.
- c) **Continuidad.**- Se caracteriza por la no interrupción del cuidado y su mantenimiento a través de los registros, de acuerdo a las etapas del Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnósticos de Enfermería, plan de cuidados, intervenciones y evaluación.

- d) **Comprensibilidad.-** Se refiere a que las notas de enfermería deben ser concisas, resumidas y concretas; presentando un lenguaje comprensible, buena ortografía, adecuada concordancia, evitando ambigüedades en el registro; asimismo, deben presentar una estructura correcta y adecuada en su redacción reflejando orden y coherencia respecto a los cuidados y actividades realizadas.
- e) **Legibilidad.-** Se refiere a que las notas de enfermería deben escribirse con letra clara, sin tachones, borrones, escribir con tinta pues el trazo con lápiz no se observa, se borra y da lugar a cualquier alteración.

1.2.8. KARDEX DE ENFERMERÍA.

Smetzer, refiere: “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”. (63)

Servín Morales E. expresa que: el kárdex es un método conciso ampliamente utilizado para la organización y registro de datos sobre un paciente, haciendo que la información sea rápidamente accesible a todos los miembros del equipo de salud. (64)

Armutlu, Foley & Surette, manifiestan que: “Las fallas durante el proceso de medicación que llevan a un error de medicación por el profesional de enfermería

pueden presentarse en las etapas de prescripción: falta de legibilidad, confusión y orden incorrecta en las indicaciones; en el proceso: transcripción incorrecta de la indicación, mala captura datos y falta de registro; durante la administración: medicamento incorrecto, paciente equivocado, dosis incorrecta, velocidad de infusión errónea, hora incorrecta, vía incorrecta, déficit de conocimiento; en la dispensación: medicamentos con nombres parecidos, surtido incorrecto, presentación de medicamentos con etiquetas parecidas; otro error de medicación no mencionado en alguna etapa del proceso corresponde a la administración de medicamento con fecha de caducidad vencida”. (65)

De Cordero Lucena G. refiere 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.” (66)

Según Kozier, expresa 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 sanitarios 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 informarse 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, hojas y tarjetas de tratamiento, gráfica de signos vitales, hoja de líquidos ingeridos y eliminados y evolución de enfermería.” (1)

Hernández, M. afirmó: “Es la documentación escrita completa, exacta de los acontecimientos, las necesidades, asistencias 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” (67)

Smith S. refiere:” La documentación kardex o perfil del paciente representa el núcleo central de las actividades del paciente. Entre los datos que se registran en zonas definidas del kardex o perfil se encuentra los resultados analíticos, los fármacos y los niveles de actividad. La documentación informatizada del paciente que comienza a sustituir a la ficha del kardex convencional en numerosos centros, la versión electrónica contiene la misma información que la ficha, aunque en muchos casos está más actualizada. (68)

La Norma Técnica, N°022-MINSA/DGSP-V.02 del sector salud del Perú (2005), refiere que: el Kárdex “es un registro de enfermería en donde se anota la administración de la medicación del paciente”. (69)

Fundación Universitaria de Área Andina, expresa que: el kárdex es “un instrumento conciso para organizar y registrar datos acerca de la administración de tratamientos y medicación de un paciente y además facilita el acceso inmediato a la información de tratamiento y medicación a todos los profesionales de la salud intervinientes”. (70)

1.2.9. CALIDAD DEL KARDEX DE ENFERMERÍA.

Según Kozier B. Refiere: Las siguientes características necesarias que debe cubrir un kárdex de enfermería: Nombre del medicamento, dosis y vía de administración del medicamento. Nombre y apellido del paciente, N° de Historia Clínica Fecha de inicio y fecha en que se discontinuó. Las horas diarias en que se administra. Además, el plan de cuidado para el paciente. Datos de identificación del paciente, Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el ingreso. Firma del paciente o su representante legal, Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico que indica el internamiento u hospitalización (1)

1.2.10. CALIDAD DE HOJA DE SIGNOS VITALES.

María Fernández Jaimes, manifiesta que: La medición de los signos vitales es una intervención independiente de enfermería y forma parte de la valoración integral del paciente, la cual se realiza de manera constante en las Instituciones de Salud, es una actividad prioritaria y de gran valor para la seguridad del paciente. (71)

Best Practice Information Sheet, refiere que: La observación de los pacientes es una parte importante de los cuidados de enfermería porque permite monitorizar el progreso del paciente y garantizar una temprana detección de sucesos adversos o recuperación retardada. La observación de los pacientes, o signos vitales, tradicionalmente consiste en presión sanguínea, temperatura, pulso y frecuencia respiratoria. (72)

Fundación Universitaria del Área Andina, refiere que: la hoja de signos vitales es en la que se registra la variación de los signos vitales: pulso, temperatura, presión arterial, la frecuencia respiratoria, así como también el peso del paciente, el tipo de comida que debe recibir, y los datos de filiación, durante la estancia del paciente. (70)

Servín morales E. expresa que: Cuando las constantes vitales de determinado paciente varían, han de registrarse de forma exacta a menudo, las notas narrativas son demasiado largas; en su lugar, se usa la hoja grafica que constituye un medio rápido para reflejar el estado del paciente. (64)

Penagos. Refiere que: La medición de signos vitales es “un proceso que refleja el estado fisiológico de los órganos vitales: cerebro, corazón, pulmones”,⁶ así como el estado hemodinámico del paciente y es una actividad clave en la valoración, diagnóstico e implementación de intervenciones de los profesionales de la salud. Los parámetros que integran la medición son: temperatura corporal, el pulso, la respiración y la tensión arterial. Sus resultados expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, lo cuales deben ser considerados globalmente y basarse en mediciones confiables, objetivas y gráficas (73)

CAPITULO II

MATERIALES Y METODOS

2.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Es un estudio de enfoque cuantitativo no probabilístico; cuantitativo porque se midió las variables, se clasificó y cuantificó, información que se recopiló a través de una ficha de cotejo que contiene datos sobre las notas de enfermería, hoja de signos vitales y kárdex de enfermería (74)

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es aplicativo, porque en base a las teorías existentes sobre la calidad de los registros de enfermería, se determinan la correlación entre los indicadores de la variable (74)

2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, puesto que hace una descripción detallada de las características de las variables en estudio, así mismo se analizaron los datos estadísticos y se realizó la recolección de la información sin cambiar el entorno. Es explicativo porque sus

resultados y conclusiones constituyen el nivel más profundo de conocimientos”.

(74)

2.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

Fue no experimental, descriptivo de corte transversal porque la recolección de información se realizó en un solo momento.

2.5. ÁREA DE ESTUDIO.

La investigación se desarrolló en los servicios de Medicina, cirugía y traumatología del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena”. Ayacucho.

2.6. POBLACIÓN.

Constituido por 74 de las historias clínicas con registros de enfermería de pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho en el mes de junio del 2017.

2.7. MUESTRA.

2.7.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Constituido por el 100% (74) historias clínicas con registros de enfermería de los cuales 27 son del servicio de cirugía, 29 del servicio de medicina y 18 del servicio de traumatología de los pacientes hospitalizados durante el mes de junio del 2017.

2.7.2. MÉTODO DE MUESTREO.

Para el estudio se utilizó el método de muestreo no probabilístico por conveniencia.

2.8. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica de recolección de datos fue la observación de las historias clínicas; el instrumento de recolección de datos es la **Ficha de Cotejo de Historias Clínicas**, el cuál fue sometido a juicio de expertos a fin de determinar la validez y confiabilidad del contenido y constructo.

El instrumento de recolección de datos está constituido de las siguientes dimensiones.

a. Calidad de registro de las notas de enfermería conformada por:

- Evaluación de forma, el cual está constituida por 3 ítems: escritura, legibilidad, registro completo (firma, sello, color apropiado); los cuales tienen un sub total de 3 puntos.
- Estructura: (etapas del registro de enfermería), el cual está constituida por 6 ítems: datos subjetivos, datos objetivos, diagnóstico de enfermería, planificación, intervenciones de enfermería, evaluación; los cuales tienen un sub total de 6 puntos.
- Coherencia en las etapas el cual está constituida por 5 ítems:
 - Datos objetivos y subjetivos (diagnóstico de enfermería)
 - Diagnóstico de enfermería (planificación de enfermería)
 - Planificación de enfermería (intervenciones de enfermería)
 - Intervenciones de enfermería (evaluación)
 - Evaluación (valoración, diagnóstico, planificación e intervención; los cuales tienen un sub total de 10 puntos.

Así mismo la puntuación del sub total de las notas de enfermería tiene un puntaje de 19 puntos.

b. Calidad de registro del kárdex conformada por:

- Evaluación de forma el cual constituida por 3 ítems: escritura, legibilidad, uso de símbolos/color; los cuales tienen un sub total de 3 puntos.
- Estructura el cual está constituida por 6 ítems: nombre del paciente, número de cama, fecha, servicio, diagnóstico médico, medicación; los cuales tienen un sub total de 3 puntos.
- Coherencia en las etapas el cual está constituida por 3 ítems: coherencia del kárdex con indicación médica, coherencia del kárdex con registro de enfermería, coherencia de la programación con ejecución de la medicación; los cuales tienen un sub total de 6 puntos.

Así mismo la puntuación del sub total de la hoja de kárdex de enfermería tiene un puntaje de 12 puntos.

c. Calidad de registro de signos vitales conformada por:

- Evaluación de forma el cual está constituida por 4 ítems: escritura, legibilidad, gráfica, color; los cuales tienen un sub total de 3 puntos.
- Estructura el cual está constituida por 6 ítems: fecha, días de hospitalización, servicio, número de cama, número de historia clínica; los cuales tienen un sub total de 6 puntos.
- Coherencia en las etapas el cual está constituida por 2 ítems: hoja de signos vitales con valoración, hoja de signos vitales con intervenciones de enfermería; los cuales tienen un sub total de 4 puntos.

Así mismo la puntuación del sub total de la hoja de signos vitales tiene un puntaje de 13 puntos.

Finalmente el puntaje global de los registros de enfermería consta de 44 puntos el cual se evaluará según el tipo de registro en óptimo (≥ 33 puntos), regular (23-32 puntos) y deficiente (< 23 puntos).

RESUMEN DE JUICIO DE EXPERTOS:

NOMBRES	ASPECTOS DE VALIDACION	DEFICIENTE 0-25%	REGULAR 26-49%	BUENA 50-75%	MUY BUENA 76-100%
GALLARDO GUTIÉRREZ, Mercedes	CLARIDAD				X
	OBJETIVIDAD				X
	ACTUALIDAD				X
	ORGANIZACIÓN				X
	SUFICIENCIA				X
	INTENCIONALIDAD				X
	CONSISTENCIA				X
	COHERENCIA				X
	METODOLOGÍA				X
	OPORTUNIDAD				X
ALARCÓN MUNDACA, Ruth Elena	CLARIDAD			X	
	OBJETIVIDAD			X	
	ACTUALIDAD			X	
	ORGANIZACIÓN			X	
	SUFICIENCIA			X	
	INTENCIONALIDAD			X	
	CONSISTENCIA			X	
	COHERENCIA			X	

	METODOLOGÍA			X	
	OPORTUNIDAD			X	
HINOSTROZA LUYO, Josefina	CLARIDAD				X
	OBJETIVIDAD				X
	ACTUALIDAD				X
	ORGANIZACIÓN				X
	SUFICIENCIA				X
	INTENCIONALIDAD				X
	CONSISTENCIA				X
	COHERENCIA				X
	METODOLOGÍA				X
	OPORTUNIDAD				X

2.9. PROCESAMIENTO DE DATOS.

El desarrollo del presente estudio se ejecutó en base a un plan y cronograma de actividades:

- Con la respectiva autorización del Departamento de Enfermería del Hospital Regional de Ayacucho; ingresamos a los tres servicios respectivos (cirugía, Medicina y traumatología).
- La recolección de datos, se llevó a cabo durante tres días

Esto permitió la recopilación de información, una vez recabada se procedió a la creación de una base de datos en el paquete estadístico SPSS v. 22 y en una hoja de cálculo de Excel 2010, seguidamente los datos fueron procesados y presentados en gráficos y tablas estadísticas porcentuales que relacionaban las variables de acuerdo a los objetivos del estudio.

2.10. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

Se mostró los resultados en tablas y gráficos. Posteriormente, se procedió a hacer la contrastación de los resultados encontrados con la base teórica y antecedentes de investigación.

2.11. CRITERIO DE VALIDACIÓN.

La confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos se realizó a través del juicio de expertos, que son profesionales de la salud con especialistas en el área y docentes de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.

CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA N° 01.

**CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS
DE CIRUGÍA, MEDICINA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL MIGUEL
ÁNGEL MARISCAL LLERENA. AYACUCHO. 2017**

SERVICIO	RESULTADOS GLOBAL DE REGISTRO DE ENFERMERIA						Total	
	OPTIMO		REGULAR		DEFICIENTE			
	N	%	N	%	N	%	N	%
MEDICINA	6	8.1	20	27.0	3	4.1	29	39.2
CIRUGIA	5	6.8	13	17.6	9	12.2	27	36.5
TRAUMATOLOGIA	2	2.7	15	20.3	1	1.4	18	24.3
Total	13	17.6	48	64.9	13	17.6	74	100.0

FUENTE: Ficha de cotejo elaborado por las investigadoras; aplicado en los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena. Ayacucho. Junio 2017.

En la **Tabla N° 01**, respecto a la calidad de Registro de Enfermería (Notas de Enfermería, Hojas de Signos Vitales, kardex) de los servicios de cirugía, medicina y traumatología del hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena, se desprende que, del 100%(74) de las historias clínicas evaluadas, el 64.9%(48) presentan un registro de regular calidad, del cual el 27.0% (20) son del servicio de medicina, 20.3%(15) del servicio de traumatología y el 17.6%(13) del servicio de cirugía respectivamente.

El 17.6% (13) de los registros de enfermería son de deficiente calidad, de los cuales el 12.2%(9) representan al servicio de cirugía, el 4.1% (3) son del servicio de medicina, y solo el 1.4% (1) representa al servicio de traumatología.

Asimismo, el 17.6% (13) de los registros de enfermería son de óptima calidad, de ello se desprende que, el 8.1% (6) representa al servicio de medicina, el 6.8% corresponde al servicio de cirugía, y solo el 2.7% (2) representa el servicio de traumatología.

TABLA N° 02.

**CALIDAD DE LOS REGISTROS DE NOTAS DE ENFERMERÍA DE LOS
SERVICIOS DE CIRUGÍA, MEDICINA Y TRAUMATOLOGÍA.
HOSPITAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA. AYACUCHO. 2017**

SERVICIO	RESULTADOS NOTAS ENFERMERIA						Total	
	OPTIMO		REGULAR		DEFICIENTE			
	N	%	N	%	N	%	N	%
MEDICINA	4	5.4	7	9.5	18	24.3	29	39.2
CIRUGIA	4	5.4	11	14.9	12	16.2	27	36.5
TRAUMATOLOGIA	1	1.4	2	2.7	15	20.3	18	24.3
Total	9	12.2	20	27.0	45	60.8	74	100.0

FUENTE: Ficha de cotejo elaborado por las investigadoras; aplicado en los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena. Ayacucho. Junio 2017.

En la **Tabla N° 02**, en relación a la calidad de registro de las notas de enfermería evaluados en las historias clínicas de los servicios de Medicina, Cirugía y Traumatología del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho, se observa que del 100% (74) de los registros de notas de enfermería, el 60.8%(45) presentan un registro deficiente, del cual el 24.3% (18) representa al servicio de medicina, el 20.3% (15) al servicio de traumatología y solo el 16.2% (12) representa al servicio de cirugía.

El 27 %(20) representa un registro de forma regular, de ello el 14.9% (11) representa al servicio de cirugía, el 9.5% (7) a medicina y solo el 2.7% (2) al servicio de traumatología.

Asimismo el 12.2% (9) representa un registro de óptima calidad, del cual el 5.4% (4) representa al servicio de medicina, el 5.4% (4) a cirugía, y solo el 1.4% (1) al servicio de traumatología respectivamente.

TABLA N° 03.

**CALIDAD DE LOS REGISTROS DE KÁRDEX DE ENFERMERÍA DE
LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, MEDICINA Y TRAUMATOLOGÍA.
HOSPITAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA. AYACUCHO. 2017**

SERVICIO	RESULTADOS KARDEX DE ENFERMERÍA						Total	
	OPTIMO		REGULAR		DEFICIENTE			
	N	%	N	%	N	%	N	%
MEDICINA	25	33.8	4	5.4	0	0.0	29	39.2
CIRUGIA	6	8.1	18	24.3	3	4.1	27	36.5
TRAUMATOLOGIA	16	21.6	2	2.7	0	0.0	18	24.3
Total	47	63.5	24	32.4	3	4.1	74	100.0

FUENTE: Ficha de cotejo elaborado por las investigadoras; aplicado en los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena. Ayacucho. Junio 2017.

En la **Tabla N° 03**, del 100% (74) del registro de kárdex de enfermería de los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, se observa el 63.5%(47) tienen un registro óptimo, del cual se desprende que, el 33.8% (25) son del servicio de medicina, el 21.6% (16) representa al servicio de traumatología, y solo el 8.1% (6) al servicio de cirugía.

El 32.4% (24) presenta un registro del kárdex de regular calidad, de ello el 24.3 % (18) son del servicio de cirugía, el 5.4% (4) al servicio de medicina, y solo el 2.7% (2) representa al servicio de traumatología.

Asimismo el 4.1% (3) representa un registro de kárdex de deficiente calidad, de ello el 4.1% (3) son del servicio de cirugía.

TABLA N° 04.

CALIDAD DE LOS REGISTROS DE HOJA DE SIGNOS VITALES DE

ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, MEDICINA Y

TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL

LLERENA. AYACUCHO. 2017

SERVICIOS	RESULTADOS HOJA SIGNOS VITALES						Total	
	OPTIMO		REGULAR		DEFICIENTE			
	N	%	N	%	N	%	N	%
MEDICINA	18	24.3	6	8.1	5	6.8	29	39.2
CIRUGIA	16	21.6	4	5.4	7	9.5	27	36.5
TRAUMATOLOGIA	13	17.6	5	6.8	0	0.0	18	24.3
Total	47	63.5	15	20.3	12	16.2	74	100.0

FUENTE: Ficha de cotejo elaborado por las investigadoras; aplicado en los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena. Ayacucho. Junio 2017.

En la **Tabla N° 04**, evalúa la calidad de registro de las hojas de signos vitales de los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho, se observa del 100%(74) de las hojas evaluadas el 63.5%(47) presentan un registro óptimo, del cual el 24.3% (18) son del servicio de medicina, el 21.6% (16) del servicio de cirugía, y solo el 17.6% (13) representa al servicio de traumatología.

El 20.3% (15) del registro de la hoja de signos vitales son de regular calidad, del cual el 8.1% (6) representa al servicio de medicina, el 6.8% (5) al servicio de traumatología, y solo el 5.4% (4) a cirugía respectivamente.

Asimismo, el 16.2% (12) representan u registro de deficiente calidad, de ello el 9.5% (7) representa al servicio de cirugía, el 6.8% (5) al servicio de medicina.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad es un “alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción sobre las necesidades de este y produciendo un impacto final positivo en salud”.

Una adecuada calidad de registro de enfermería permite la recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al profesional de enfermería plantear un diagnóstico de acuerdo a las necesidades requeridas por el paciente. Debe considerarse el documento básico en la atención del paciente y ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona. El registro de enfermería es un indicador de la calidad asistencial. Es reconocida la influencia de ésta como instrumento para la mejora de los estándares de atención, y tener una función educativa para todos los profesionales de la salud.

Como parte de la historia clínica, encontramos una serie de registros, entre las cuales figuran el registro de las notas de enfermería, que es un documento que registra en forma objetiva, clara, concreta y comprensible los hallazgos, actividades y cuidados que la enfermera(o) brinda a la persona, familia y/o comunidad (45); estas notas deben ajustarse a los principios éticos de la verdad, la privacidad y el respeto que se genera durante la interacción del enfermero(a) con los pacientes (59); estas notas de enfermería sirven para la toma de decisiones de los profesionales en base a las informaciones que se registran, como también para hacer seguimiento de la evolución respecto a los cuidados de enfermería y coadyuvar en la recuperación del estado de salud.

Las notas de enfermería siendo un documento legal con capacidad probatoria, adquieren cierta responsabilidad legal en los profesionales de enfermería, por ello el registro debe garantizar la objetividad y debe dejar constancia escrita de los cuidados que se brinda.

Otro de los documentos dentro de los registros de enfermería se encuentra el kárdex, documento que registra el manejo de los medicamentos (70) por las diferentes vías, la aplicación de los diversos procedimientos; es decir es un método conciso donde se organiza un sistema de información con acceso rápido para los profesionales de enfermería y el resto del equipo multidisciplinario de salud. El kárdex como un documento legal también debe contener toda la información respecto al paciente a fin de evitar errores frecuentes que pueda conllevar a negligencias; así mismo para garantizar un tratamiento y seguimiento de los cuidados de enfermería basados en

la administración de los medicamentos, ejecución de procedimientos el registro debe ameritar mayor cuidado en su registro.

Así mismo dentro de los registros de uso en los cuidados de enfermería son las hojas de funciones vitales, donde también se registran los datos del paciente y básicamente el monitoreo de las constantes vitales que garantizará la atención eficiente; de esta forma en el registro se debe garantizar la frecuencia de los controles acorde a las indicaciones y reducir los errores de cuidados de enfermería.

Respecto a los hallazgos en la **Tabla N° 01** sobre calidad de los registros de enfermería, Jiménez y col, en su estudio llegaron a los siguientes resultados: respecto a la calidad del registro el 92% se caracteriza por ser poco legible, el 53% de los registros son de escasa extensión y de contenido inexacto, por lo que recomienda realizar actividades de educación permanente al personal de enfermería de la unidad, que le permita actualizar los conocimientos sobre las normas de redacción y legal que permita garantizar la calidad de los registros de enfermería.

Morales S., llegó a la conclusión que las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%, el 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido.

Laura vega, evaluó 4 registros de enfermería (hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kárdex de enfermería), quien llega a los resultados: los registros de enfermería en general, son de regular calidad en un 95% y el 5% de mala calidad.

Córdova G, Sosa E. reportan que el 74.2% de los profesionales de enfermería tienen una mala calidad en el registro de las notas de enfermería, seguido de un 19.3% con una regular calidad y sólo un 6.4% tienen buena calidad. Fue un estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo, de corte transversal.

Por lo tanto los resultados hallados por Jiménez, col y Morales S y Laura Vega coinciden con los resultados de nuestro estudio; pero difieren con los resultados encontrados por Córdova G. Sosa ; con los primeros concuerdan ya que la gran mayoría que está representado por un promedio de 54,7% de las historias clínicas evaluadas presentan un registro regular de los registros de enfermería (Notas de enfermería, kárdex, hoja de funciones vitales), mientras Córdova difiere porque en su estudio en promedio las 74.2% de las historias evaluadas son de mala calidad en cuanto a su registro.

Los resultados hallados demuestran que del 100% (74) de las historias clínicas evaluadas, el 64.9% (48) representan un registro regular, el 17.6% (13) tienen un registro óptimo y deficiente respectivamente.

Los registros de Enfermería (Notas de enfermería, kárdex, hoja de funciones vitales), son instrumentos legales utilizados durante la atención de los pacientes en los servicios de traumatología, cirugía y medicina del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena; cuyo registro deberá de garantizar su calidad en cuanto a la recopilación, sistematización de los hallazgos a fin de garantizar las intervenciones de enfermería y tengan resultados que busquen eficiencia y eficacia. Sin embargo, los resultados obtenidos reflejan que estos registros son de regular calidad, debido

a que el registro de las notas de enfermería es deficiente (60.8%), así mismo la hoja de signos vitales y el kárdex reflejan un registro óptimo (63.5%) respectivamente; lo que hace que los registros de enfermería de manera global sean considerados de regular calidad.

En este aspecto podemos manifestar, que los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía por su estado de salud requieren una atención más individualizada, el cual demanda a mayor tiempo de atención de los profesionales de enfermería, ello sumado a la no concordancia entre el número de enfermeros (as) y pacientes hospitalizados conlleva a la deficiencia en los procedimientos y registros de enfermería.

Además, consideramos que todos los criterios establecidos en este estudio, deben registrarse en su totalidad, se cree que la falta de registro de estos obedece a poca responsabilidad por parte de los profesionales de enfermería sobre la importancia de dicho registro.

Esto indica que se deben de tomar medidas de mejoramiento, control y evaluación en los procedimientos para el cumplimiento de los estándares de calidad de los registros de enfermería.

En la **Tabla N° 02** respecto a la calidad de las notas de enfermería, Meneses obtuvo el siguiente resultado: el registro de enfermería tiene un nivel de no cumplimiento identificándose que las normas para un registro adecuado solo se cumplen en 45% de todos los casos estudiados, se verifico que la falencia está en el registro

incorrecto de los datos subjetivos e intervención de enfermería del neonato con 94% tiene cumplimiento mínimo, en la evaluación con 91% y en los diagnósticos de enfermería el 73% un cumplimiento mínimo, en cambio en los datos objetivos el 78% cumple y en la planificación el 53% cumple, en cuanto si el registro lleva el sello y la firma de la enfermera el 92% cumple y el 6% cumplimiento mínimo, por otra parte no están utilizando herramientas con base científica como una guía para aplicar el PAE basado en el registro del SOAPIE correctamente.

Fernández Aragón Shirley arribó a los siguientes resultados: el 71% de los enfermeros se encuentran en un nivel excelente de conocimiento sobre notas de enfermería; sin embargo al comparar esta información con la lista de chequeo aplicada se encuentra que un 23% de los enfermeros no registran la evolución del paciente durante el turno, concluyen: existe necesidad de capacitación sobre notas de enfermería y resolución, incumplimiento en la normatividad vigente en salud; no cumplimiento con las características de secuencialidad, racionalidad científica.

Mejía L. Concluye que la calidad de las anotaciones de enfermería según los parámetros establecidos, es regular en el aspecto general con un 53.5%, mientras que en aspectos específicos de la información es deficiente en el 71.1%. Así mismo en la evaluación realizada según el sistema de registros orientados hacia los problemas (SOAPIE) se encontró, que el 94.2% de las anotaciones de enfermería son parcialmente completas y el 5.1% son incompletas, solo el 0.7% de las anotaciones de enfermería son completas.

Laura vega evaluaron los 4 registros de enfermería (hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kárdex de enfermería), quien llega a los resultados: el registro de notas de enfermería el 80% de mala calidad y el 20% de regular calidad.

Por tanto nuestros hallazgos son concordantes con las investigaciones de Meneses, Mejía y Laura, donde los registros de las notas de Enfermería son deficientes o de mala calidad, las cuales conllevarían a cometer mayor negligencia por parte de los enfermeros(as) y pone en riesgo la salud de los pacientes con quienes interactúan permanentemente las enfermeras(os) del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena en los servicios de traumatología, cirugía y medicina.

Los hallazgos muestran que el 60.8% del registro de las notas de enfermería son deficientes, siendo más crítico en el servicio de traumatología. En las notas de enfermería se han evaluado 3 dimensiones como es la evaluación de la forma que determina la escritura sin enmendaduras, la legibilidad que garantiza una buena comprensión de los registros y el registro completo de los datos del profesional y del paciente. Respecto a la segunda dimensión que evalúa la estructura del SOAPIE, se ha demostrado que no se han reportado de manera completa en el rubro de registro de datos subjetivos y el diagnóstico de enfermería no se ciñe a los estipulado por las reglas del NANDA, como también en la etapa de planificación y evaluación existen ciertas deficiencia en cuanto al registro, los cuales han conllevado a que el registro tenga mayor deficiencia; finalmente en la tercera dimensión de las notas de enfermería se ha evaluado la coherencia en las etapas del registro de enfermería, en las cuales se han notado que las enfermeras no cumplen con registrar de manera coherente la intervención con la planificación, como

también la evaluación no es concordante con la intervención y las otras etapas del proceso de enfermería.

Es así estos aspectos hallados en su no cumplimiento han determinado la deficiencia en cuanto al registro de enfermería en la presente investigación.

Consideramos que las notas de enfermería son de vital importancia no solo para identificar las necesidades del paciente, sino también poder realizar una planificación adecuada de los cuidados a brindar, consignando datos reales y así poder satisfacer dichas necesidades; los profesionales de enfermería deben ceñirse a los estándares de calidad en los registros de las notas de enfermería según la NANDA que garantiza así un diagnóstico real.

Concluyendo; las notas de enfermería, es uno de los registros fundamentales del cuidado enfermero, los cuales presentan una calidad deficiente en cuanto a su registro en las enfermeras(os) del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena en los servicios de traumatología, cirugía y medicina. Ello amerita que los servicios de salud del hospital en mención implementen un plan de capacitación en cuanto al manejo y registro del proceso de enfermería, instrumento básico del quehacer profesional y que sustenta la intervención basada en un método científico.

En la **Tabla N° 03**, respecto a la calidad de registro de las hojas de kárdex, Mateo A. en su estudio encontró fueron que en el 91% de las historias clínicas no se registraron los tratamientos administrados durante el turno, se observó que el 87%

no registran las reacciones que presentó el paciente. Concluyendo que la mayoría de notas de enfermería elaboradas fueron de regular calidad técnica.

Palomino B. obtuvo las conclusiones fueron que un porcentaje considerable (73.08%) son de deficiente calidad referido a que se encuentra incompleto, no registra el motivo por el cual no administra el medicamento, así como las reacciones derivadas del tratamiento, y un menor porcentaje significativo (26.92%) son de buena calidad que está dado por que utiliza las abreviaturas autorizadas, utilizan la tinta azul en las notas de día y rojo en la noche, colocan la fecha y el nombre del enfermero (a).

Laura vega evaluó 4 registros de enfermería (hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería), quien llega a los resultados: el registro de kárdex de enfermería, el 68% de buena calidad, 31% de regular calidad y el 1% de mala calidad.

En la evaluación del kárdex de manera general en los servicios de traumatología, cirugía y medicina el 63.5 % son de registro óptimo, estos mismos resultados se halló en los servicios de traumatología y medicina, excepto en el servicio de cirugía donde el 24.3% son regulares.

En cuanto a la evaluación del kárdex por dimensiones se puede apreciar en la primera dimensión respecto a la evaluación de forma, en cuanto a su escritura (sin enmendaduras) y legibilidad casi en promedio la mitad ni los cumplen, mientras al uso de símbolo y color casi la totalidad si cumplen con hacer un buen registro; en

cuanto a la segunda dimensión evaluada que es la estructura del kárdex, no cumplen con registrar el número de cama y no registran la medicación indicada, los procedimientos, exámenes de laboratorio; pero si en totalidad cumplen con registrar el nombre del paciente, la fecha, el servicio, diagnóstico médico. Finalmente, una de las terceras dimensiones evaluadas es la coherencia del kárdex con el resto de registros como la indicación médica, registros de enfermería y la coherencia entre la programación con la ejecución de la indicación; en las cuales se halló que no tienen coherencia en su registro entre el kárdex y las notas de enfermería, así como entre la programación y ejecución de la medicación.

Por tanto, nuestros hallazgos concuerdan con los resultados de los estudios desarrollados por Laura Vega donde los registros de kárdex son óptimos o adecuados; mientras no concuerdan con los hallazgos de Mateo y Palomino quienes hallaron que en promedio el 90% no registran la administración de los medicamentos.

Se debería tomar en cuenta este formato de vital importancia para la recuperación del paciente, ya que el tratamiento terapéutico debe cumplirse tal y como se indica con respecto a la dosificación, hora de administración, para lograr los efectos terapéuticos esperados en el paciente según la patología que pueda presentar.

Podemos concluir que el registro de kárdex es óptimo en un 63.5% y en promedio un 32.4% es de registro regular, demostrándose que los enfermeros (as) de los servicios de traumatología, cirugía y medicina del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena registra de manera óptima en la hoja kárdex.

En la **Tabla N° 04**, en cuanto a la calidad de registro de las hojas de funciones vitales, Laura Vega evaluó 4 registros de enfermería (hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería), quien llega a los resultados: los registros de enfermería en general, son de regular calidad en un 95% y el 5% de mala calidad. Respecto al registro de la hoja gráfica, el 65% de buena calidad, 31% de regular calidad y el 4% de mala calidad.

Los resultados del registro de las hojas de signos vitales demuestran que un 63.5 % tienen un registro óptimo; en el servicio de cirugía un 21.6% es de registro óptimo, el servicio de traumatología con un 17.6% y medicina con un 24.3% respectivamente.

La evaluación de la hoja de signos vitales se evaluó también en tres dimensiones, como es la forma determinado por escritura, legibilidad, gráfica y color del escrito; en las cuales se halló mayor deficiencia encontrándose registros con enmendaduras. Respecto a la segunda dimensión evaluada a la estructura de las hojas de signos vitales donde buena parte no registra el número de historia clínica, así mismo no cumplen en registrar días de hospitalización, el servicio y número de cama; respecto a la tercera dimensión que es la coherencia entre la hoja de funciones vitales con la valoración de las notas de enfermería e intervenciones de enfermería no cumplen con tener un buen registro.

Se puede deducir que los hallazgos de nuestra tesis concuerdan con los resultados de Laura Vega, evidenciándose que el registro de la hoja de funciones vitales en un

63.5% es de calidad óptima y sólo una mínima proporción de ellos tienen registros deficientes.

Deberíamos tomar en cuenta la hoja de signos vitales porque refleja el estado de salud en el que se encuentra un paciente, y su alteración o la alteración en sus valores, nos ayuda a tomar las acciones y medidas pertinentes e instantáneas para evitar posibles complicación que puedan ser irreversibles en el estado de salud del paciente.

Finalmente concluimos que los registros de las hojas de funciones vitales son óptimos tanto de manera global en los tres servicios como también analizados de manera independiente por cada servicio.

CONCLUSIONES

1. Las notas de enfermería es uno de los registros fundamentales del cuidado enfermero, los cuales presentan en un (60.8%) un registro de deficiente calidad; lo cual muestra que los profesionales de enfermería no elaboran adecuadamente las notas de enfermería, esto conlleva a problemas y dificultades en la toma de decisiones con respecto a la planificación cuidado del paciente.
2. El registro de kárdex es de óptima calidad en un 63.5% demostrándose que los enfermeros(as) de los servicios de traumatología, cirugía y medicina del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena registran adecuadamente la hoja de kárdex.
3. El registro de las hojas de funciones vitales es de óptima calidad en un 63.5%, lo que significa que los profesionales de enfermería cumplen adecuadamente con el registro.
4. Los profesionales de enfermería que laboran en los servicios de traumatología, cirugía y medicina del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena; elaboran un registro de enfermería (Notas de Enfermería, kárdex, hoja de funciones vitales) de regular calidad (64.9%).

RECOMENDACIONES

- 1 A la Dirección del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena, implementar un plan de fortalecimiento de capacidades de los profesionales de enfermería; así mismo promover las auditorías de salud a fin de implementar planes de mejora de su sistema de registro.
- 2 A la jefatura del departamento de Enfermería, al área de supervisión, poner mayor énfasis en la gestión del cuidado y promover el mejoramiento de las competencias de los enfermeros(as) del Hospital en cuanto al manejo de las principales herramientas de gestión como son los registros de enfermería.
- 3 A la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, en el marco de los convenios interinstitucionales generar alianzas para fortalecer las capacidades de los enfermeros(as) en cuanto a los registros y manejo de las herramientas del cuidado enfermero.
- 4 Que las unidades de calidad en los servicios de salud promuevan la constitución de equipos de enfermería que formulen formatos completos y de fácil manejo sobre las anotaciones de enfermería, que simplifiquen el tipo de registros según la complejidad del cuidado del paciente.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Kozier, B; Erb, G; Olivieri. Enfermería Fundamentos, Conceptos, Procesos. 4ª. Edición. Editorial Graw- Hill- Interamericana. Madrid – España. 1994.
2. Rios S. Elaboracion y desarrollo de registros de Enfermería. 1ª edición. Editorial Civil Educativa Oscar Treller Montes. México. 2014.
3. Morales S. “Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos -hospital regional Moquegua”. [Tesis] Tacna-Perú; 2011.
4. Palomino B. “Calidad de las anotaciones de enfermería en el hospital Regional de Ayacucho” (Tesis); 2010.
5. Mejía L. “Calidad en la elaboración de anotaciones de enfermería en el servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia” (Tesis). Huaraz –Perú; 2012.
6. Brunner Y Suddarth. Enfermería Médico quirúrgica. 8ª Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México. 2001.
7. El código de ética y deontología DL. 22315 en el capítulo III La enfermera y el ejercicio profesional, en el artículo 27. Perú
8. Carrillo Chávez O. El registro de enfermería como parte del cuidado. 1ª edic. España.Disponible en <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/Junio/REGISTRO%20DE%20ENFERMER%C3%8DA.pdf>. 2006.
9. Meneces P. “Calidad del registro de Enfermería S.O.A.P.I.E. en la unidad de cuidados intensivos neonatales Hospital Seguro Social Universitario la Paz” (Tesis) Bolivia; 2012.
10. Jiménez y col. “Calidad del Registro de Enfermería, relacionado con la atención del cuidado del paciente asistido en la Unidad de Emergencia del Hospital Universitario Dr. Antonio María Pineda” (Tesis). Venezuela; 2001.

11. Fernández Aragón Shirley et. al (2012). Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización. Cartagena 2012.
12. Mateo A. Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres, Hospital Nacional De Mazatenango, Suchitepéquez. Guatemala. 2014.
13. Valverde A. Calidad de los registros de Enfermería elaborados por las enfermeras del servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional del Niño 2009.
14. Laura Vega. Calidad del Registro de Enfermería en la Historia Clínica del servicio de cirugía del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Puno 2017.
15. Córdova G, Sosa E. “Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria. Piura.2010.
16. Brito N. “Historia Clínica: Estructura y principios”. 1ª Edición. Colombia 2006.
17. Guzmán F, Arias C. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Editorial Rev. Colombia. 2008
18. López A. Ética e Historia Clínica.1ª Edición. Edit. Saavedra. Venezuela 2015
19. Alcaraz-Agüero M. La historia clínica: Un documento Básico para el personal médico. Editorial Medisan. 2010
20. Amórtegui M. Auditoría de la calidad de las historias clínicas del servicio de hospitalización de un hospital militar. Colombia 2009.
21. Tejada S. La historia clínica como instrumento de calidad. Auditoría Médica. Buenos Aires, Argentina. 2010.
22. Organización mundial de la salud (OMS): “temas de salud”, vía web en: <http://www.who.int/topics/primary.health.care/es/OMS-temas de salud>.

23. MINSA [internet, acceso ap.2011] Disponibilidad en:
www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/SistemaGestiondeLaCalidad.pdf.
24. Martínez Mondéjar, Belén. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. 1ª edición. Ecuador. 2001.
25. Patiño José Fernando. Nueva visión de la Enfermería Práctica. 1ª edición. Editorial fénix. Colombia.2000.
26. Bernocchi, D. Manual de evaluación de la calidad del servicio en enfermería. 2ª. Edic. Edit. Médica Panamericana. Lima Perú. 2010.
27. Gutiérrez Fernández, Rodrigo. “Percepción de la calidad de la atención”. 2ª edición. Editorial Cabanillas. Lima-Perú2000.
28. Casermeiro de Goytia, María Beatriz y Colb. Salta. “La calidad en los servicios públicos”.1ª edición. Editorial León.2003.
29. Ardon C. Nelson. “Análisis del debate actual sobre las diferentes perspectivas de la calidad de vida”. 5ª edición. Editorial Fernández. 2003.
30. Asesory G. Características de los registros de enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de enfermería. 1ª edición. Editorial Cervantes. Bogotá- Colombia. 2005.
31. Diccionario Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. 1.ª edición. Madrid: España Calpe, 2006.
32. Hernández O. “Enfoques en calidad”. 1ª edición. Editorial Casa de Libro. Chile 2008
33. Balderas, M. Administración de los servicios de enfermería. 3ª Edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. España. 1995.
34. Rios S. Elaboracion y desarrollo de registros de Enfermería. 1ª edición. Editorial Civil Educativa Oscar Treller Montes. México. 2014.

35. Hontangas. Proceso de Enfermería y Diagnóstico. 2 da Edición. Editorial Interamericana Mc Graw -Hill. México. 2006.
36. Loniza Calderón Y. Enfoques para un cuidado de calidad. 3ª edición. Editorial Versalles. España. 2004.
37. Yepes Restrepo Sergio. Bases para un llenado adecuado de las notas de enfermería. 1ª edición. Editorial Masson. Barcelona. 2005.
38. Amezcua M. La calidad en la documentacion Clinica de Enfermería. Del papeleo a los Registros para el cuidadodisponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/sumario.php.43k>. 2014.
39. Carpenito, Lynda. Planes de Cuidado y documentación en Enfermería. 1ª Edición. Mc- Graw – Hill- Interamericana. Madrid- España. 1994.
40. Dexi F. Torcatt M. Informacion Que Posee El Profesional De Enfermeria Que Labora En Las Unidades Clinicas De Cirugia Del Hospital Universitario De Caracas Sobre Los Registros De Enfermeria. Venezuela 2007.
41. Hullin. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, 2da.Edición. Editorial Mc Graw Hill. México.2010.
42. Perry P. Fundamentos de Enfermería. 5ª Edición Volumen I. Mosby, España; 2005.
43. Rodríguez Salvá, Armando. Inventario del clima organizacional como una herramienta necesaria para evaluar la calidad del trabajo. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. la Habana.Pág. 1. 2006.
44. Alfaro. Aplicación del Proceso Enfermero. 1ª edición. Editorial Masson. España. 1996.
45. Calixto. Pensamiento enfermero. 2ª edición. Editorial Mac Garaw Hill. México. 2001.

46. Parra, Patarroyo & Reyes. Enfermería clínica técnicas y procedimientos. 1ª edición. Editorial Harcour Brace. Madrid. 2005
47. Pecho M. Proyecto de Auditoría en Enfermería. Hospital III José Cayetano Heredia. Es Salud –Piura.2001.
48. Martínez Ques. Interrelación NANDA, NOC y NIC. 2ª edición. Editorial Elsevier Mosby.2004
49. Lefevre, Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería. 4ª Edición. Editorial Interamericana. McGraw-Hill.2002.
50. Beare Myers. Clasificación de intervenciones de enfermería. 3ª edición. Editorial Mosby. España.2005.
51. Almeida E. Manual de la enfermería: Enfermería Básica. Edición MMV. Móstoles. Madrid-España. 2008.
52. Jiménez J. Metodología y Tecnología de la Programación I. Registros, Definición de tipos de datos. España; 2008.
53. Carballo Y. Programación Orientada A Objetos. 1ª edición. Editoriales cárdenas. Venezuela. 2008.
54. Currell R, Urquhart C. Sistema de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria. 3ª edición. Editorial Vallejo. España. 2008.
55. Egglund y Heinemann. Proceso de atención de enfermería Manual moderno. 1ª edición. México.2002.
56. Benavent M A., Leal Cercós. Mesa de los aspectos Ético Legales de los Registro de Enfermería. México; 2002.
57. Urquiza, R. Conceptos de Calidad en Salud. 2ª edición. Editorial Epiteme. Pags. 152-155. Venezuela. 2004.

58. DUGAS, Barbely. Tratado de Enfermería Practica. 4ª. Edición Mc-Graw- Hill- Interamericana. España; 2000.
59. Marriner (2002) Marriner T, Raile A. Modelos y Teorías en Enfermería, 4º Edición, España –Madrid: Edición Harcourt Brace –Mosby; 2000
60. Prietas de Romano Gloria, y otros. Notas de enfermería; tribunal nacional ético de enfermería1ª edición.2007.
61. Cortés G. Estudio sobre la cumplimentación de los Registros de Enfermería. 5ª edición. Editorial Iberoamericana.2009.
62. P. W Iyer. Proceso de atención y diagnostico en enfermería. 3era. Edición. Mc Graw Hill. Mexico. 1995
63. Smetzer. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México. 1998.
64. Servín Morales E. Formato de registros clínicos de enfermería quirúrgica. 1ª edición.editorial Gómez. México. 2012.
65. Armutlu, Foley & Surette. Manual de evaluación de la calidad del servicio en enfermería. 2ª. Edición. Edit. Médica Panamericana. 2008.
66. De Cordero Lucena G. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud. 1ª edición. Editorial Fernández. México.2006.
67. Hernández, M. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. 1ª edición. Editorial Masson. Barcelona.2007.
68. Smith, S. procedimientos para la elaboración del PAE métodos y práctica. 1ª edición. Editorial Saavedra. Caracas 2010.
69. La Norma Técnica, N°022-MINSA/DGSP-V.02 del sector salud del Perú (2005).

70. Fundación Universitaria de Área Andina. Administración de Registros Clínicos. Disponible en [http://www.areandina.edu.co/portal/index .php?option=com_content&view=article&id=848&Itemid=312.2004](http://www.areandina.edu.co/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=848&Itemid=312.2004)
71. Fernández Jaimes María. Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería en el hospital general [Artículo]. Villa-México; 2009
72. Best Practice Information Sheet (2000). The importance of nursing records. Medwave. May;4(4):e2793 doi: 10.5867/medwave.123
73. Penagos PS, Dary L, Vera F. Control de los signos vitales. Guías para manejo de urgencias, capítulo XV. Colombia; 1465-1473.
74. HERNÁNDEZ SAMPIERI. Roberto. Metodología de la investigación. McGraw Hill. 5ª edición. Perú. 2008.

ANEXOS

ANEXO N° 01.
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 NOTAS DE ENFERMERÍA: con contenido coherente)		
	➤ Datos subjetivos		
	➤ Datos objetivos		
	➤ Diagnóstico de enfermería (según NANDA)		
	➤ Planificación		
	➤ Intervenciones de enfermería (según NIC-NOC)		
	➤ Evaluación		
	SUB TOTAL		
	3.- COHERENCIA EN LAS ETAPAS DEL REGISTRO DE NOTAS DE ENFERMERÍA:		

	Datos objetivos y subjetivos (valoración):	⇒	Diagnóstico de enfermería		
	Diagnóstico de enfermería	⇒	Planificación de enfermería		
	Planificación de enfermería	⇒	Intervenciones de enfermería		
	Intervenciones de enfermería	⇒	Evaluación		
	Evaluación	⇒	Valoración, Diagnóstico, Planificación, Intervención		
	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 Kárdex 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

ANEXO N° 02.
MATRIZ DE PUNTAJE GENERAL

HOJA DE NOTAS DE ENFERMERÍA

1.- EVALUACIÓN DE FORMA (3 PUNTOS)

ÍTEMS	PUNTAJE	
EVALUACIÓN DE FORMA	MÁXIMO	MÍNIMO
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	
ESTRUCTURA (ETAPAS DE NOTAS DE ENFERMERÍA: con contenido coherente)	MÁXIMO	MÍNIMO
➤ 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

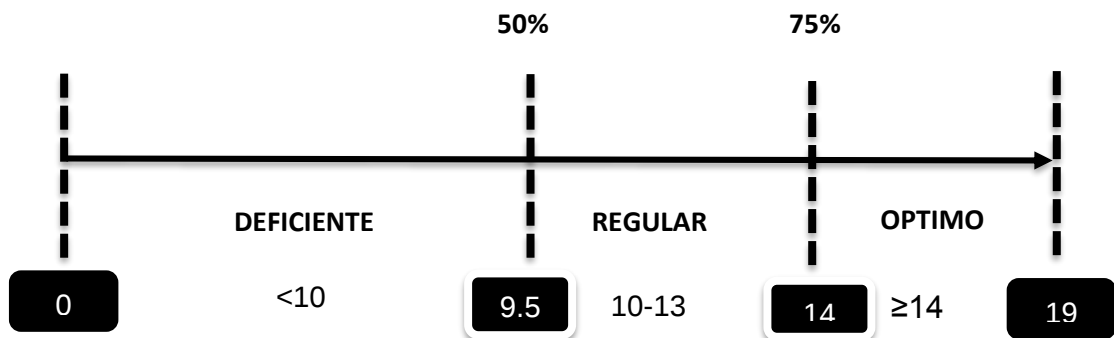
3.- COHERENCIA EN LAS ETAPAS DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA (10 PUNTOS)

ÍTEMS	PUNTAJE	
COHERENCIA EN LAS ETAPAS DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA:	MÁX.	MÍN.
Datos objetivos y subjetivos (valoración): ➡ Diagnóstico de enfermería	2	0
Diagnóstico de enfermería ➡ Planificación de enfermería	2	0
Planificación de enfermería ➡ Intervenciones de enfermería	2	0
Intervenciones de enfermería ➡ Evaluación	2	0
Evaluación ➡ Valoración, Diagnóstico, Planificación, Intervención	2	0
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	
EVALUACIÓN DE FORMA	MÁXIMO	MÍNIMO
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	
ESTRUCTURA DEL KÁRDEX	MÁXIMO	MÍNIMO
• 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

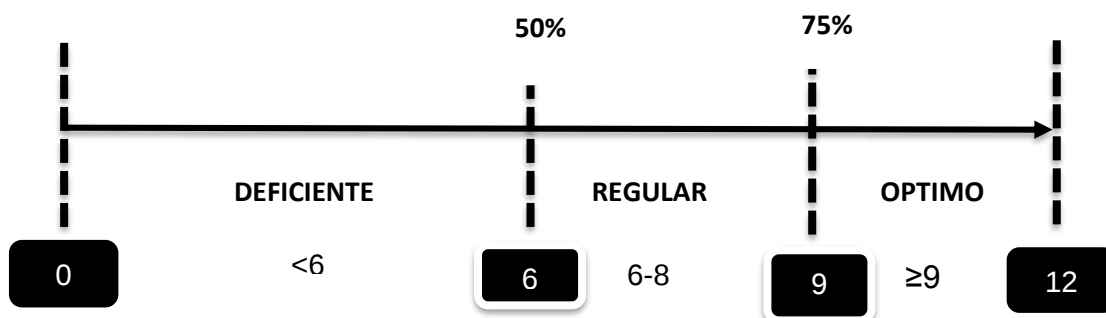
3.- COHERENCIA DE LA INFORMACIÓN (6 PUNTOS)

ÍTEMS	PUNTAJE	
COHERENCIA DE LA INFORMACIÓN :	MÁXIMO	MÍNIMO
➤ 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	≥75%
REGULAR	06-08 PUNTOS	50-75%
DEFICIENTE	<6 PUNTOS	< 50%

HOJA DE SIGNOS VITALES

1.- EVALUACIÓN DE FORMA (3 PUNTOS)

ÍTEMS	PUNTAJE	
EVALUACIÓN DE FORMA	MÁXIMO	MÍNIMO
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	
ESTRUCTURA DE LA HOJA DE SIGNOS VITALES	MÁXIMO	MÍNIMO
• 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	

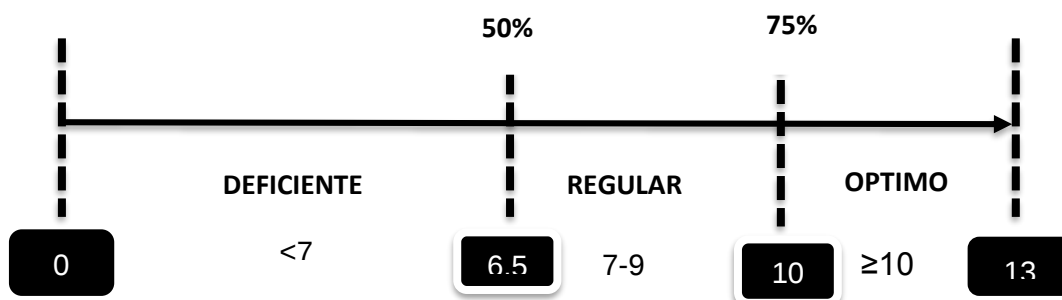
3.- COHERENCIA DE LA INFORMACIÓN (4 PUNTOS)

ÍTEMS	PUNTAJE	
COHERENCIA DE LA INFORMACIÓN :	MÁXIMO	MÍNIMO
➤ 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

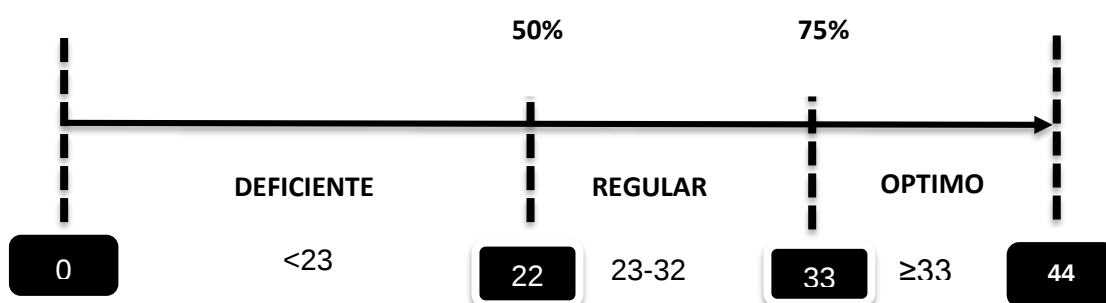


TIPO DE REGISTRO	PUNTOS	RIGUROSIDAD %
OPTIMO	≥10PUNTOS	≥75%
REGULAR	07-09 PUNTOS	50-75%
DEFICIENTE	<07 PUNTOS	< 50%

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%

ANEXO N° 03.

FICHA DE SOPORTE/SUSTENTO

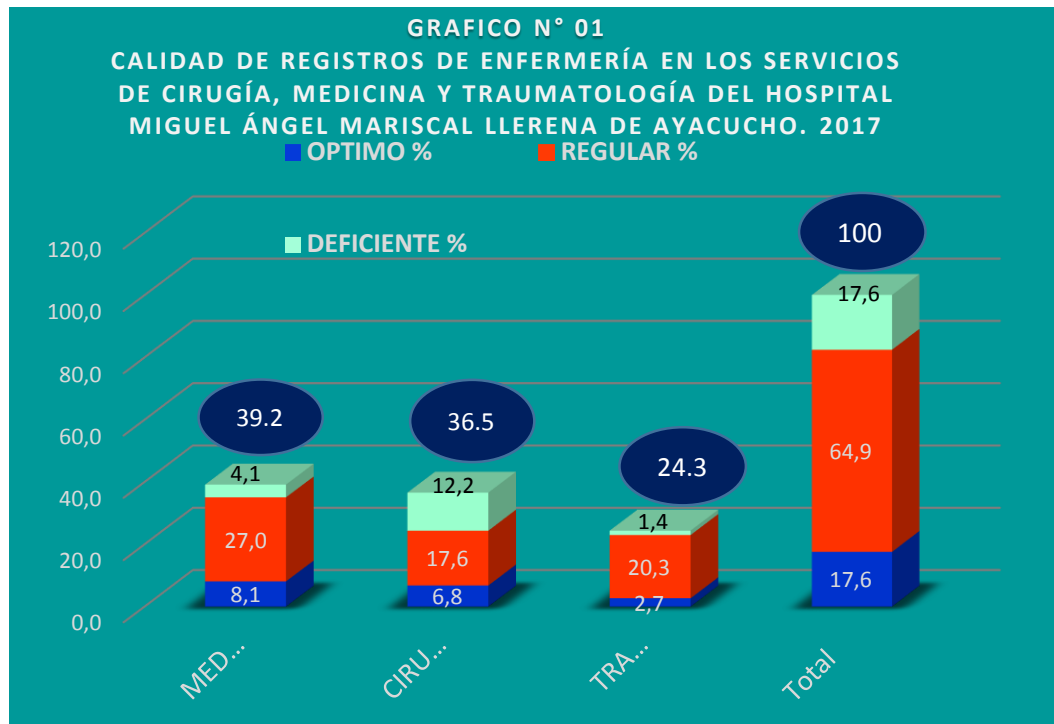
NOTAS DE ENFERMERÍA	CUMPLE	NO CUMPLE
1. Datos Subjetivos	➤ Cuando se encuentra todos los datos verídicos que refiere o manifiesta el paciente o familiares. ➤ Debe ser escrito tal cual manifiesta el paciente y entre comillas. ➤ Durante el turno diurno se debe utilizar lapicero azul o negro, y en el turno nocturno el lapicero rojo. ➤ No tiene borrones y/o enmendaduras.	➤ Cuando no se expresa de manera verídica lo que refiere el paciente y /o familiar. ➤ cuando no esta escrito entre comillas. ➤ No se utilizan adecuadamente los colores de lapicero. ➤ Se encuentra con borrones y/o enmendaduras.
2. Datos Objetivos	➤ 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.	➤ 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	➤ 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 debe utilizar lapicero azul o negro, y en el turno nocturno el lapicero rojo. ➤ No tiene borrones y/o enmendaduras.	➤ Los diagnósticos no deben ser repetidos del turno anterior. ➤ No contienen las partes establecidas. ➤ Los diagnósticos de enfermería utilizados son inventados. ➤ No se utilizan adecuadamente los colores de lapicero. ➤ Se encuentra con borrones y/o enmendaduras.
4. Planificación	➤ 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.	➤ 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.

	➤ Durante el turno diurno se debe utilizar lapicero azul o negro, y en el turno nocturno el lapicero rojo.	
5. Intervenciones de enfermería	➤ 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 que 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.	➤ 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	➤ Debe reflejar la efectividad de las acciones o intervenciones realizadas en el paciente. Si los resultados son los que se esperaban, entonces las etapas de : valoración, diagnostico, planeamiento y ejecución del plan son apropiados. ➤ 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.	➤ Cuando no refleja los objetivos logrados, cuando no se deja en escrito la condición en la que se encuentra actualmente el paciente al finalizar el turno. ➤ No se utilizan adecuadamente los colores de lapicero. ➤ Se encuentra con borrones y/o enmendaduras.
KÁRDEX DE ENFERMERÍA		
1. Nombre del paciente	➤ Debe contener el nombre completo del paciente y edad, no debe contener borrones ni enmendaduras.	➤ El nombre del paciente no coincide, se encuentra el nombre imcompleto y presenta borrones y enmendaduras.
2. Número de cama	➤ Nos ayuda a identificar la ubicación del paciente, debe reflejar el número correcto de cama donde se encuentra el paciente.	➤ El número de cama no coincide con el nombre del paciente, cuando existe ausencia del número de cama.
3. Fecha	➤ Debe registrar la fecha exacta del día en que se brindará el tratamiento hasta el término de la hospitalización del paciente.	➤ 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	➤ Debe reflejar el servicio correcto donde se encuentra hospitalizado el paciente	➤ No se evidencia el nombre del servicio.

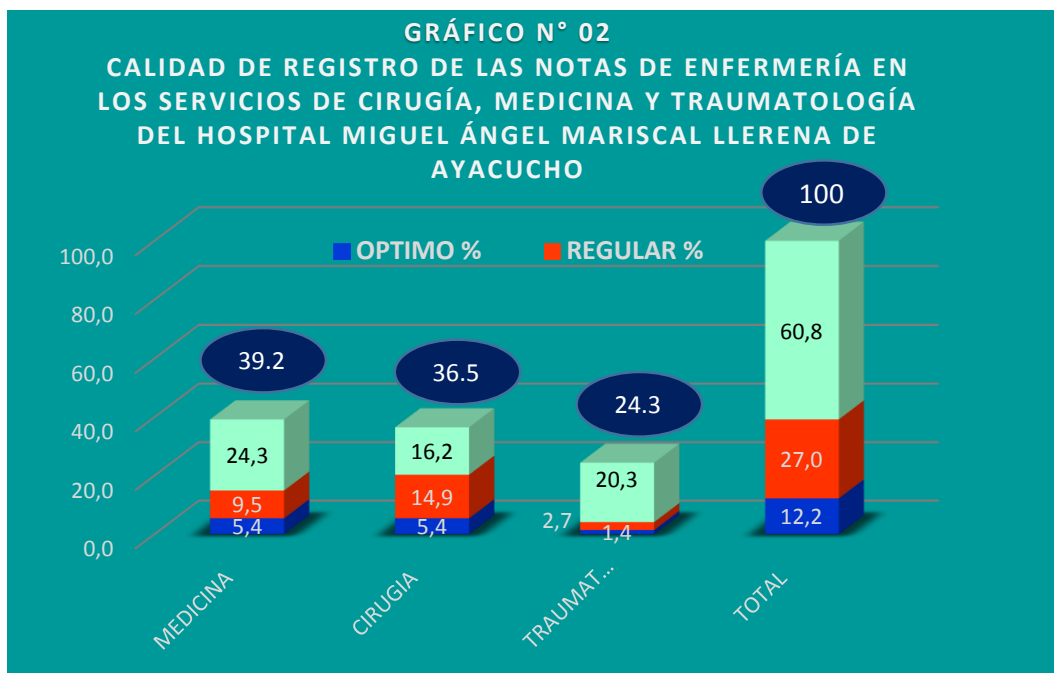
5. Diagnóstico Médico	➤ Evidencia el diagnóstico médico del paciente, por medio del cual se establece el tratamiento, cuidados de enfermería y determinar el grado de prioridad del paciente.	➤ No se refleja el diagnóstico médico, es un diagnóstico erróneo o que no corresponde al paciente.
6. Medicación (Vía parenteral, vía oral- dieta, cuidados, laboratorio- imágenes.)	➤ Debe evidenciar el nombre del medicamento, dosis del medicamento, vía de administración y la frecuencia(horas) con las que se va administrar el medicamento. ➤ 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.	➤ No evidencia la dosis, la vía, la hora de administración del medicamento, se utiliza otro color de lapicero. ➤ No se encuentra tachado la hora en la que se administró el medicamento. ➤ 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	➤ Debe reflejar la fecha actual en la que ingresa el paciente al servicio respectivo. ➤ Debe escribirse con lapicero de color azul	➤ Cuando no está registrada la fecha de ingreso, está escrita con lapicero de otro color, ausencia de fecha de hospitalización
2. Días de hospitalización	➤ Se debe escribir con lapicero de color rojo	➤ Cuando no refleja los días, está escrito con lapicero de otro color, ausencia de días de hospitalización
3. Temperatura	➤ 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.	➤ 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 presentó el paciente durante el turno. ➤ Se encuentra con borrones y/o enmendaduras.
4. Presión Arterial	➤ 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.	➤ 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	➤ 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.	➤ 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	➤ 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.	➤ 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.	➤ Debe ser graficada con lapicero de color azul, sin importar el turno. ➤ No tiene borrones y/o enmendaduras.	➤ Para la gráfica de la saturación de oxígeno, se utiliza otro color de lapicero. ➤ Presenta borrones y enmendaduras.

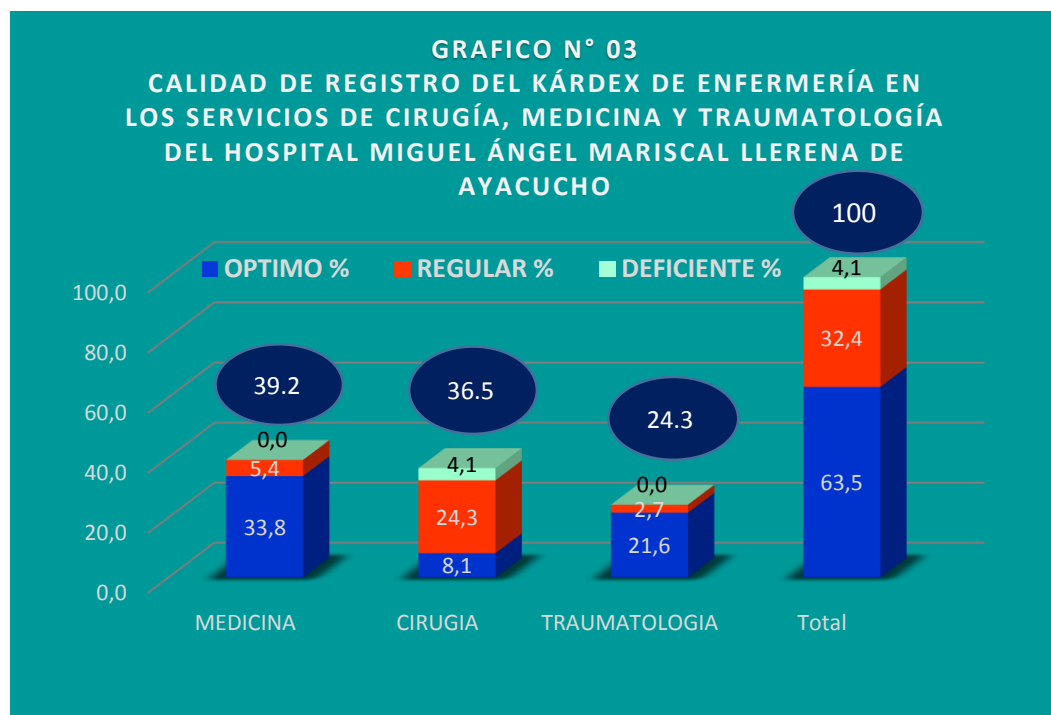
ANEXO N° 04. RESULTADOS



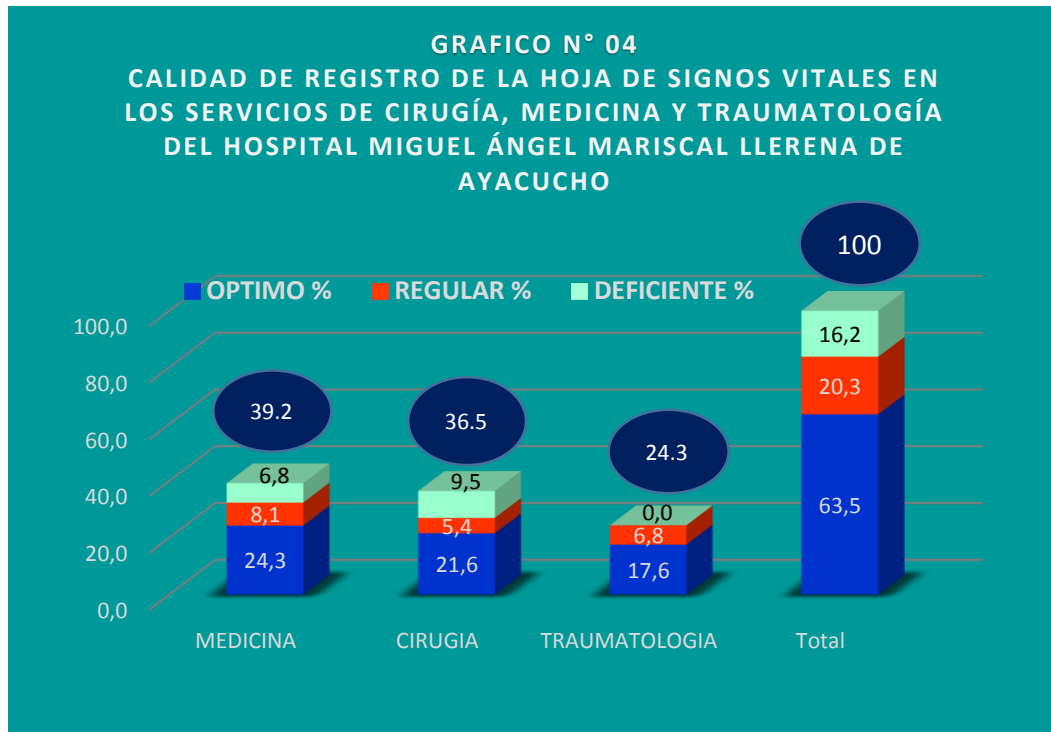
FUENTE: Ficha de cotejo elaborado por las investigadoras; aplicado en los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena. Ayacucho. Junio 2017.



FUENTE: Ficha de cotejo elaborado por las investigadoras; aplicado en los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena. Ayacucho. Junio 2017.



FUENTE: Ficha de cotejo elaborado por las investigadoras; aplicado en los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena. Ayacucho. Junio 2017.



FUENTE: Ficha de cotejo elaborado por las investigadoras; aplicado en los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena. Ayacucho. Junio 2017.

ANEXO N° 05.

FOTOGRAFÍAS

Aplicando el instrumento de recolección de datos a las respectivas historias clínicas de los servicios de cirugía, medicina y traumatología del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena. Ayacucho – 2017.



Figura N° 1: Bachiller Jacqueline H. Contraras Quispe, realizando la evaluación de las historias Clínicas en la ficha de cotejo.



figura N° 2: Bachiller Katerine Y. Coronado Prado, realizando la evaluación de las historias Clínicas en la ficha de cotejo.

HISTORIAS CLÍNICAS EVIDENCIANDO UN MAL REGISTRO

[illegible]

SE EVIDENCIA EL
KARDEX DE CON
BORRONES Y
ENMENDADURAS

C2 / N2

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA CIRUGIA GENERAL

FECHA: 12/03/2019 HORA: 10:00

DIAGNOSTICO MEDICOS: Wound, Afta bucal, F + W - 4

D-2 Nutrición: Daseal Si () No (x)

D-12 confort: Dolor: No () Si (x) Intensidad: Mediana

D-2 Nutrición: Peso: vía de alimentación: Oral (x) Enteral: SNG () Gastro/vejunostomía ()
Dieta: No () Si (x) Oral () SNG () vómitos: Si () No (x) SNG gravedad Si () No (x)
Abdomen: Normal (x) distendido () doloroso () drenaje: No (x) Si () especificar: _____
Hidratación: piel: mucosas: secas () hidratadas (x) Edema () Palpebral Si () No (x) miembros ()

D-3 Eliminación:
Urinario: cantidad: aspecto: normal (x) colérica () hematuria () Sonda Foley: Si (x) No ()
Intestinal: normal (x) estreñimiento () diarrea () Ostomía () especificar: _____
cantidad: enema () laxante () Drenaje Torácico Si () No (x)

D-4 Actividad y Reposo: problemas para dormir No (x) Si () Ayuda para dormir Si () No (x)
Movilización en cama No (x) Si () deambula No (x) Si () Act. Respiratoria: Tos No (x) Si ()
recursos respiratoria Oxígeno: No (x) Si () Inhalación No (x) Si ()
D-5 Percepción/Conciencia: Escala Glasgow: 15 Orientado No () Si (x) Agitado No (x) Si ()
D-6 Afrontamiento/Tolerancia: Actitud al ingreso: colaborador () evasivo () ansioso () Negativo ()

D-11 Seguridad y Protección: Infección: No (x) Si () riesgo de infección: No () Si (x) Herida: Si ()
No (x) tipo: Aséptico () séptico ()
Riesgo de: autolesión () caída () Lesión tisular: Úlcera por presión: Si () No (x)
Temperatura: 36.6°C

A

P

I

E

Paciente queda en la unidad refiere que: CV estable

Saturación de oxígeno: 92

Firma y sello

Nombre y Apellidos: Rolly Honder Góñez N° de Historia Clínica 666005

Servicio: Quir N° de Cama: 278 - A

SE EVIDENCIA
BORRONES EN EL
REGISTRO DE
NOTAS DE
ENFERMERÍA