

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TÍTULO

CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA, CAÑETE. 2019

SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS
Y DESASTRES

LIC. JHON HAYRO, ROJAS SALVADOR

LIC. LEIDY SAITH, VILLAVICENCIO FERNANDEZ

LIC. CINTHYA YAJAIRA, VICENTE ROMERO

Callao, 2019

PERÚ

TITULO

CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA, CAÑETE - 2019

AUTORES

LIC. JHON HAYRO, ROJAS SALVADOR

LIC. LEIDY SAITH, VILLAVICENCIO FERNANDEZ

LIC. CINTHYA YAJAIRA, VICENTE ROMERO

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA	Presidenta
Mg. LUIS ENRIQUE MONCADA SALCEDO	Secretario
Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO	Vocal

ASESORA: Mg. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ

N° DE LIBRO: 003

N° DE FOLIO: 0

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN:

Fecha de aprobación de Tesis: 06/12/2-019

Resolución de Decanato N° 389-2019-D/FCS de fecha 04 de diciembre del 2019 de designación de Jurado Examinador de Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. JHON HAYRO, ROJAS SALVADOR

LIC. LEIDY SAITH, VILLAVICENCIO FERNANDEZ

LIC. CINTHYA YAJAIRA, VICENTE ROMERO

DEDICATORIA

Se lo dedicamos a nuestra familia que con su apoyo hemos podido realizar nuestro informe final de investigación.

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar un sincero agradecimiento, en primer lugar a Dios por brindarnos salud, fortaleza y capacidad; también hacemos extenso este reconocimiento a todos los maestros profesionales de educación superior, quienes nos han dado las pautas para nuestra formación profesional

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE	1
TABLAS DE CONTENIDO	3
TABLAS DE GRÁFICOS.....	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	8
1.2. Formulación del problema	9
1.3. Objetivos.....	10
1.4. Limitantes de la investigación.....	10
II. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes.....	11
2.2. Bases teóricas.....	16
2.2.1. Virginia Henderson.....	16
2.3. Conceptual	18
2.3.1. Calidad.....	18
2.3.2. Registros de enfermería.....	19
2.3.3. Proceso de atención de enfermería.....	24
2.4. Definición de términos básicos	32
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	33
3.1. Hipótesis.....	33
3.2. Definición conceptual de variables	33
3.2.1. Operacionalización de variable	34

IV.DISEÑO METODOLÓGICO	35
4.1. Tipo y diseño de investigación.....	35
4.2. Método de investigación.....	35
4.3. Población y muestra	35
4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado.....	36
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.....	37
4.6. Análisis y procesamiento de datos	37
V. RESULTADOS	38
5.1. Resultados descriptivos.....	38
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	41
6.1. Contrastación de los resultados con otros estudios similares	41
6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes	43
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
VIII. ANEXOS.....	50
Anexo 1: Matriz de consistencia	51
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	52
Anexo 3: Libro de códigos	53
Anexo 4: Matriz de datos	55

TABLAS DE CONTENIDO

Tabla N°5.1.1	Calidad de registros de enfermería de los enfermeros que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Rezola, Cañete – 2019.....	38
Tabla N°5.1.2	Calidad de registro en la estructura de los enfermeros que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Rezola, Cañete – 2019.....	39
Tabla N°5.1.3	Calidad de registro de enfermería en el contenido de los enfermeros que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Rezola, Cañete – 2019.....	40

TABLAS DE GRÁFICOS

Gráfico N°5.1.1	Calidad de registros de enfermería de los enfermeros que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Rezola, Cañete - 2019.....	38
Gráfico N°5.1.2	Calidad de registro en la estructura de los enfermeros que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Rezola, Cañete - 2019.....	39
Gráfico N°5.1.3	Calidad de registro de enfermería en el contenido de los enfermeros que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Rezola, Cañete – 2019.....	40

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la calidad de los registros de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Rezola – Cañete 2019. La metodología empleada fue de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, diseño no experimental, transversal prospectivo, método deductivo; la muestra fue de 175 historias clínicas (población 644), las que fueron evaluadas según la lista de chequeo “Calidad de los Registros de enfermería”. Los resultados obtenidos evidenciaron que en términos generales la calidad de registro de enfermería es regular en el 52.6% de las notas enfermería en la observación de emergencia; respecto a la dimensión estructura en su mayoría es buena en el 61,1%, sin embargo, más de un tercio de las notas (39%) presentan malas condiciones en los parámetros de precisión, comprensibilidad, continuidad, legibilidad y redacción concisa. Respecto a la dimensión contenido, en el 81.7% es mala. Conclusión: No se está cumpliendo con el registro adecuado de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019.

Palabras clave: Registro de enfermería, Notas de enfermería, Calidad del registro.

ABSTRACT

The objective of the present study was to determine the quality of the nursing records in the emergency service of the Rezola Hospital - Cañete 2019. The methodology used was a quantitative approach, descriptive level, non-experimental design, prospective transversal, deductive method; The sample consisted of 175 medical records (population 644), which were evaluated according to the checklist "Quality of Nursing Records". The results obtained showed that in general terms the quality of the nursing registry is regular in 52.6% of the nursing notes in the emergency observation; As for the structure dimension, it is mostly good in 61.1%, however, more than a third of the grades (39%) have poor conditions in the parameters of precision, understandability, continuity, readability and concise writing. Regarding the content dimension, in 81.7% it is bad. It is concluded that the proper nursing registry is not being fulfilled in the Emergency service of the Rezola Cañete Hospital.

Keywords: Nursing record, Nursing notes, Record quality.

INTRODUCCIÓN

Una de las principales prioridades en las instituciones del MINSA es ofrecer un servicio salud de calidad a través de la atención que el usuario requiere, el que se registra en la historia clínica (HC) como evidencia de la asistencia brindada y favorece la comunicación entre el equipo de salud.

Entre los diferentes registros que pueden encontrarse en una historia clínica, las notas de enfermería, registran la valoración de enfermería y la atención que el paciente recibe por parte de enfermera; pero si más específicamente nos referimos las notas de enfermería en la emergencia, estamos refiriéndonos al primer contacto que tiene en paciente con el servicio de salud, y por tanto la primera atención como respuesta a su proceso de enfermedad.

La enfermera da cuenta de su profesionalismo a través del Proceso de Enfermería, donde aplica del método científico en la práctica asistencial, que le permite brindar cuidados fundamentados; y está compuesto por cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que cumplir con el registro de las acciones en cada una de las etapas del PAE (fondo) no es suficiente, además de ella, la información debe ser legible, clara y precisa (forma).

En consecuencia, más que ser una herramienta que devela la intervención oportuna y la calidad de la atención, constituye un documento legal que ampara jurídicamente las acciones que el profesional de salud ejecuta en su quehacer diario; siendo una fuente importante de investigación.

Por tanto, esta investigación pretende analizar los registros clínicos de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Rezola de Cañete.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE), refiere que la valoración que realiza el enfermero es variada, compleja y genera demora. Es así como estos profesionales pasan tiempo escribiendo en sus registros a diario de forma rutinaria, como las hojas de evolución de paciente, es así como el cuidado es determinado también por el tiempo que se emplea en el llenado de su Historia Clínica. Frecuentemente no se anotan diagnósticos importantes, y se pasa por alto información valiosa, al ser poco exhaustivas debido al escaso el tiempo para dedicar a esta labor. (1)

La Ley del Enfermera(o) peruana(o), como reglamento base, y la experiencia clínica en el área de Emergencia, denotan la relevancia de la aplicación de un adecuado registro de enfermería en un área crítica de amplia repercusión legal al día de hoy. (2)

Los registros nacen de la necesidad de las enfermeras de organizar un cuidado sistematizado y científico, en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de los pacientes en forma integral y desde todos los ámbitos del ejercicio de la disciplina profesional, de manera oportuna, dinámica y medible. El cual no siempre se logra realizar de manera adecuada, debido a la gran cantidad de usuarios que llegan al servicio, la multiplicidad de funciones y el tiempo que requiere realizarlo, a esto se le suma el estado crítico en el que llegan los pacientes.

Se sabe que el empleo de registros de enfermería implica una garantía científica, profesional, legal y de calidad, que beneficia por encima de todo al usuario (2). Son parte del trabajo de la enfermera en su labor de asistencial sobre la población; por ello, debe considerarse su importancia, relevancia, las normas básicas para su adecuado cumplimiento, así como las repercusiones profesionales que implica (3).

El Servicio de Emergencia del Hospital Rezola, actualmente no se cuenta con un formato estándar de registros de enfermería para su correcto llenado; por ende, las enfermeras (os) carecen de criterios suficientes o estandarizados de calidad, por ello, se deja de lado tomar en cuenta importantes anotaciones, que ocasionaran que se pierda el registro de la continuidad del cuidado. Los registros de enfermería deben ser claros y precisos, con información pertinente sobre el estado de salud de cada paciente; es así que servirá además como medio probatorio legal en casos de omisiones, errores o negligencias cometidas durante su llenado incorrecto, siendo esenciales durante la labor asistencial.

Al entrevistar a los colegas enfermeros que trabajan en el servicio de emergencias con preguntas sobre el tema tratado previamente, manifestaron lo siguiente: “No tenemos tiempo de hacer diagnósticos precisos”, “son demasiados pacientes, y no se puede escribir todo, como debe ser”, “las notas son importantes para evaluar la evolución del paciente, pero se debe tomar en cuenta por el tiempo”, “lo principal es tener un buen reporte verbal, porque no hay tiempo de andar revisando registros de los colegas”, entre otras expresiones.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la calidad de los registros de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Rezola, Cañete - 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la calidad de los registros según la estructura en el Servicio de Emergencia del Hospital Rezola, Cañete - 2019?
- ¿Cuál es la calidad de registros según el contenido en el Servicio de Emergencia del Hospital Rezola, Cañete - 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la calidad de los registros de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Rezola – cañete 2019

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la calidad de los registros según la estructura en el Servicio de Emergencia del Hospital Rezola – cañete 2019
- Identificar la calidad de los registros según el contenido en el Servicio de Emergencia del Hospital Rezola – cañete 2019

1.4. Limitantes de la investigación

Temporal: Dificultad en la revisión permanente de las historias, debido al gran volumen de historias clínicas generadas diariamente, y la cantidad de registros de enfermería por persona.

Espacial: Acceso restringido al archivo de historias clínicas.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

López-Cocotle J, Saavedra-Vélez CS, Moreno-Monsiváis MG, Flores-De la Cruz S. (2015) “NIVELES DE CUMPLIMIENTO DE CALIDAD DEL REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA” Veracruz, México. Tuvo como objetivo identificar la calidad de los registros enfermeros en una institución privada de salud, el método empleado fue cuantitativo, descriptivo y documental en una muestra de 105 notas. Los resultados evidencian que la calidad de las notas fue de “No cumplimiento” en todos los turnos (65.86% mañana, 65.46% tarde y 66.20% noche). Se concluye que el mayor déficit se dio en la identificación, valoración, evaluación y elaboración; resultando un No cumplimiento la calidad del registro clínico por parte del personal de enfermería. Existe una necesidad de una intervención educativa para mejorar la calidad del registro (4).

Cedeño Tapia S, Guananga Iza D, Carvajal de Nan L. (2013) “CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN 2013”, Guayaquil- Ecuador. El objetivo fue evidenciar la calidad de los registros de 50 Historias Clínicas de diferentes servicios (Emergencia, Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y UCI). Los resultados evidencian que el 89% no cumplieron con las normas de registro correcto, de estos el Formulario N°20 “Signos Vitales” se incumple por el 88%, el N°22 “Administración de medicamento” es incumplido por el 80%, y ninguno cumple con las normas de registros ni la utilización de bases científicas para planear cuidados (PAE). Se concluye que los reportes de enfermería no reflejan la calidad de atención a los usuarios en el proceso asistencial, siendo necesario socializar y sensibilizar al personal a través de un “Plan de Mejoramiento de la Calidad de los Registros de Enfermería”. (5)

Meneces Quisberth PV. (2014) "CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERA S.O.A.P.I.E. EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ GESTIÓN 2012" Bolivia. El objetivo fue conocer el cumplimiento de los registros, para lo cual se recurrió a una muestra de 65 SOAPIE, y se chequearon 15 ítems que midieron su calidad según normas internacionales. Resultados: se evidenció que el nivel de no cumplimiento 55% de los registros, la principal falencia está en el registro incorrecto de los datos subjetivos del neonato y los Dx. de enfermería. Además, no se utiliza el PAE como Guía de base científica en el registro correcto del SOAPIE (6).

Contreras Guerrero D. (2015) "CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA: ESTRUCTURA, CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE QUEJA MÉDICA DE LA CONAMED", México D.F. El objetivo de esta investigación fue analizar el nivel de la calidad de los registros en sus dimensiones: estructura, continuidad de los cuidados y seguridad del paciente, en expediente clínico de queja medica del área de periciales recibidas en el año 2014 dentro de la CONAMED. Metodología: se analizaron 210 registros de enfermería ubicado en expediente de queja medica en la CONAMED y que cumplieron con criterio de inclusión, se utilizó un instrumento de auditoria construido y validado en el año 2011 con los resultados obtenidos se procesaron en SPSS y se realizaron análisis descriptivos e inferenciales. Resultados: el índice de eficiencia global en calidad de los registros de enfermería fue del 50% lo que le coloca en un nivel de calidad de "no cumplimiento" con respecto a un índice de eficiencia por dimensión fue en estructura del 62%, continuidad del cuidado 50% y la seguridad del paciente un 38%, donde las tres dimensiones se colocan de acuerdo a los estándar de calidad en "no cumplimiento" con base a las medidas de dimensión se observó que el turno matutino tuvo mejores medidas de puntuación en sus tres dimensiones. Conclusión: los registros son documentos legales que evidencia la praxis de enfermería, por tal efecto se debe incitar a

todo profesional de enfermería a ser conscientes que el desconocimiento de la ley vigente no los exime de cumplirla (7).

Mariobo Vaca D. (2009) “CALIDAD DE LA HOJA DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE INTERNACION DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA. GESTION 2007-2008. La Paz. El objetivo fue registrar la calidad en la hoja de enfermería, considerando una muestra de 227 registros de 16 enfermeras. Se utilizaron, un cuestionario de conocimientos y una lista de chequeo. Resultados: Sobresalen los registros con un nivel de no cumplimiento, pues no hay información suficiente del paciente, el personal de enfermería ya registra los procedimientos antes de realizarlos o espera al final de la jornada laboral, y se justifica por un exceso de trabajo. Por otra parte, no conocen las normas para el llenado de los registros en la hoja de enfermería y no están utilizando herramientas con base científica para planificar los cuidados como el proceso de Atención de Enfermería y el SOAPIE. En conclusión, los registros no reflejan la calidad de la atención a los usuarios en el proceso asistencial. (8)

2.1.2. Nacionales

Quevedo Rios GD. (2017) “EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE TRAUMA SHOCK DEL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE 2015”, tuvo el objetivo de evaluar la calidad de los registros de enfermeras que trabajan en trauma Shock y realizar una propuesta. El estudio fue de enfoque cuantitativo y nivel descriptivo, aplicado en 52 historias clínicas con estancia superior a 24 horas. Se evidenció buena calidad (50%) en la dimensión estructura, pues registran los datos generales (nombre del paciente, hora de ingreso) con buena redacción, letra legible, sellado y llenado de balance hídrico y kárdex; respecto al contenido, la calidad fue Mala (94.2%). Conclusión: No existe evidencia del registro del Proceso de Cuidado Enfermero. (9)

Huasaja Vásquez JL. Taipe Aiquipa LI. (2018) “Calidad de los registros de enfermería en el Servicio de Emergencia de Adultos del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018”. El objetivo fue determinar la calidad de los registros de enfermeras emergencistas según las dimensiones de estructura y contenido. La investigación fue cuantitativa, descriptiva y transversal en una muestra probabilística de 140 registros. Los resultados muestran que la calidad de los registros es óptima en el 76.5%; también es óptima respecto a sus dimensiones estructura y contenido en el 73.6% y 77.9% respectivamente. Se concluye que la calidad de los registros fue óptima. (10)

Machaca Hanco E. (2018). FACTORES PERSONALES E INSTITUCIONALES RELACIONADOS A LA CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO. 2017. Lima. Perú. El objetivo fue determinar la relación entre la calidad del registro de Enfermería y algunos factores, mediante un estudio correlacional en 32 enfermeros emergencistas y 32 registros. La técnica fue el análisis documental y la Encuesta; y respectivamente como instrumentos una lista de cotejo que midió la calidad del registro, y un cuestionario que midió los factores. Para validar la hipótesis se utilizó el correlacional de Spearman. Resultados: 78,1% tuvo calidad regular en los registros, con una tendencia a baja (21,9%), existen factores personales e institucionales que no favorecen el registro en el 80,6%. Conclusión: Se demostró la relación directa significativa baja entre los factores personales e institucionales con la calidad del registro. ($r = 0,339$, $p < 0,05$), es decir a mayor presencia de factores que favorezcan el registro, mayor será la calidad y viceversa. (11)

Alvarez Ruiz DK (2018), CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA EN SALA DE OPERACIONES. HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA. LIMA, 2016. El objetivo fue determinar la calidad de las Anotaciones de Enfermería en Sala de Operaciones mediante un estudio aplicativo, cuantitativo, descriptivo simple transversal. La técnica empleada fue el análisis documental, y el instrumento una hoja de registro, el cual fue aplicada previo

consentimiento informado. Resultados. del 100% (51), 53% (27) es inadecuado y 47% (24) adecuado. En la dimensión estructura 63% (32) es inadecuada y 37% (19) adecuada; en la dimensión contenido 51% (26) es inadecuada y 49% (25) adecuado. Los ítems referidos a inadecuado en la dimensión estructura 43% (22) está referido a datos subjetivos, 92% (47) al plan u objetivos, y 86% (44) no borrones; mientras que en la dimensión contenido los ítems inadecuado, 84% (43) registra el número de horas en NPO, 90% (46) consigna el estado emocional (llanto, temor, desesperación) y 92% (47) iluminación durante el acto quirúrgico; los aspectos adecuados en la dimensión estructura 88% (45) registra datos objetivos, 73% (37) intervenciones, 76% (39) el registro legible y claro, y 80% (41) las intervenciones tienen orden cronológico; seguido en la dimensión contenido ya que 90% (46) registra el estado general, 94% (48) registra el tipo de acceso venoso al ingreso en SOP y 84% (43) consigna la valoración física a través del examen físico, 94% (48) registra el conteo de gasas y compresas completas antes de cierre de cavidad y 96% (49) registra colocación de la placa indiferente. Conclusiones. Las Anotaciones de Enfermería en Sala de Operaciones son inadecuadas. (12)

Roldán Molina ZM. (2017). CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL II RAMÓN CASTILLA – ESSALUD. LIMA- PERÚ. 2017. El Objetivo del estudio fue determinar la calidad de las notas de las enfermeras en Neonatología, a través de una investigación aplicada, cuantitativa, descriptiva y transversal. Resultados: Del 100% (80), 57% (46) es adecuada y 43% (34) inadecuada. En la dimensión estructura 59% (47) es adecuada y 41% (33) inadecuada; en la dimensión contenido 59% (47) es inadecuada y 41% (33) adecuado. Los ítems referidos a adecuado en la dimensión estructura 80% (64) está referido a que registra la hora del procedimiento, 80% (64) realiza el diagnóstico de la enfermería según NANDA, y 80% (64) registra la hora del turno de trabajo; mientras que en la dimensión contenido 80% (64) registra reacciones derivadas del tratamiento; los ítems inadecuado en la dimensión estructura 21% (17) existen borrones, 21% (17) omite el uso de abreviaturas aceptadas

internacionalmente y 20% (16) el número de colegiatura; y en la dimensión contenido 21% (17) registra inadecuadamente las funciones vitales durante el turno. Conclusiones. El mayor porcentaje de las anotaciones de enfermería tiene calidad adecuada. (13)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Virginia Henderson

Virginia (Missouri, 1897), como enfermera docente especialista, incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. Definió a la enfermería funcionalmente como: "la ayuda al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría solo de tener la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario; favoreciendo su pronta independencia"

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste para mantener la salud, la recuperación de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Valora el criterio de independencia en la salud del paciente.
- Reconoce 14 necesidades básicas en el ser humano que enfocan los cuidados de enfermería. Las 7 primeras necesidades están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª con la seguridad, la 10ª con la estima personal, la 11ª con la pertenencia y de la 12ª a la 14ª con la autoactualización.

Las necesidades básicas según Henderson, son: Respirar con normalidad, Comer y beber adecuadamente, Eliminar desechos del organismo, Mover y mantener una postura adecuada, Descansar y dormir, Seleccionar vestimenta adecuada, Mantener la temperatura corporal, Mantener la higiene corporal, Evitar los peligros del entorno, Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones, Ejercer culto a Dios, acorde con la religión,

Trabajar para sentirse realizado, Recresarse y tener momentos de ocio, Estudiar, satisfacer la curiosidad para el desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría, la autora identifica 14 necesidades que comparten todos los seres humanos, pero que pueden no satisfacerse a causa de una enfermedad o determinadas etapas en el ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Generalmente son satisfechas por cada quien, si posee el conocimiento, la fuerza y la voluntad para ello (independiente), pero cuando esto falta surgen los problemas de Salud (dependiente) e insatisfacción.

Según los principios de Henderson, las necesidades básicas son similares en los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentren; pero pueden modificarse por algunos factores:

- **Permanentes:** edad, inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos, falta aguda de oxígeno, Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias), Estados de inconsciencia alterados, Exposición temperaturas extremas, Estados febriles agudos, lesiones, Una enfermedad transmisible, Estado preoperatorio, Estado postoperatorio, alteración de la movilidad, Dolores persistentes.

Por ello, la enfermera al brindar ayuda o asistencia debe permitir cubrir las necesidades, generando una situación de dependencia. Los cuidados que realizan las enfermeras para cubrir estas necesidades deben ser aplicados mediante un plan de cuidados de enfermería, elaborado según se detecten las necesidades de manera independiente.

La relación enfermera – paciente tiene tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera. Su principal influencia consiste en la aportación teórico-científica que sustenta la labor profesional para la satisfacción de necesidades de cuidado, permitiendo a nivel práctico la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

- **Persona:** Individuo o familiar que requiere asistencia para alcanzar su bienestar, salud, independencia o la muerte digna. Considera a la mente y el cuerpo como uno solo, así como la unidad que conforma el paciente y su familia. Se anhela y busca la independencia.
- **Entorno:** Incluye de familia, así como responsabilidades en la previsión de cuidados.
- **Salud:** Se refiere al vigor físico y psíquico que permite la realización de una persona y el alcance de su satisfacción plena en la vida. La habilidad para ejecutar de manera independiente sus necesidades. (16)

2.3. Conceptual

2.3.1. Calidad

Capacidad para satisfacer las necesidades entorno a un parámetro. Calidad es un concepto subjetivo, pues depende de las percepciones individuales de cada persona, basado en comparaciones y diversos factores culturales, las necesidades y las expectativas. (14)

Calidad en salud

Los diversos conceptos coinciden en que la calidad está en torno a la satisfacción del paciente. Cada actor involucrado en este proceso tendrá una idea diferente y cada quién dará mayor o menor importancia a lo que más valore.

Para el paciente, la buen e inmediata atención, las instalaciones, la reputación e imagen de la institución, son atributos que determinan un valor para la calidad. Para el prestador de servicios, además de lo señalado antes, tomará en cuenta aspectos como la experiencia de los profesionales, sus conocimientos y la tecnología disponible. Y para quien lo dirige, la relación entre el costo y su efectividad o rentabilidad tendrá mayor valor.

Estos conceptos previos demuestran que la calidad en salud depende de múltiples factores que se forman desde cada punto de vista y son valorados de distinta manera s según sea el rol en el proceso.

Según Donabedian “el padre de la calidad de la atención en salud”, la calidad se refiere a: "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención". (15)

2.3.2. Registros de enfermería

Estos registros son de suma importancia, por el incremento de situaciones médico-legales, siendo el respaldo del trabajo ejecutado. A inicios del siglo XXI, se formaron grupos de calidad en enfermería, éstos se orientaron a la evaluación de los registros de este grupo profesional que laboraba en la Clínica Alemana; posteriormente (2002) se integraron a la evaluación las auxiliares de enfermería, mejorando los resultados.

Los registros son componentes de recopilación de información que permiten la toma de decisiones, por lo que deben contar con datos precisos del paciente y su estado de salud-enfermedad. Contienen observaciones, resultados de exámenes auxiliares, diagnósticos de enfermería, información del tratamiento y todos los datos requeridos para la intervención del equipo multidisciplinario. Por ellos deben ser legibles y de fácil acceso, permitiendo la comunicación entre el equipo y el análisis investigativo.

Debido a la cantidad de formularios requeridos, pocos los llenan completamente, pero su estandarización permitirá la prestación de un servicio efectivo al paciente y al equipo de salud, evitando problemas futuros durante su revisión. El registro adecuado favorecer la calidad de atención en el paciente.

Los objetivos de gestión de enfermería se enfocan en la evaluación de la calidad de atención y la evaluación de la complejidad de los pacientes que requieren atención, a fin de optimizar recursos humanos en los diversos

servicios. El registro permite identificar al personal a cargo, analizar la atención oportuna y realizar la vigilancia del paciente (tiempo que tiene puesto un dispositivo determinado); así también el análisis en caso de problemas legales originados por errores, omisiones o accidentes en los pacientes, pudiendo ser una herramienta esclarecedora de los hechos. (12)

Abordar los aspectos ético-legales supone asumir una serie de derechos y obligaciones reglados por la legislación vigente que ampara tanto a los usuarios como a los profesionales. Atender los principios éticos del ejercicio profesional en relación al usuario y al equipo de salud, es un comportamiento práctico moral necesario para la toma de decisiones en favor de los usuarios.

La confidencialidad del secreto profesional y el derecho a la intimidad, deben valorarse en los registros desde una perspectiva ética y/o legal, considerando valores como: el respeto a la dignidad humana, la protección y defensa de la intimidad, y la aceptación de la responsabilidad.

La reflexión ética en los registros de enfermería, parte de los valores morales y los principios éticos, a continuación, se los tres principios éticos del ejercicio profesional:

- 1. Responsabilidad moral en la protección a los pacientes de las prácticas ilegales, incompetentes o deshonestas.*
- 2. Responsabilidad sobre la propia competencia profesional.*
- 3. Responsabilidad moral de contribuir al desarrollo y enriquecimiento del cuerpo de conocimientos específico de la enfermería.*

Basándose en la revisión previa, los registros deben considerar al menos dos puntos de la reflexión ética: la información que contienen los registros sobre el paciente y la consideración del registro como fuente para la investigación que contribuye al desarrollo de la profesión.

Análisis ético-legal de los registros desde el respeto a la dignidad humana y el derecho a la intimidad.

Dos son los aspectos a tratar: el secreto profesional y la confidencialidad. A continuación, trataremos algunos aspectos referidos a cada uno de ellos:

El secreto, mientras que la confidencialidad subraya más el aspecto de la intimidad del enfermo, conocida a través de la actividad sanitaria.

1. Sobre el secreto profesional

Se relaciona a la exigencia ética del profesional. Según Diego Gracia es *“aquello que jamás debe de trascender”*; para Pilar Arroyo es *“el compromiso, la promesa o el pacto tácito de no divulgar lo conocido durante el desempeño de una profesión”*. Elementos del secreto enfermero se consideran: la propia naturaleza de la enfermedad y las circunstancias que concurren y que, de conocerse, podrían perjudicar al enfermo.

Los secretos mejor guardados son a los que se accede desde la intimidad y relación personal, que si la información forma parte de una historia clínica de amplio acceso y deliberación y que se dificulta con el recurso informático. Pero no debe olvidarse que tras ese cúmulo de datos se guardan aspectos íntimos de las personas que, según Javier Gafo, definen el núcleo del ser humano. Es importante entender que es en el profesional y por el deseo de bienestar que se develan secretos que exigen una atención y respeto pleno.

Es importante destacar la gran relevancia que ha adquirido la salud pública y los conflictos que ésta origina en el secreto profesional. Las “enfermedades de declaración obligatoria” son el exponente más característico del dilema ya que entran en conflicto con los intereses sociales defendidos desde la salud pública. Esto lleva a cuestionarse si se viola la intimidad, el secreto, la privacidad e incluso confidencialidad, con la exposición del cuerpo o los sentimientos ante un equipo de profesionales.

Desde la bioética actual, el beneficio individual no puede ser subordinado por el beneficio colectivo. Esto genera un dilema que enfrenta a la ética y la

legislación. Por tanto, el secreto permite salvaguardar la intimidad de las personas, aunque se hallen dificultades frente a dilemas éticos que deparan el interés por conseguir el máximo de calidad en la atención y la necesidad de compartir información con el equipo multidisciplinario. En cualquier caso, el profesional enfermero no debe olvidar que su primera preocupación es la persona a la que cuida.

2. Sobre la Confidencialidad

La confidencialidad garantiza el derecho del enfermo respecto a su intimidad personal, que debe ser guardada a través del secreto profesional de intromisiones, evitando divulgación de la intimidad sobre datos de su salud. Es un acto imprescindible plasmado en los códigos deontológicos profesionales, ya que se encuentra en términos de la protección de las comunicaciones entre personas.

Puede entenderse como el derecho a controlar información sobre uno mismo (autonomía) y la libertad personal de la privacidad. Por tanto, es fundamental la participación de los usuarios durante su proceso de atención, y la confidencialidad nos compromete a mantener informado al paciente en todo momento. Esto pone en cuestión la información que debe recibir el paciente y en qué medida es propietario de los registros sobre su valoración, diagnósticos y evolución. Podemos concluir que, si el secreto señala una obligación del sanitario la confidencialidad indica un derecho del usuario, siendo dos caras de la misma moneda cuyo valor es la intimidad, la privacidad y el respeto a la persona a su autonomía y libertad.

Análisis ético-legal de los registros desde la consideración del principio de contribuir al desarrollo de la enfermería y aceptación de la responsabilidad sobre nuestras actuaciones.

Hace referencia a la importancia de los registros para el desarrollo de la disciplina científica. Ya Florence Nightingale hablaba de la necesidad de registrar y dejar constancia de la labor de cuidado de las enfermeras.

1. Sobre la contribución al desarrollo disciplinar y profesional

Solo el registro de la actuación de enfermería puede constatar su aporte e importancia en la atención de la salud de las personas, permitiendo así el desarrollo de la disciplina enfermera y cumpliendo un principio ético.

Las enfermeras aportan al sistema sanitario a través del CUIDADO que, por su vínculo con lo cotidiano y femenino, quedó al margen de la investigación y su estudio profesional se remonta a fines del siglo XIX, dando lugar a las primeras teorías y modelos enfermeros a mediados del siglo XX.

Además de lo mencionado, surge la comunicación dentro de los equipos, la comunicación a nivel profesional como interprofesional. Es así que el registro favorece el desarrollo de cada disciplina y a su vez posibilita el intercambio de información, mejorando la calidad de la atención prestada y permitiendo diferenciar la actuación de cada profesional.

Los registros son entonces, base del desarrollo profesional y exige llevarlos a cabo para contribuir al desarrollo disciplinar, la comunicación entre equipo de salud y alcanzar el mayor nivel de calidad en la atención de salud.

2. Sobre la aceptación de la responsabilidad sobre nuestras actuaciones

Desde el principio moral la ausencia es una falta, que pone en cuestión el profesionalismo de la enfermera, debilitando su cobertura legal y su autonomía frente al resto del equipo y a la sociedad en general.

El referirse a la autonomía significa asumir responsabilidades sobre el actuar, permitiendo el respeto de las competencias frente al equipo de salud, favorecer la colaboración y asegurar un servicio de mejor calidad. (13)

Importancia de las notas de enfermería

Este comprobante de la atención recibida, incluye las disposiciones tomadas por el enfermero sobre paciente, ya que es quien encarga de los cuidados que requieren los pacientes y su evolución en cada turno. El registro debe ser

pertinente y conciso, relegando las necesidades, problemas, capacidades, limitaciones y las respuestas reales del paciente. Ayuda a evaluar la evolución de la enfermedad, y tiene legal y científico en el equipo de salud. (17)

Características de las notas de enfermería

a) Redacción: La redacción de una nota de enfermería incluye:

- **Veracidad:** solo lo real y verdadero que acontece, sin ampliar ni omitir.
- **Precisión:** La omisión y la anotación errónea son imprecisas. El horario señala la precisión del registro, todo debe ser inmediatamente después de su realización. Las observaciones deben ser específicas y precisas.
- **Legible:** la redacción debe ser clara y con tinta, sin tachones, borrones, ni dar lugar a alteraciones. Puede incluso asignarse un color a cada turno.
- **Concreta y concisa:** se escribe de manera puntual y ordenada, no se admiten repeticiones.

b) Contenido: debe tener una secuencia lógica mediante la cual se describan los acontecimientos tal y como se dan.

- **Orden cronológico:** Anotar todas y cada una de las observaciones e intervenciones en el orden (por horario) en que dieron, desde la recepción del paciente hasta su alta.
- **Qué refiere el paciente:** La valoración subjetiva del paciente también debe ser considerada en los registros.
- **Cuidados que se le brindan:** Registrar los cuidados brindados dentro y fuera de la unidad del paciente.
- **Como queda al finalizar el turno:** Registrar el estado del paciente luego de los cuidados ofrecidos en un turno. (16)

2.3.3. Proceso de atención de enfermería

El proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE) son el conjunto de acciones del enfermero, sustentados en la ciencia enfermera, que se desarrolla de manera sistemática para brindar los mejores cuidados. Es un

método que permite administrar cuidados individualizados, pues cada persona o grupo responde diferente a una alteración real o potencial de la salud.

El PAE permite desarrollar un plan de cuidados a la persona como individuo único, que necesita atenciones enfocadas en sí y no sólo en su enfermedad. Aplica el método científico y le da a la enfermería la categoría de ciencia. (14)

Etapas del proceso de enfermería

a) Valoración

Es la primera fase proceso de enfermería, hace referencia a la recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes (el paciente, el expediente clínico, y la familia).

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas (datos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales) para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y, ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional sobre la enfermería, el hombre, la salud y la enfermedad.
- Los conocimientos profesionales: le permite hacer una correcta valoración del estado de salud, incluyen la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: utilización de métodos que facilitan la toma de datos.
- Comunicación eficaz: Implica conocer y aplicar la teoría de comunicación y aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. emplear formularios o guías específicas para recoger información valiosa.
- Diferenciar entre signos e inferencias: Un signo se percibe a través de los sentidos y la inferencia es la interpretación de los signos.

Seguir un orden en la valoración, permite adquirir un hábito en la práctica para no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el menor tiempo, y puede hacerse uso de los siguientes criterios:

- Cabeza a pies: la valoración inicia en la cabeza hacia las extremidades, dejando para el final la espalda.
- Sistemas y aparatos: valora en secuencia el aspecto general, las constantes vitales, y cada sistema o aparato de forma independiente.
- Patrones Funcionales de Salud: evidencia los hábitos y costumbres del individuo/familia, y señala el funcionamiento positivo, alterado o de riesgo.

Tener en cuenta, en las siguientes valoraciones:

- Confirmar los problemas de salud detectados.
- Analizar y comparar del progreso o retroceso del tratamiento.
- Determinar la continuidad del plan de cuidados iniciado.
- Obtención de nuevos datos sobre del estado del paciente.

Durante la recogida de los datos se requiere:

- Saberes científicos y básicos (tomar de decisiones).
- Habilidad técnica y de relacionarse con otras personas.
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Seleccionar la información concreta del paciente que refiera sobre su estado y su evolución. Deben considerarse datos importantes las características personales, capacidades y naturaleza de los problemas.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: son expresado por el paciente y no pueden ser medidos, expresados como sentimientos que solo propios del paciente.
- Datos objetivos: con cuantificables y medibles con diversos instrumentos.

- Datos históricos (antecedentes): hechos ocurridos antes de la consulta, pueden ser hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o pautas de comportamiento.
- Datos actuales: expresan el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

1. **Entrevista Clínica:** Es la técnica que favorece la valoración con un mayor número de datos. Puede ser formal (comunicación y realización de la H.C.) e informal (conversación durante los cuidados). Tiene como finalidad:

- Ayudar a la enfermera en la valoración integral del paciente.
- Tener más información para el diagnóstico y planificación de cuidados.
- Favorecer la relación entre enfermera y el paciente.
- Informa al paciente y le permite identificar sus problemas

La entrevista consta de tres partes:

- **Iniciación:** inicia con la aproximación y permite desarrollar una relación interpersonal positiva mediante un ambiente propicio.
- **Cuerpo:** busca obtener información relevante. Inicia con queja principal del paciente y se amplía hacia la revisión de antecedentes personales, familiares y culturales. Existen formatos semiestructurados y estructurados para este proceso.
- **Cierre:** parte final que resume los datos más significativos hallados, es la base para iniciar la planificación. Existen dos ámbitos, el interpersonal (dos o más individuos) y el de habilidad técnica.

Debe evitarse que en el desarrollo de la entrevista interfieran los ruidos (audibles u observables), deben ser controladas por el entrevistador, para lo que se deben reconocer las siguientes interferencias:

- **Interferencia cognitiva:** no se percibe ni comprende en problema.

- **Interferencia emocional:** Reacción emocional adversa (ansiedad, depresión, miedo, dolor o malestar).
- **Interferencia social:** las diferencias sociales entre el profesional y el paciente no permiten la conexión emocional.

Para favorecer la entrevista se puede recurrir a las siguientes estrategias:
El interrogatorio: permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

La reformulación: permite confirmar la información.

Las técnicas no verbales: Facilitan la comunicación al transmitir un mensaje con mayor efectividad que las palabras (expresiones faciales, posición corporal, gestos, el contacto físico, y la forma de hablar).

2. La observación:

Da inicio a la recolección de datos, y tiene lugar durante el primer contacto del enfermero con el paciente. Esta habilidad requiere de mucha práctica y disciplina, pues demanda la utilización de los sentidos para ser adecuada.

3. La exploración física:

Es la actividad final en la recogida de datos, requiere ser explicado y aprobado por el paciente. Busca conocer en profundidad la respuesta a la enfermedad, tener y confirmar datos que ayuden a la toma de decisiones. Dentro de esta exploración pueden recurrirse a técnicas más específicas como:

- **Inspección:** se refiere al examen visual general del paciente. Evalúa características físicas o comportamientos visibles (color, textura, forma, tamaño, posición, situación corporal, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Emplea el tacto para la evaluación corporal (bajo la piel), permite la palpación de órganos, que influye en ciertos movimientos corporales y expresiones faciales.
- **Percusión:** requiere dar ligeros golpes con los dedos sobre zonas del cuerpo para obtener sonidos sordos (músculos o huesos), mates

(hígado y bazo), hipersonoros (pulmón normal con aire), y timpánicos (estómago lleno de aire).

- **Auscultación:** se presta atención a los sonidos de los órganos (pulmón, corazón e intestino) mediante un estetoscopio.

b) Diagnóstico

En esta fase se enuncia el problema real o potencial, según la valoración previa, el diagnóstico adecuado permite la intervención y solución del problema. El diagnóstico real refiere una situación existente en la evaluación del paciente, y el problema potencial a una dificultad futura. Se basa en las siguientes tres dimensiones de actuación:

La dimensión dependiente: incluye problemas de responsabilidad directa del médico y que éste designa a la enfermera.

La dimensión interdependiente: problemas en cuya prescripción y tratamiento colaboran, además de enfermeras, otros profesionales.

La dimensión independiente: acción de responsabilidad legal única para la enfermera, la cual desarrolla sin supervisión o dirección de otros, aquí encontramos los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

- **Identificación de problemas:** Se analizan los datos significativos, y se plantean alternativas, hipótesis, síntesis o se eliminan.
- **Formulación de problemas.** Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes. Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional.
- **Investigación:** Permite profundizar en los problemas de salud relevantes definidos y universalizados, a fin de que sus resultados sean comprendidos y aplicados por todos a través de un lenguaje común de comunicación e intercambio de datos. Es aquí donde los Diagnósticos

enfermeros consolidan la disciplina mediante líneas de investigación bien dirigidas.

Tipos de diagnósticos:

- **Real:** estado clínicamente validado por características definitorias principales e identificables. Tiene 3 partes, formato PES: problema (P) + etiología (E) + signos/síntomas (S).
- **Alto Riesgo:** juicio clínico de vulnerabilidad a ciertos problemas. Este diagnóstico potencial va precedido por el término "alto riesgo", más el formato PE: problema (P) + etiología (E).
- **Posible:** describen sospecha de un problema que la enfermera confirma o excluye. Se forma por un problema (P) + su etiología (E).
- **De bienestar:** juicio clínico de en transición hacia un nivel elevado. Se debe evidenciar el deseo de bienestar, que puede ser inferida por la enfermera de las expresiones por la educación en salud. No contiene factores relacionados.

c) Planeación

Una vez conocidos los problemas y diagnósticos a través de la valoración, se inicia la fase de planeación de cuidados para conducir al paciente en su mejoría a través de cuatro etapas:

- **Establecer prioridades:** Las necesidades deben ordenarse jerárquicamente porque pocas veces pueden abordarse al mismo tiempo, por falta de disponibilidad del profesional, de los involucrados, o de recursos.
- **Plantear objetivos con resultados esperados:** son la guía para dirigir las acciones hacia la meta propuesta, permitiendo evaluar la evolución, así como los cuidados brindados. Estas conductas observables tienen como principal apoyo a la familia, y deben fijarse a corto y largo plazo.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería:** Se determinan criterios de proceso mediante actividades o acciones concretas en el plan de

cuidados. Deben ser registradas y especificar: qué hacer, cuándo hacerlo, cómo hacerlo, dónde hacerlo y quién es el responsable.

En un Dx. real, las actuaciones deben reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico; en un Dx. de alto riesgo, tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir el problema, y monitorizar su inicio; y en un Dx. Posible, se debe descartar o confirmar el Diagnóstico independiente. En los problemas interdisciplinarios se monitorizan y controlan los cambios.

d) Ejecución

En esta fase, predomina la responsabilidad del enfermero en la ejecución del plan incluyendo activamente al paciente, su familia y al personal multidisciplinario en la resolución de los problemas identificados y las necesidades individuales del paciente. Estas acciones deben ser registradas, además han de saber que la propia ejecución de la intervención es fuente de datos, los cuales deberán ser revisados y considerados para la confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

e) Evaluación

Responde a la comparación entre el resultado esperado del paciente y su estado de salud, emitiendo un juicio profesional respecto a la eficacia y la efectividad de las actuaciones. La evaluación es un proceso de la valoración de distintos aspectos del estado de salud en las siguientes áreas:

- **Aspecto general:** Observación, examen físico y de la HC.
- **Señales y Síntomas específicos:** Observación directa, Entrevista con el paciente, revisión de la historia.
- **Conocimientos:** Entrevistas, cuestionarios y test.
- **Capacidad psicomotora (habilidades):** Observación durante la actividad
- **Estado emocional:** Observación del lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.

- **Situación espiritual (modelo holístico):** Entrevista e información dada por el resto del personal.

Esta evaluación permite interpretar y concluir que el paciente ha alcanzado el resultado esperado, que está en proceso de lograrlo, o no lo ha alcanzado. Además, se evalúan las etapas del plan, la intervención enfermera y el producto final. Se debe considerar que la principal característica de esta fase, es su continuidad, a fin de brindar intervenciones efectivas. (15)

2.4. Definición de términos básicos

- **Calidad:** Asegurar que se reciban los servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una oportuna atención sanitaria con los mínimos riesgos, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando la satisfacción del paciente durante el proceso.
- **Registros de enfermería:** Atención que un profesional de Enfermería provee al individuo, familia y comunidad que necesita de atención sanitaria. Además, todo profesional de salud que provee atención y cuidado al paciente/usuario debe documentar sus servicios en la ficha clínica (18).
- **Calidad de los registros de enfermería:** Son aquellas características que presentan las notas donde se detallan cuidados recibidos durante las 24 horas del día, de forma que la continuidad del cuidado sea plasmada con suma objetividad, precisión, congruencia, y claridad; es decir, aquellos registros pertinentes y significativos del estado de salud del paciente.

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

1.3.1. Hipótesis general

En el estudio no se aplica la prueba de Hipótesis, por ser descriptivo

3.2. Definición conceptual de variables

Variable 1: Calidad de registros de Enfermería

Son anotaciones diarias que realiza el profesional de enfermería durante su jornada laboral con propósito de comunicar aspectos técnicos y clínicos referidos a la atención del paciente o cuidados de enfermería, de tal manera que la continuidad del cuidado sea plasmada con suma objetividad, precisión, congruencia, y claridad: y además ser un testimonio jurídico legal que respalde su labor asistencial.

3.2.1. Operacionalización de variable

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADORES	VALOR FINAL
Calidad de registros de Enfermería	<p>DEFINICION CONCEPTUAL</p> <p>Son anotaciones diarias que realiza el profesional de enfermería durante su jornada laboral con propósito de comunicar aspectos técnicos y clínicos referidos a la atención del paciente o cuidados de enfermería, de tal manera que la continuidad del cuidado sea plasmada con suma objetividad, precisión, congruencia, y claridad: y además ser un testimonio jurídico legal que respalde su labor asistencial.</p> <p>DEFINICION OPERACIONAL:</p> <p>Son aquellos registros pertinentes y significativos del estado de salud del paciente que realizan los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Rezola – cañete; en cuanto a las dimensiones estructura y contenido; el cual será valorado mediante una lista de chequeo, tipo Escala Dicotómica, y para determinar los rangos se utilizará la Escala de Estanones</p>	Estructura	<ul style="list-style-type: none"> - Precisión - Comprensible - Continuidad - Legible - Concisa 	Buena Regular Mala
		Contenido	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración - Diagnostico - Planeamiento - Ejecución - Evaluación 	

IV.DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo y diseño de investigación

El estudio fue de tipo cuantitativo ya que permitió examinar los datos en forma numérica en base a un instrumento (lista de chequeo), generalmente con la ayuda del campo de la estadística.

En función de su nivel de estudio fue descriptivo porque se determinó la situación, características o comportamiento de la variable de estudio sobre la calidad de los registros de enfermería (historias clínicas).

El estudio fue de diseño transversal y prospectivo porque la investigación se centró en analizar la variable en un momento dado; es decir, se presentó tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

4.2. Método de investigación

Se utilizó el Método deductivo porque la investigación parte de una premisa, deduciendo los posibles resultados, con la finalidad de comprobarlos para tomar decisiones e implementar soluciones.

4.3. Población y muestra

Población: Estuvo conformada por 644 historias clínicas consideradas en los registros de enfermería de los pacientes que fueron atendidos durante los meses de enero a marzo 2019 en el servicio de Emergencia.

Muestra: El tamaño de la muestra fue de 175 registros, a continuación, se presenta el procedimiento del cálculo:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{\varepsilon^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

N = 644, tamaño de la población

Z = factor de confianza (95%), Z = 1.96

p = 0.5, probabilidad de éxito

q = 0.5, Probabilidad de fracaso
e = error de estimación (5%)

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 644}{0.05^2 \times (644 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$
$$n = \frac{618.4976}{1.6075 + 0.9604} = 240.8574$$

Entonces, el tamaño de la muestra inicial es de 241 pacientes, y sobre este cálculo se obtendrá el tamaño de la muestra ajustada:

$$n_o = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$
$$n_o = \frac{241}{1 + \frac{(241-1)}{644}} = 175$$

Criterios de inclusión

- Documentos registrados en el libro del servicio de emergencia.
- Registros de enfermería con o sin sello del profesional que lo realizó.

Criterios de exclusión

- Registros de enfermería repetidos por la asistencia de la misma persona más de una vez en el día.
- Historias que por algún motivo no cuenten con el registro de enfermería.

4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado

Este estudio de investigación se realiza en la unidad del servicio de emergencia del Hospital Rezola, ubicado en San Vicente de cañete. Plaza san Martin 124. El servicio de emergencia cuenta con la unidad de shock trauma, área de observación con 05 camas, tópico de medicina, tópico de cirugía, tópico de pediatría.

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

La técnica que se utilizó fue la revisión documental y como instrumento una lista de chequeo, en el Servicio de Emergencia; consta de 30 ítems, clasificados en dos (02) dimensiones: estructura y contenido; estos ítems cuentan con enunciados de respuesta de tipo dicotómicas, y cuyos puntajes son SI (1) y NO (0).

Utilizaremos como Instrumento la lista de chequeo “CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA”

La aplicación del instrumento estuvo a cargo de los investigadores, ejecutado en el ambiente de Archivos clínicos. Se tomará en cuenta las historias clínicas inscritas en el libro de registro de pacientes del servicio de Emergencia correspondientes a los meses enero a marzo 2019.

Se tendrá un tiempo de 20 minutos para la aplicación de la Guía de observación por historia clínica. Se entregará al término de la investigación los resultados encontrados en el tiempo de estudio, a la institución para los fines que crean convenientes.

4.6. Análisis y procesamiento de datos

Para el procesamiento de datos obtenidos se elaboró una tabla de códigos numéricos (anexo 3) y una tabla matriz de datos, en el Programa Excel, exportado al programa estadístico SPSS v. 25.0, a fin de procesar los datos y presentar los resultados en tablas y/o gráficos, de la variable, y sus respectivas dimensiones, y hacer el análisis e interpretación de acuerdo al marco teórico correspondiente a la calidad de los registros, y además se hizo uso de la estadística descriptiva.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos

Tabla N°5.1.1

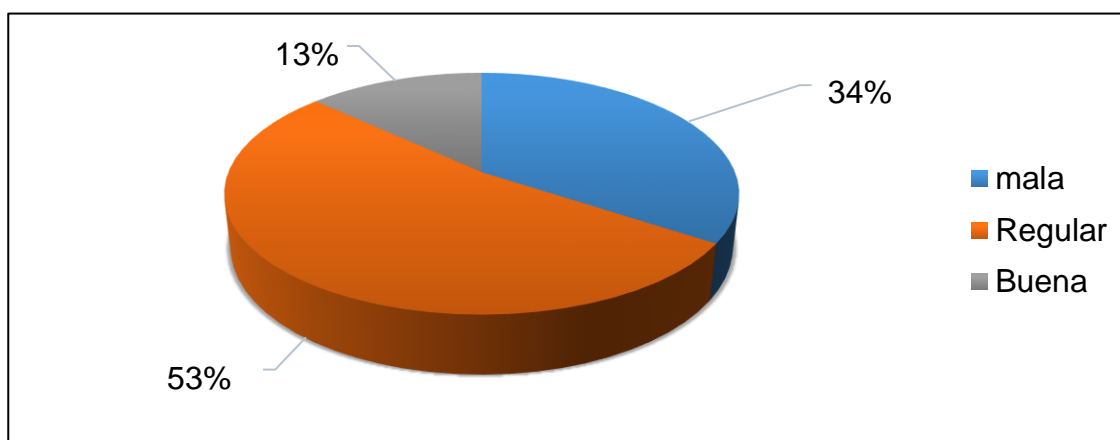
CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERÍA DE LOS ENFERMEROS QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA, CAÑETE- 2019

CALIDAD DE REGISTRO	N°	%
Baja	60	34.3%
Regular	92	52.6%
Buena	23	13.1%
Total	175	100.0%

Fuente: Lista de chequeo para evaluación de calidad de registro de las Notas de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Rezola, Cañete - 2019.

Gráfico N°5.1.1

CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERÍA DE LOS ENFERMEROS QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA, CAÑETE- 2019



Fuente: Lista de chequeo para evaluación de calidad de registro de las Notas de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Rezola, Cañete- 2019.

INTERPRETACIÓN:

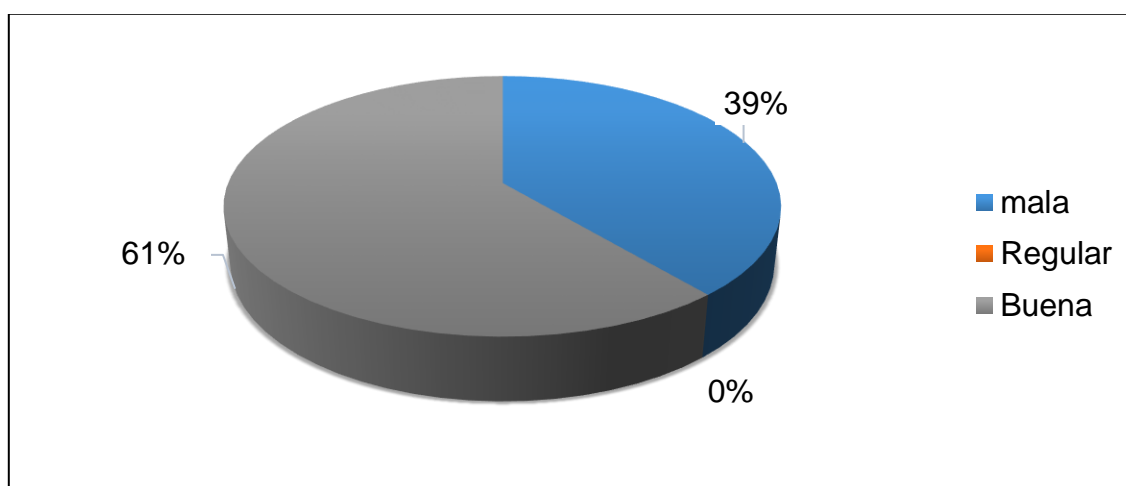
En la presente tabla de evidencia de 175 historias clínicas como el 100% se ha obtenido el siguiente resultado; el 52.6% (92) historias clínicas como regular; porque no cumplen con el correcto llenado de los inventarios; seguido del 34.3% (60) historias clínicas como mala, y finalmente el 13.1% (23) historias clínicas como buena.

TABLA N°5.1.2
CALIDAD DE REGISTRO EN LA ESTRUCTURA DE LOS ENFERMEROS
QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
REZOLA, CAÑETE- 2019

CALIDAD: ESTRUCTURA	N°	%
Baja	68	38.9%
Regular	0	0.0%
Buena	107	61.1%
Total	175	100.0%

Fuente: Lista de chequeo para evaluación de calidad de registro de las Notas de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Rezola, Cañete - 2019.

GRÁFICO N°5.1.2
CALIDAD DE REGISTRO EN LA ESTRUCTURA DE LOS ENFERMEROS
QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
REZOLA, CAÑETE- 2019



Fuente: Lista de chequeo para evaluación de calidad de registro de las Notas de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Rezola, Cañete- 2019.

INTERPRETACION:

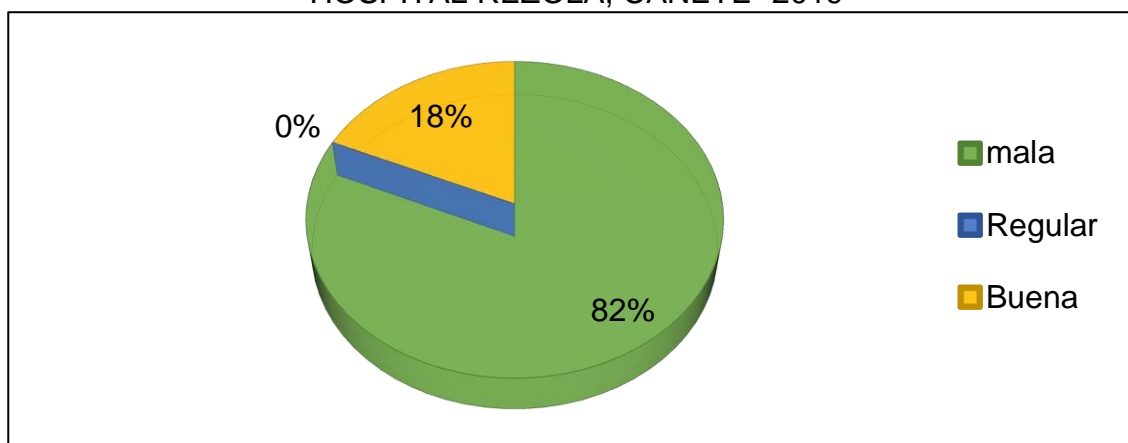
Se evaluaron los registros de enfermería de 175 historias clínicas como el 100%; en la estructura fue muy buena con el 61.1% (107), seguido de las historias clínicas con registro muy mala 38.9% (68), no existiendo registros regulares. Estos resultados evidencian que los registros realizado por enfermeros de dicha institución cumplen con la Precisión, es comprensible, continuidad, legible y conciso.

TABLA N°5.1.3
CALIDAD DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL CONTENIDO DE LOS
ENFERMEROS QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL REZOLA, CAÑETE- 2019

CALIDAD: CONTENIDO	N°	%
Baja	143	81.7%
Regular	0	0.0%
Buena	32	18.3%
TOTAL	175	100.0%

Fuente: Lista de chequeo para evaluación de calidad de registro de las Notas de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Rezola, Cañete - 2019.

GRÁFICO N°5.1.3
CALIDAD DE REGISTRO DE ENFERMERÍA EN EL CONTENIDO DE LOS
ENFERMEROS QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL REZOLA, CAÑETE- 2019



Fuente: Lista de chequeo para evaluación de calidad de registro de las Notas de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Rezola, Cañete - 2019.

INTERPRETACION:

Del total de los registros de enfermería de 175 historias clínicas como el 100%; mayoritariamente su contenido es muy malo con el 82%, en comparación a las muy buena 18% (32) historias clínicas; no existiendo registro de regular calidad. Esto nos indica que los registros realizado por enfermeros de dicha institución cumplen con las etapas de Valoración, Diagnostico, Planificación y Evaluación.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de los resultados con otros estudios similares

En relación con la investigación sobre “calidad de los registros de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Rezola 2019”, se encontraron los siguientes resultados: Calidad de registro es regular con el 52.6% (92),; mientras que la Calidad de su estructura es buena con el 61.1% (107) y la Calidad de su contenido es mala 81.7% (143).

En cuanto los estudios internacionales similares realizados encontramos LÓPEZ, J. Et al, en su estudio titulado “Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de enfermería Veracruz, México.2015”, consideró 105 notas de enfermería , en cuanto a la calidad de registro clínicos encontró un nivel de No cumplimiento en los tres turnos (65.86%, 65.46% y 66.20% respectivamente) ; en la cual guarda relación con el estudio realizado por CEDEÑO , T, Et al , titulado “CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN 2013”, este estudio consideró la muestra de 50 historias clínicas de los servicios mencionados, escogidas aleatoriamente, utilizando instrumento de verificación previamente confeccionado “Cuestionario de Auditoria de La Calidad de los Registros De Enfermería En La Historia Clínica”, así mismo se realizó una “Encuesta y Cuestionario De Conocimientos Sobre Registros De Enfermería” a los profesionales , su resultado fue que el 89% no cumplen con las normas para registro correcto de los formularios; además el estudio de MENESES, 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 (Bolivia) Gestión 2012”, cuyo objetivo fue Conocer el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E en el expediente clínico de neonatos, que fueron hospitalizados, para fines de estudio se consideró una muestra de 65 registros de enfermería, utilizó como instrumento de recolección de datos una lista de chequeo que consta de 15 ítems para medir la calidad de los registros de enfermería basados en normas internacionales, los resultados fueron que el

registro de enfermería tiene un nivel de no cumplimiento identificándose que las normas para un registro adecuado solo se cumplen en un 45% de todos los casos estudiados. Por otro lado CONTRERAS , D. en su investigación “calidad de los registros de enfermería: estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente de expedientes clínicos de queja médica de la CONAMED” estudio realizado en México tuvo por objetivo de analizar el nivel de la calidad de los registros de enfermería en sus dimensiones: estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente, se analizaron 210 registros de enfermería y se observó un índice en calidad de los registros de enfermería del 50% lo coloca en un nivel de calidad de “ no cumplimiento” con respecto a un índice de eficiencia por dimensión de estructura del 62%, continuidad del cuidado 50% y la seguridad del paciente un 38%, donde las tres dimensiones se colocan de acuerdo a los estándar de calidad en “ no cumplimiento” además el estudio de MATEO, A. “Sobre Calidad de la hoja de registros de enfermería en el Servicio de Internación del Instituto Nacional de Oftalmología. Gestión 2007-2008. La Paz (Bolivia), diciembre 2009, en esta investigación usaron dos instrumentos de recolección de los datos, sus resultados fueron: la hoja de registros de enfermería tiene un nivel de no cumplimiento, no hay información suficiente del paciente, el personal de enfermería ya registra los procedimientos antes de realizarlos o espera al final de la jornada laboral, y se justifica por un exceso de trabajo.

Por otra parte nivel nacional también se encontraron estudios que guardan relación con MACHACA H, “Factores personales e institucionales relacionados a la calidad de registros de enfermería en emergencia de un hospital público”. 2017. Lima. Perú, su metodología de estudio descriptivo correlacional, la población fue constituida por 32 enfermeros y 32 registros de enfermería de emergencia. Las técnicas para la recolección de los datos fueron: Análisis documental y la encuesta; y respectivamente como instrumentos una lista de cotejo que midió la calidad del registro, y un cuestionario que midió los factores personales e institucionales.; sus resultados: 78,1% de los registros de enfermería son de regular calidad, con una tendencia a baja calidad con un 21,9% (11); también ÁLVAREZ, R. D “CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE

ENFERMERÍA EN SALA DE OPERACIONES. HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA. LIMA, 2016”, su estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal retrospectivo; la técnica empleada fue el análisis documental, y el instrumento una hoja de registro, el cual fue aplicada previo consentimiento informado, sus resultados fueron que del 100% (51), 53% (27) es inadecuado y 47% (24) adecuado. En la dimensión estructura 63% (32) es inadecuada y 37% (19) adecuada; en la dimensión contenido 51% (26) es inadecuada y 49% (25) adecuado. (12); Además ROLDÁN, M, en trabajo de investigación titulada “Calidad De Las Anotaciones De Enfermería en el Servicio De Neonatología Del Hospital II Ramón Castilla – Essalud. Lima- Perú. 2017”, el estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, su población estuvo conformada por todos los registros de enfermería; la técnica fue el análisis documental y el instrumento la hoja de registro. Resultados. Del 100% (80), 57% (46) es adecuada y 43% (34) inadecuada. (13)

6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes

Dado que los registros de enfermería son documentos de carácter legal, que permiten la comunicación y continuidad del cuidado; bio-éticamente se ha preservado el anonimato de los profesionales de enfermería que registraron las notas en las historias clínicas de los pacientes sujetos de su cuidado; además no se reprodujeron los registros, ni medio electrónico ni magnético.

CONCLUSIONES

- a) La calidad de registro de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Rezola de Cañete es regular con el 52.6%; esto nos evidencia que los profesionales de enfermería de dicho servicio no están cumpliendo con el registro adecuado del contenido.
- b) La calidad de registro de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Rezola de cañete en cuanto a su estructura es buena con el 61.1%; esto nos indica que los profesionales de enfermería de dicho servicio están cumpliendo con el registro adecuado de la estructura, en cuanto a los parámetros de precisión, comprensibilidad, continuidad, legibilidad y conciso.
- c) La calidad de registro de enfermería del servicio de emergencia del hospital Rezola de cañete en cuanto a su contenido es mala con el 81.7%; esto nos indica que los profesionales de enfermería de dicho servicio no están cumpliendo con el registro adecuado en cuanto a su contenido como valoración, diagnostico planeación, ejecución y evaluación del proceso de atención de enfermería.

RECOMENDACIONES

- a) Al departamento de enfermería del hospital Rezola, elaborar instrumentos de registro de enfermería estandarizados para su llenado correcto según los parámetros de calidad de registro de las mismas.
- b) A la jefatura de emergencia, realizar programas de capacitación del correcto llenado de los registros de enfermería al personal a su cargo para mejorar la calidad de las mismas.
- c) A los profesionales de enfermería del servicio de emergencia, participar en programas de capacitación sobre el correcto registro de la labor profesional. Así mismo, tener una actitud proactiva en la elaboración y mejora continua registros de enfermería y su correcto llenado, debido sus implicancias técnicas sino también legales

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo Internacional de Enfermería. Anotaciones de enfermería en las hojas de evolución del paciente hospitalizado. Ginebra: CIE; 2016. [Internet]. [Fecha de acceso: 01.10.2018]. Disponible desde: <https://www.icn.ch/es>
2. Sociedad Española de Enfermería en Urgencias y Emergencias. Ciber Revista enfermería de urgencias.com N° 37, Dic 2005 - Enero 2006, Disponible en: http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2005/diciembre/procesoenfermero.htm
3. García Ramírez S, Navío Marco AM, Valentin Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Madrid, España. Medicina Interna I del Hospital Universitario Gregorio Marañón. 2007
4. López-Cocotle J, Saavedra-Vélez CS, Moreno-Monsiváis MG, Flores-De la Cruz S. Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de enfermería. Rev. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 2015 sept-Dic; 6(1):65-77. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/318967258_Niveles_de_cumplimiento_de_calidad_del_registro_clinico_de_enfermeria
5. Cedeño Tapia E, Guananga Iza D, Carvajal de Nan LM. Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el hospital Abel Gilbert Pontón 2013 [tesis de titulación]. Guayaquil- Ecuador: Universidad De Guayaquil; 2012 – 2013

6. Meneces Quisberth PV. Calidad del registro de Enfermería S.O.A.P.I.E. en la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Hospital Seguro Social Universitario La Paz Gestión 2012. Bolivia:
7. Contreras Guerrero D. Calidad de los registros de enfermería: estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente de expedientes clínicos de queja médica de la CONAMED [tesis de titulación]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. Disponible en: shorturl.at/hpKR2
8. Mariobo Vaca D. Calidad de la hoja de registros de enfermería en el servicio de internación del instituto nacional de oftalmología. Gestión 2007-2008 [tesis de maestría]. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés. 2009. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/3644>
9. Quevedo Ríos GD. Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el área de trauma shock del servicio de emergencia. Hospital Regional Lambayeque 2015 [tesis de maestría]. Chiclayo-Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12423/1359/TM_QuvedoRiosGuilliana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Huasaja Vásquez JL, Taipe Aiquipa LI. Calidad de los registros de enfermería en el servicio de emergencia de adultos del hospital San Juan de Lurigancho, 2018 [tesis de titulación]. Lima – Perú: Universidad María Auxiliadora; 2019. Disponible en: <http://repositorio.uma.edu.pe/handle/UMA/185>
11. Machaca Hanco E, Factores personales e institucionales relacionados a la calidad de registros de enfermería en emergencia de un hospital público. 2017 [tesis de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/7848>

12. Alvarez Ruiz DK. Calidad de las anotaciones de enfermería en sala de operaciones. Hospital Nacional Cayetano Heredia [tesis de segunda especialidad profesional]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/8209>
13. Roldán Molina ZM, Calidad De Las Anotaciones De Enfermería En El Servicio De Neonatología Del Hospital Ii Ramón Castilla – Essalud. Lima-Peru. 2017.
14. (11) Gestinpolis. Calidad, concepto y filosofías: Deming, Juran, Ishikawa y Crosby Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/calidad-concepto-y-filosofias-deming-juran-ishikawa-y-crosby/> articulo web. Consultado el 03 de mayo del 2019.
15. medWave. Importancia de los registros de enfermería. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/2793> articulo web. Consultada el 04 de mayo del 2019.
16. Benavent Garcés y Leal Cercós Los Registros de Enfermería: Consideraciones ético-legales Disponible en : <https://www.bioeticaweb.com/los-registros-de-enfermerasa-consideraciones-actico-legales-benavent-garcacs-y-leal-cercass/> articulo web consultada el 04 de mayo del 2019.
17. Concepto de PAE (Proceso de atención de enfermería) disponible en: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/concepto.html> articulo web consultada el 04 de mayo del 2019.
18. Etapas del PAE (Proceso de atención de enfermería) disponible en: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/etapas.html> articulo web consultada el 04 de mayo del 2019.

19. Corrientes Filosóficas. disponible en:
<https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/corrientes.html#corrient-e-florence-nightingale>. articulo web consultada el 04 de mayo del 2019.
20. CONEXIÓN ESAN. Los diferentes conceptos de calidad en salud. Disponible en: <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/> publicación web. Consultado el 03 de mayo del 2019
21. Ortega N. SOAPIE. Presentación Prezi [Internet]. 2016 agosto [citado el 04 de mayo del 2019]. Disponible en: https://prezi.com/nipelgran-r_/soapie/. Articulo web.

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Calidad de los registros de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Rezola, Cañete – 2019.

PROBLEMA	OBJETIVOS	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la calidad de los registros de enfermería del Hospital Rezola, Cañete - 2019?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es la calidad de registros según la estructura en el Servicio de Emergencia del Hospital Rezola, Cañete - 2019?</p> <p>¿Cuál es la calidad de registros según el contenido en el Servicio de Emergencia del Hospital Rezola, Cañete - 2019?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la calidad de los registros de enfermería del Hospital Rezola, Cañete - 2019</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar la calidad de registros según la estructura en el Servicio de Emergencia del Hospital Rezola, Cañete - 2019</p> <p>Identificar la calidad de registros según el contenido en el Servicio de Emergencia del Hospital Rezola, Cañete - 2019</p>	<p>Calidad de los registros de enfermería</p> <p>ESTRUCTURA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Precisión <input type="checkbox"/> Comprensible <input type="checkbox"/> Continuidad <input type="checkbox"/> Legible <input type="checkbox"/> Concisa <p>CONTENIDO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Valoración <input type="checkbox"/> Diagnostico <input type="checkbox"/> Planeamiento <input type="checkbox"/> Ejecución <input type="checkbox"/> Evaluación 	<p>Tipo Cuantitativo Descriptivo</p> <p>Diseño Deductivo</p> <p>Área de estudio Servicio de Emergencia</p> <p>Población historias clínicas</p> <p>Muestra historias clínicas</p> <p>Técnica Revisión documental</p> <p>Instrumento Lista de chequeo</p>

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA (LISTA DE CHEQUEO)

ESTRUCTURA		
PARÁMETROS	NO	SI
Precisión 1) Coloca nombre y apellido del paciente 2) Registra número de historia clínica 3) Registra número de cama 4) Registra fecha y hora		
Comprensible 5) Estructura correcta (redacción) 6) Refleja presentación 7) Hace uso de abreviaturas oficiales 8) Usa color de lapicero oficiales de acuerdo al turno (azul o rojo)		
Continuidad 9) Refleja orden 10) Mantiene orden cronológico		
Legible 11) Registra los datos sin enmendadura (uso de corrector) 12) Registra sin tachado 13) No deja líneas en blanco 14) Utiliza letra legible		
Conciso 15) Anota los registros de forma resumidas o concretas 16) Anota los registros lo más simplificado posible		

CONTENIDO	NO	SI
Valoración 17) Obtiene datos objetivos del paciente 18) Obtiene datos subjetivos del paciente 19) Evalúa las esferas del comportamiento humano 20) Registra datos obtenidos aplicando modelos y/o teorías		
Diagnóstico 21) Formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería 22) Utiliza etiquetas diagnosticas de la NANDA		
Planeamiento 23) Planea la atención de enfermería en formato establecido 24) Establece prioridades en el orden de los cuidados a brindar 25) Establece las intervenciones de enfermería según la etiología (NIC) 26) Establece los resultados esperados en base al problema		
Ejecución 27) Registra intervenciones en forma adecuada y oportuna 28) Realiza las notas de enfermería aplicando el SOAPIE		
Evaluación 29) Evalúa intervenciones en base a los resultados esperados (NOC) 30) Evalúa intervenciones en base a la evolución del paciente.		

Anexo 3: Libro de códigos

N° ITEM	Pregunta / variables	Categorías	Código
1	Coloca nombre y apellido del paciente	SI	1
		NO	0
2	Registra número de historia clínica	SI	1
		NO	0
3	Registra número de cama	SI	1
		NO	0
4	Registra fecha y hora	SI	1
		NO	0
5	Estructura correcta (redacción)	SI	1
		NO	0
6	Refleja presentación	SI	1
		NO	0
7	Hace uso de abreviaturas oficiales	SI	1
		NO	0
8	Usa color de lapicero oficiales de acuerdo al turno (azul o rojo)	SI	1
		NO	0
9	Refleja orden	SI	1
		NO	0
10	Mantiene orden cronológico	SI	1
		NO	0
11	Registra los datos sin enmendadura (uso de corrector)	SI	1
		NO	0
12	Registra sin tachado	SI	1
		NO	0
13	No deja líneas en blanco	SI	1
		NO	0
14	Utiliza letra legible	SI	1
		NO	0
15	Anota los registros de forma resumidas o concretas	SI	1
		NO	0

16	Anota los registros lo más simplificado posible	SI	1
		NO	0
17	Obtiene datos objetivos del paciente	SI	1
		NO	0
18	Obtiene datos subjetivos del paciente	SI	1
		NO	0
19	Evalúa las esferas del comportamiento humano	SI	1
		NO	0
20	Registra datos obtenidos aplicando modelos y/o teorías	SI	1
		NO	0
21	Formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería	SI	1
		NO	0
22	Utiliza etiquetas diagnosticas de la NANDA	SI	1
		NO	0
23	Planea la atención de enfermería en formato establecido	SI	1
		NO	0
24	Establece prioridades en el orden de los cuidados a brindar	SI	1
		NO	0
25	Establece las intervenciones de enfermería según la etiología (NIC)	SI	1
		NO	0
26	Establece los resultados esperados en base al problema	SI	1
		NO	0
27	Registra intervenciones en forma adecuada y oportuna	SI	1
		NO	0
28	Realiza las notas de enfermería aplicando el SOAPIE	SI	1
		NO	0
29	Evalúa intervenciones en base a los resultados esperados (NOC)	SI	1
		NO	0
30	Evalúa intervenciones en base a la evolución del paciente	SI	1
		NO	0

