

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**EDUCACIÓN CONTINUA DEL REGISTRO COMO LENGUAJE
ESTANDARIZADO EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO EN
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO MÉDICO NAVAL,
CALLAO 2019**

**SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO
DE DOCTOR DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

AUTORA
AQUILINA MARCILLA FÉLIX

Callao, 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTE
- DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY SECRETARIO
- DR. HERNAN OSCAR CORTEZ GUTIÉRREZ MIEMBRO
- DRA. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA MIEMBRO

ASESORA: Dr. LUIS CARRASCO VENEGAS

N.º de Libro: 01

N.º de Acta: 09-2020

Fecha de sustentación de tesis: 06 DE FEBRERO 2020

Resolución de sustentación N.º 021-2020-CDUPG-FCS, con fecha 21 de enero del 2020

DEDICATORIA

A mis hijas, quienes me dan la fortaleza de seguir adelante y ser un ejemplo para ellas. A mi esposo por su apoyo incondicional. A mis padres por su nobleza y su amor incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme dado la fortaleza de seguir adelante a pesar de los
problemas.

A mi familia por creer en mí y ayudarme a lograr mis objetivos

A mi asesor por su valiosa asesoría.

A los docentes de la Universidad Nacional del Callao, por sus valiosas
enseñanzas

A mis amigos Ruth Aliaga, Anabel aguayo Rosario Gutiérrez por sus consejo y
su ayuda incondicional

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	9
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 Descripción de la realidad problemática	11
1.2 Formulación del Problema	19
1.2.1. General	19
1.2.2. Específicos	19
1.3 Objetivos	20
1.3.1. Objetivo General	20
1.3.2. Objetivos Específicos	20
1.4 Justificación	21
1.4 Limitantes de la investigación	25
II. MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes Internacional y nacional	26
2.2 Bases teóricas	38
2.3 Conceptual	71
2.4 Definición de términos básicos	103
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	105
3.1 Hipótesis	105
3.1.1. Hipótesis general	105
3.1.2 Hipótesis específicas	105
3.2 Definición conceptual de la variable	106
3.2.1 Operacionalización de variables	108
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	112
4.1 Tipo y diseño de la investigación	112
4.2 Método de investigación	114
4.3 Población y muestra	117

4.4	Lugar de estudio y período desarrollado	117
4.5	Técnicas e Instrumentos para la recolección de información	122
4.6	Procedimientos de recolección de datos	126
V. RESULTADOS		127
5.1	Resultados Descriptivos	127
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS		140
6.1	Contrastación de hipótesis con los resultados	140
6.2	Contrastación de resultados con estudios similares	159
CONCLUSIONES		169
RECOMENDACIONES		171
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		172
ANEXOS		189

TABLAS DE CONTENIDO

Tabla 5.1 .DATOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO.....	127
Tabla 5.2. CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.....	128
Tabla 5.3. CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN VALORACIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.....	129
Tabla 5.4. CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN DIAGNOSTICO ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.....	130
Tabla 5.5. CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN RESULTADOS NOC ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.	131
Tabla 5.6. CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN INTERVENCION NIC ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.....	207

Tabla 5.7. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN VALORACIÓN ANTES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.....	208
Tabla 5.8 FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN VALORACIÓN DESPUÉS DE LA PRIMERA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.....	209
Tabla 5.9 FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN VALORACIÓN DESPUÉS DE LA SEGUNDA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.....	211
Tabla.5.10. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS INDICADORES DE LADIMENSIÓN DIAGNOSTICO ANTES Y DESPUÉS DE LA PRIMERA Y SEGUNDA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.....	212
Tabla5.11. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN RESULTADO ANTES Y DESPUÉS DE LA PRIMERA Y SEGUNDA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.....	215
Tabla.5.12. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN INTERVENCIONES ANTES Y DESPUÉS DE LA PRIMERA Y SEGUNDA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.....	216

GRÁFICOS DE CONTENIDO

- Gráfico 5.1. CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL127**
- Gráfico 5.2. CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN VALORACIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO.....128**
- Gráfico 5.3. CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN DIAGNOSTICO ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL129**
- Gráfico 5.4 CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN RESULTADOS NOC ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.....130**
- Gráfico 5.5. CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN INTERVENCIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.....131**

RESUMEN

La presente tesis doctoral, tiene gran relevancia por cuanto empoderara a la enfermera en su propio lenguaje y promueve el uso correcto del método científico en beneficio de los pacientes, de la institución y de la propia enfermera. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la Calidad de los registros de Enfermería antes y después de la implementación de un plan de mejora en el lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval. Este tipo de investigación es aplicada de diseño cuasi-experimental de corte longitudinal. La muestra estaba conformada por 366 registros. La técnica fue la observación y el instrumento Q-DIO en versión española de 22 ítems. Los resultados indican que, la calidad de los registros de enfermería eran deficientes en un 100 % después de la primera intervención del plan de mejora se evidencio un incremento significativo en un 74 % de calidad regular y posteriormente de la segunda intervención los registros mejoran en un 100 %. Conclusión: La implementación de un plan de mejora conformado por intervenciones longitudinales mejoro la calidad de los registros de enfermería.

Palabras Claves: Calidad de los registros, lenguaje enfermero, plan de Mejora, Intervención educativa.

RESUMEN

La tesi di dottorato, tiene in grande considerazione il ruolo dell'encoder in base alla propensione e alla promozione e all'uso dell'uso correttivo del sistema centrale del beneficio dei pacifici, dell'istituto e della propulsione. Stabilire l'indagine stabilendo la Calidad de los registros of Enfermería antes y después of the implementazione of a plan of mejora in the lenguaje enfermero in the Centro Medico Naval. Si tratta di un tipo di indagine sull'applicazione di cuasi-sperimentale di corte longitudinale. La musica è conforme al 366. La tecnica di utilizzo è avvenuta in seguito all'osservazione e all'utilizzo dello strumento Q-DIO in versione modificata modificata in 22 anni. I risultati finali sono indicativi, la garanzia dei registri di enfermería eran deficientes in un 100% di después de la primera intervento di un piano di me se evidenzia una differenza significativa in un 74% di calibre regolare e posteriormente de la segunda intervento di los registros mejoran en un 100%. Conclusione: l'implementazione di un piano di mejora conforme a intervalli longitudinali più importanti della vita dei registri di enfermería.

Parole chiave: Calidad de los registros, lenguaje enfermero, plan de mejora, Intervención educativa.

I RESUMO

Tese de doutorado, tem relevância para o tratamento de pacientes com doenças do sistema imunológico e promover o uso correto do método científico em benefício dos pacientes, da instituição e dos órgãos de saúde. Esta investigação inclui como objetivo determinar a validade dos registros da Enfermeira antes e excluir a implementação de um plano de mediação no lençol enfermario no Centro Médico Naval. Este tipo de investigação é aplicada ao projeto experimental de corte longitudinal. A ferramenta está em conformidade com 366. A técnica usada para observação e uso do instrumento Q-DIO na versão em espanhol modificado de 22 itens. Os resultados indianos que, a validade dos registros de enfermaria é deficiente em 100% menos do que a intervenção primária de um plano de mediação, mas evidencia um incremento significativo em 74% da regularidade regular e após a segunda intervenção dos medidores mensais. un 100%. Conclusão: A implementação de um plano de acordo com as intervenções longitudinais melhora a qualidade dos registros de enfermaria.

Palabras Claves: Calidad de los registros, lenguaje enfermero, plano de mejora, Intervención educacional.

INTRODUCCIÓN

En el Perú, actualmente se obedece a la exigencia de orden legal establecidas en la “Ley del Trabajo de la Enfermera Peruana”, Ley 27669 donde se expresa que el cuidado de enfermería se brinda durante el proceso de salud y enfermedad y en todas las etapas de vida considerando el proceso de atención de enfermería como un indicador de calidad. El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para administrar los cuidados enfermeros, así como el lenguaje enfermero que permite evidenciar la evolución del estado de salud del paciente y los logros alcanzados por las enfermeras al aplicar los cuidados, en ese sentido realizar la presente tesis doctoral es de gran importancia para mejorar los registros de enfermería en el servicio de cirugía del centro Médico Naval, lo cual beneficiara la familia naval y fortalecerá y visibilizará el rol de las enfermeras.

La presente tesis doctoral hace un análisis de la realidad problemática a nivel nacional e internacional de la calidad de los registros enfermeros respecto al uso del lenguaje enfermero (diagnostico Nanda, Noc y Nic) evidenciándose que a nivel internacional es frecuentemente utilizado por las enfermeras en la aplicación de sus cuidados y documentado en sus registros. Es importante recalcar que los artículos encontrados para ser usado como estudios previos en su gran mayoría fueron en idioma inglés y portugués. Así mismo estos estudios promueven la investigación en las enfermeras de países en desarrollo, lo cual permitirá el avance científico en la disciplina y el empoderamiento de las enfermeras para contribuir al mejoramiento del estado de salud de las personas.

En el Capítulo I se expone la descripción de la realidad problemática y se presenta el problema que da origen a esta investigación,

formulación del problema, descripción del problema general y específico, formulación de los objetivos generales y específicos, la justificación y limitantes de la investigación. En el Capítulo II, se presenta el marco teórico, conformado por antecedentes en su gran mayoría internacionales e idioma inglés y portugués, las bases teóricas, el marco conceptual y definición de términos básicos. En el Capítulo III, se describe la hipótesis general y las hipótesis específicas, la definición conceptual de las variables y su operacionalización. En el Capítulo IV se detalla la metodología del estudio, el diseño, tipo y método aplicado, la población y muestra. Se describe el lugar de estudio y se aborda y se detalla el plan de mejora y el periodo de tiempo que fue necesario para obtener los resultados. información de técnicas e instrumentos empleados en la recolección de datos y el procedimiento estadístico y forma de análisis de datos. En el Capítulo V se detallan los resultados descriptivos e inferenciales. En el capítulo VI, se discuten los resultados, realizándose la contrastación de la hipótesis y de los resultados con estudios similares, también se aborda la responsabilidad ética. Se continúa con las conclusiones y recomendaciones, por último se considera las referencias bibliográficas y los anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad Problemática

A través de la historia, el rol de la enfermería ha sufrido una serie de transformaciones desde sus inicios hasta la actualidad, lo cual ha permitido a la profesión adquirir su propio cuerpo de conocimiento, metodología y lenguaje propio, convirtiéndose así en una disciplina científica que conlleva una responsabilidad de dedicación de entrenamiento y de aprendizaje continuo. En ese sentido en las teorías y modelos conceptuales de enfermería se ha planteado cuatro elementos Meta paradigmáticos (Persona, cuidado, salud, entorno) muy importantes, que les permiten establecer lineamientos para entender el ser, el saber y el quehacer en enfermería. Es así que la profesión como disciplina solo puede avanzar si se analiza y se reflexiona con profundidad los fenómenos de interés de enfermería (1, 2, 3, 4).

Según Argote, Burbano, Santamaría y Vásquez, (5), respecto la X Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería organizada por ALADEFE (Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería) y de ACOFAEN (Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería) expresan en sus recomendaciones el compromiso y empeño de la enfermería en las Américas respecto a su contribución en ejercer la defensa de aquella persona digna que tiene derecho a su salud y el estado a garantizarla, lo que implica el cuidado de enfermería

en la protección de una vida humana con un cuidado ético y ciudadano siendo el objeto de cuidado el centro de la reflexión del saber ser para él y del que hacer en enfermería. Por otro lado se recomienda que se debe seguir fortaleciendo la metodología enfermero así como cualificar sus conocimientos, familiarizarse con el lenguaje enfermero y las taxonomías NANDA NOC Y NIC, en el que basa su cuidado para lograr que su práctica tenga más sentido y propósito y de esa forma ser valorados por la sociedad, satisfaciendo el criterio de eficacia con identidad propia lo cual permitirá visibilizar aún más a la enfermera. (6)

La enfermería es considerada actualmente la columna vertebral del sistema de salud en todo el mundo, los esfuerzos continuos para mejorar las competencias del profesional de enfermeras contribuyen en la mejora de los procesos y garantizan mejores resultados de salud. En ese contexto una mejora continua en los procesos de enfermería efectiva, garantiza la provisión de prácticas basadas en competencias, producción eficiente y despliegue exitoso de los cuidados, convirtiéndose en una profesional clave para garantizar mejoras entre las enfermeras. (7,8)

La globalización y las tendencias actuales en el campo de la salud global representan nuevos retos para la enfermera en el logro de la calidad de su cuidado. En ese contexto el conocimiento y uso del lenguaje enfermero garantiza y optimizan los servicios prestados. Es así que los registros clínicos de enfermería hoy en día representan la evidencia

escrita de los cuidados brindados al usuario convirtiéndose en un medio de comunicación entre pares y los otros profesionales de la salud. Su realización correcta contribuye a la seguridad y continuidad de los cuidados. (9)

Avedís Donabedian (10), máximo representante de la calidad de atención considera que la calidad consiste en brindar a una persona el más completo bienestar en todo momento logrando los mejores beneficios posibles. Siendo los atributos más importantes en la atención de la calidad, la continuidad y la coordinación de los cuidados los cuales serán mejores si la responsabilidad está centralizada en las manos de profesionales responsables que harán que la información de los registros estén correctamente escritas, ordenadas y que estas se puedan transferir y compartir entre los demás profesionales .

En ese contexto, la Joint Commission (11) en uno de sus estándares de acreditación menciona que los registros deben presentar suficiente información para justificar la intervención, el tratamiento, el curso, los resultados alcanzados y facilitar la continuidad del tratamiento del usuario. Por otro lado Egglan y Heineman, (12), refieren que la continuidad es la transferencia sin obstáculos del cuidado de una persona entre los profesionales, destacando como puntos importantes la comunicación de la información y la responsabilidad en el cuidado.

En ese sentido los registros de enfermería son documentos jurídicos legales donde queda registrado la planificación de actividades, la valoración de riesgos, el establecimiento de planes de cuidados y la preparación del paciente de cara al alta. Sin embargo, se puede incurrir en errores o en registros deficientes o incompletos que conllevan una problemática ético-legal en la práctica enfermera. En los estudios llevados a cabo por Mejía et al. (13) y Alba (14), los factores que se relacionan a errores en la cumplimentación de los registros de enfermería se deben, entre otras causas, a la falta de información que reciben los profesionales cuando se incorporan al puesto de trabajo y a una falta de capacitación continua o actualización de conocimientos.

Las discusiones sobre la relevancia de los registros de enfermería y el proceso de enfermería cobraron mayor importancia en los años cincuenta. Sin embargo, Florence Nightingale según Patiraki (15), expresó la importancia de los registros de enfermería en el siglo XIX, cuando describió, en sus notas, un proceso de recopilación formal para evaluar el historial de salud de las personas.

En relación a la importancia de los registros de enfermería un estudio titulado: Relación entre la documentación de enfermería y la mortalidad de los pacientes, demostró que la documentación registrada por enfermeras reflejaba la preocupación de la profesional por un paciente y estas características podría hacerse para predecir la mortalidad. Los

pacientes que murieron tenía una frecuencia media diferente de signos vitales y comentarios documentados que pacientes con el mismo riesgo de comorbilidad que sobrevivió (prueba t, $P < .05$). Asimismo, los pacientes con paro cardíaco que murieron mostraron una media más alta de registro del cuidado documentado que los cardíacos de pacientes que sobrevivieron (prueba t, $p = 0,03$). (16)

También en Illinois se llevó a cabo un estudio con el objetivo de identificar el estado de utilización del diagnóstico de enfermería en los registros clínicos. Los resultados incluyeron: que el 78% de los hospitales que respondieron habían implementado el diagnóstico de enfermería, y el (95%) utilizaron la terminología NANDA. El 75% de los hospitales identificaron componentes de los esfuerzos de educación continua relacionados con el diagnóstico de enfermería, el seguimiento continuo de los métodos de mejora de la calidad fue informado por el 45% de los encuestados. Sin embargo una de las limitaciones a la implementación de los diagnósticos enfermeros incluyeron: educación continua limitada y falta de motivación para aprender (17)

Estudios evidencian que la implementación de NANDA, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería y la Clasificación de los Resultados de Enfermería, en los registros clínicos se relacionan con una mejor calidad de la documentación de diagnóstico de enfermería. (18)

Otro estudio realizado en Nigeria para medir el impacto de un programa educativo sobre el uso del idioma estandarizados diagnostico NANDA NOC Y NIC en una muestra de 1270 enfermeras tuvo un efecto significativo al evidenciar que la puntuación media de los registros después de la participación de la enfermera en el programa logro alcanzar un 72.28 (DE 14.74), mejorando la calidad de los registros en la sala de cirugía, psiquiatría seguido de medicina, recomendando la necesidad de realizar más investigaciones sobre el uso de idiomas estandarizados de enfermería en los países en desarrollo. (19)

Así mismo, en México, un estudio dio a conocer cómo se llevó a cabo un proceso de mejora de la calidad del registro de Enfermería de un hospital estatal respecto al cumplimiento de la normativa vigente. Para ello se convocó a profesionales líderes en la metodología y lenguaje enfermero, y conformaron círculos de calidad, quienes luego de una preparación y asesoría pudieron identificar áreas de mejora en el registro conllevando a implementar acciones y conseguir una mejora del 75% respecto a la cumplimentación de calidad de los registros. Así mismo el estudio enfatiza la capacitación de los enfermeros en la mejora de la ejecución de los registros, así como también su involucramiento y un alto grado de compromiso y responsabilidad. (20)

En efecto la excelencia de las organizaciones se ven reflejadas por su capacidad de crecer en la mejora continua de todos los procesos que rigen su actividad diaria. Según Hernández et al., (20) la mejora debe

verse desde una visión holística, se debe incorporar prácticas de excelencia y elevar la calidad de los productos o servicios disminuyendo las actividades que no aportan valor a la empresa y fortaleciendo sus recursos.(21)

En otro estudio realizado en Brasil, con el objetivo de: analizar la calidad de los registros de enfermería, se compararon 112 historias clínicas antes y después de la preparación para la acreditación del hospital Universitario, observándose una mejora significativa de la calidad de los registros de enfermería y una mejora significativa en 24 de los 29 ítems (82,8%). Del instrumento (Q DIO).(instrumento para evaluar el uso de las taxonomía NANDA NOC Y NIC, Lo que resultó en la conquista de la acreditación y del sello de calidad garantizado por la Joint Commission International. (22)

Algunos estudios han demostrado que es necesario que el gestor de cuidados asuma un rol estratégico para implementar el uso del lenguaje enfermero en las organizaciones a través de programas educativos asimismo asesorar, guiar el razonamiento clínico a los enfermeros respalda las habilidades del profesional clínico para formular diagnósticos de enfermería precisos y de esa forma lograr conseguir resultados favorables en el estado de salud del paciente. (23)

Entre los beneficios que brinda el registro clínico de enfermería se encuentran una atención de calidad, eficiente, continua y segura al paciente, basado en el juicio clínico de la enfermera y expresado a

través de los diagnósticos enfermeros por otro lado, para el seguimiento y evolución de los mismos es necesario seleccionar los mejores resultados esperados (NOC) y por consiguiente las mejores intervenciones NIC) logrando con ello una mejora de la comunicación entre pares y otros profesionales y asignar al registro un valor científico que represente una fuente de investigación de nuevos y mejores métodos para el cuidado (24, 25)

Por otro lado un registro inadecuado, incompleto donde no se considere la metodología enfermero puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si el profesional de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones como también de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión. (24)

Algunos investigadores identifican diferentes acciones educativas enfocadas en mejorar la calidad de los registros de enfermería basado en el lenguaje enfermero. Por lo tanto, un desarrollo continuo de la investigación y las intervenciones que abordan los registros de enfermería es importante para promover su mejora continua y mejorar las bases científicas asociadas a la práctica.

En el servicio de cirugía del centro médico naval se brinda cuidados a pacientes quirúrgicos en el pre y post operatorio, las enfermeras

asistenciales documentan sus cuidados en registros que no están informatizados, no utilizan el lenguaje enfermero, lo cual dificulta evidenciar el juicio clínico de la enfermera (diagnóstico Nanda) luego de la valoración de sus pacientes, tampoco se puede evaluar los logros alcanzados en su plan de cuidados, los resultados alcanzados en la evolución de los pacientes, representando una comunicación deficiente entre pares, como consecuencia de un deficiente e inadecuado registro que no permite valorar la calidad del cuidado.

1.2. Formulación del problema General y Específico

Ante esta problemática se plantea la siguiente interrogante Problema General

¿Cuál es la calidad de los registros de enfermería antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el servicio de Cirugía del Centro Médico Naval callao 2019?

Problemas Específico 1

¿Cuál es la calidad del registro de enfermería en su dimensión Valoración antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el servicio de cirugía del Centro Médico Naval?

Problemas Específico 2

¿Cuál es la calidad del registro de enfermería en su dimensión Diagnostico antes y después de la implementación de un plan de mejora

del lenguaje enfermero en el servicio de cirugía del Centro Médico Naval? Problema específico 3

¿Cuál es la calidad del registro de enfermería en su dimensión Planificación (NOC) antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el servicio de cirugía del Centro Médico Naval?

Problema específico 4

¿Cuál es la calidad del registro de enfermería en su dimensión intervenciones de enfermería (NIC) antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el servicio de cirugía del Centro Médico Naval?

1.3. Objetivo General y Específico Objetivo General

Determinar la calidad del registro de enfermería antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Médico Naval, Callao-2019.

Objetivo específico 1

Identificar la calidad del registro de enfermería según la dimensión Valoración antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Médico Naval, Callao- 2019.

Objetivo específico 2

Identificar la calidad del registro de enfermería según la dimensión Diagnostico antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Médico Naval, Callao- 2019.

Objetivo específico 3

Identificar la calidad del registro de enfermería según la dimensión Planificación (NOC) antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Médico Naval, Callao – 2019.

Objetivo específico 4

Identificar la calidad del registro de enfermería según la dimensión Intervención de enfermería (NIC) antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Médico Naval. Callao-2019.

1.4. Justificación

Justificación teórica

Este estudio se realiza con la finalidad de aportar al conocimiento existente y a la importancia que representa el tema respecto a la aplicación de la metodología enfermero en el cuidado de las personas documentado en los registros de la enfermería.

Los países desarrollados actualmente muestran y dan uso de las tecnologías de información que ha permitido a estos países implementar los registros de enfermería en el sistema virtual, asimismo los gestores de las organizaciones de salud de las grandes urbes dan la relevancia al rol de las enfermeras y la gran contribución que ellas representan en el estado de salud de las personas, en ese sentido las enfermeras son

capacitadas en la metodología enfermera en el lenguaje enfermero para brindar un cuidado sistematizado, científico y lo más importante es, lo que la enfermera realiza en su praxis estas puedan ser documentadas en los registros permitiendo hacer visible el rol de los profesionales en la calidad del cuidado que brinda. .

Los registros de enfermería son una parte integral del sistema de información en las instituciones de salud y se consideran un instrumento de comunicación importante. Son creados por la misma enfermera para todas las enfermeras del mundo con el objetivo de proporcionar información sobre el estado general del paciente, la continuidad de la atención avalando el trabajo de la enfermera legalmente y permitiendo la comunicación entre el personal de enfermería y también con el equipo multidisciplinario.

Estudios a nivel mundial evidencian que la calidad de los informes de enfermería documentados mejora con la implementación del lenguaje enfermero (NNN) pues permite que las intervenciones de enfermería (NIC) se describan con mayor precisión y brinda la oportunidad de evaluar los resultados de enfermería, (NOC) lo cual es primordial para identificar el impacto y la calidad del cuidado. En ese sentido los diagnósticos de enfermería (ND) NANDA I, NIC y NOC , más conocido como el lenguaje enfermero (NNN) son tres fases que se relacionan entre sí, por lo tanto, la coherencia en el uso de los diagnósticos, las

intervenciones y las clasificaciones de resultados es fundamental para la calidad del cuidado.

En ese sentido la investigación se justifica toda vez que se quiere realizar planes de mejora en los procesos; sobre todo cuando se trata de procesos donde se brinda servicios intangibles. La implementación de un plan de mejora en el lenguaje enfermero en los registros de enfermería en el servicio de cirugía permitirá empoderar a la enfermera en su metodología concatenado a un lenguaje propio que impactará en la calidad del cuidado a la familia naval.

Justificación práctica

El entrenamiento del lenguaje enfermero en el personal de enfermería fortalece aún más el uso la metodología enfermero en su práctica diaria, por otro lado el efecto que puede tener esta metodología en la gestión del cuidado como la productividad, el ahorro de tiempo la rentabilidad y la calidad de cuidado pueden ser un valor agregado al servicio tal como se evidencian en los trabajos de investigación. Es necesario que los profesionales de enfermería visualicen su contribución al bienestar de la persona y puedan analizar lo valioso que es su trabajo para demostrar que los cuidados que brinda marcan una diferencia en el cuidado del paciente. En ese aspecto el estudio tiene una justificación practica debido a la referencia con resultados positivos que puedan ser implementado en los demás servicios del Centro Médico Naval, de tal

forma que pueda ser replicada en otros hospitales de la región logrando cada vez mejorar los registros de enfermería y por consecuencia el estado de salud de la población chalaca así como el reconocimiento de la enfermera en la región.

Justificación legal

Es importante destacar el valor jurídico-legal de los registros de enfermería en ese sentido la documentación enfermera son la evidencia de actos profesionales, cuando están bien escritos y detallados, los registros de enfermería pueden evitar acusaciones de incompetencia, imprudencia o negligencia en la prestación de servicios (5) .

Para que los registros de enfermería se consideren documentos válidos, deben seguir los criterios establecidos por la normativa institucional vigente así como de las instituciones reguladoras de la práctica enfermera en ese sentido el estudio se justifica legalmente debido al aporte que otorgara el estudio, a la práctica enfermera a través de los registros de calidad, los cuales estarán bien documentados, implementando la metodología enfermera así como el lenguaje enfermero.

Justificación Metodológica.

Metodológicamente el estudio se justifica desde el enfoque de los registros de enfermería del servicio de cirugía como informaciones documentadas que puedan servir como un instrumento para auditorías para validar la práctica profesional. Por otro lado el estudio permitirá ser

referente para otros trabajos de investigación y por último como modelo para tomar decisiones de gestión.

1.5. Limitaciones

1.5.1 Limitaciones Teóricas: No se encontró estudios nacionales respecto a las dos variables. La misma que no permitió comparar los resultados encontrados en el ámbito nacional.

1.5.2 Limitaciones Metodológicas:: Así mismo la investigadora planifico desde un inicio aplicar la investigación en otros servicios; pero no se observó compromiso ni participación , por lo cual solo se aplicó el estudio en el servicio de cirugía.

1.5.3 Limitaciones Temporales: Como todo estudio experimental el tiempo fue una variable longitudinal, que se trató con mucho cuidado para poder lograr resultados positivos y no tener sesgo en los resultados.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Internacionales y nacionales

En el marco de este tema de investigación existen escasos estudios realizados a nivel internacional, se han escogido investigaciones relacionadas a las Variables de estudio.

A Nivel internacional.

Taghavi Larijani T., Saatchi B. (Irán - 2019) Realizaron un estudio titulado "Capacitación de diagnósticos de enfermería (ND) NANDA-I, clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y clasificación de resultados de enfermería (NOC), en salas psiquiátricas: un ensayo controlado aleatorio" con el objetivo de evaluar el efecto de una capacitación de diagnósticos de enfermería (ND) NANDA - I, clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y clasificación de resultados de enfermería (NOC), en salas psiquiátricas. Metodología: Ensayo controlado aleatorio, La muestra estaba constituida por 80 enfermeras, quienes documentaron registros e informes en términos de uso del lenguaje enfermero NNN. La intervención del estudio fue el entrenamiento del sistema NNN. Resultados: En los documentos de enfermería, El grupo de control utilizó el sistema NNN (N = 34), tanto antes como después de la intervención, mientras que el uso del grupo experimental aumentó de (N = 26) - (N = 434). Por otro lado tanto en el grupo control como en el experimental, antes de la intervención educativa se usaron solo 42 diagnósticos Nanda, 18 NIC se usaron

totalmente, mientras que no se usó NOC. Después de la intervención educativa la frecuencia de uso del diagnóstico NANDA aumento en los registros En el grupo experimental, de 22 a 202; NIC de 4 a 144; de NOC de 0 a 88. Las clases más utilizadas fueron: daño físico, infección, termorregulación y riesgos ambientales. Concluyendo que las intervenciones educativas deben ser planificadas con el propósito de mejorar la precisión de los diagnósticos de enfermería de no ser así; se podría errar en todo el resto del proceso (NOC y NIC). (26)

Vafaei SM, Manzari ZS, Heydari A, Froutan R, Farahani. 2018. Irán Realizaron un estudio titulado “Mejora de la documentación de atención de enfermería en el departamento de emergencias: un estudio de investigación de acción participativa en Irán” con el objetivo de evaluar la mejora de la documentación de atención de enfermería en el departamento de emergencias: un estudio de investigación de acción participativa en Irán, Metodología: Este estudio de investigación de acción colaborativa se llevó a cabo en dos fases para mejorar la documentación de atención de enfermería. La primera fase incluyó capacitación virtual, un taller educativo La segunda fase la implementación de capacitación continua codificada y el establecimiento de un sistema apropiado de recompensa y penalización en cuanto a los resultados, el puntaje de calidad de la documentación del hospital aumentó de 41.75% a 72%.despues de la intervención educativa. En conclusión, los resultados demuestran que la capacitación y

sensibilización en las enfermeras mejoraron efectivamente la calidad de la documentación de enfermería y el monitoreo continuo junto con las políticas de incentivos, influyeron en la continuación de los comportamientos del personal. (27)

Hernández LC., Urbina A., Cambero E. (San Luis de Potosí – 2018)

Realizo un estudio titulado: “Implementación de círculos de calidad para la mejora del registro de Enfermería” . Con el objetivo de socializar un proceso de mejora de la calidad del registro de Enfermería de un hospital público, sobre todo, en los aspectos relacionados con el cumplimiento de la normativa institucional. Metodología: Estudio descriptivo de enfoque cuantitativo: La muestra estaba constituida por 24 enfermeras integrantes del círculo de calidad y 07 enfermeras líderes. El estudio se llevó a cabo en dos fases. (febrero a junio de 2017.)

Resultados: La primera fase consistió en la capacitación de los líderes de los círculos de calidad. El 60% de los líderes mostró calificaciones de 5-6 puntos en una escala de 0 a 10. Antes de la capacitación. Al concluir la formación teórica se efectuó una segunda valoración, la cual mostró un notable aumento en la puntuación, logrando obtener un 80% En la segunda fase (implementación de los círculos), solo se incluyeron en los equipos un total 24 enfermeros, a los que se les realizó la valoración previa a la formación, evidenciándose valores por debajo del 60% de cumplimiento, luego de la formación se demostró un incremento en el cumplimiento de los registros respecto a la valoración previa.

Conclusion: Con esta intervención se logró una mejora en los siguientes en los registros de signos vitales, balance de líquidos (ingresos y egresos), esquema terapéutico, juicio clínico (diagnósticos de Enfermería) y plan de cuidados al alta.(20)

Akhu - Zaheya L., Al Maaitah R., Bany Hani S. (Jordania – 2017) realizaron un estudio titulado: “Calidad de la documentación de enfermería: registros de salud en papel versus registros de salud electrónicos”. Jordania. Realizaron un estudio con el objetivo de determinar la Calidad de la documentación de enfermería: registros de salud en papel versus registros de salud electrónicos. La metodología fue de diseño retrospectivo, descriptivo, comparativo en dos hospitales públicos. La muestra estaba determinada por 434 registros de papel y electrónicos de los servicios de cirugía y medicina. El instrumento que se utilizó para auditar los registros fue, Cat-ch-Ing. Respecto a los resultados, los registros de salud electrónicos fueron mejores que los registros en papel en términos de proceso y estructura. En términos de cantidad y calidad de contenido, los registros en papel fueron mejores. Los registros auditados, presentaron diferencia en 208 (95,9%) de los registros en papel, los cuales no se completaron en comparación con 169 (77.9%); de 207 registros (95.4%) de historias electrónicas no incluyeron diagnósticos de enfermería en comparación con 44 (20,35%) de registros en papel, y solo tres (1.4%) registros de papel incluyeron planificación en comparación con dos (0.9%) de registros electrónicos.

Conclusión: urge más investigación sobre la calidad y efectividad de educación en enfermería respecto a los registros de enfermería.(28)

Da Costa Linch G., Antunes Lima A., Nogueira de Souza A., Nauderer T., Aparecida Paz A., Da Costa C. (Brasil – 2017). Realizaron un estudio titulado: “Un impacto de intervención educativa en la calidad de los registros de enfermería” con el objetivo de evaluar el impacto de la intervención educativa en la calidad de los registros de enfermería. Metodología: Estudio de diseño cuasi-experimental con diseño de antes y después de una intervención educativa, realizado en un complejo hospitalario filantrópico en la región sur de Brasil. Todos los registros de enfermería de ocho enfermeras de una unidad de cuidados intensivos fueron incluidos en el estudio. Los registros no utilizaban un lenguaje estandarizado, y contenían información sobre los pacientes hospitalizados de cuatro días. La evaluación se inició desde el primer registro (admisión o primera evolución). Resultados: Los resultados se compararon mediante la prueba t de Student. Los cuales se consideraron altamente significativas $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95%. El resultado de la enfermería se documenta observable / mensurablemente de acuerdo con el NOC de 0.00 (0.00)-0.90 (0.30) siendo esta significativa < 0.001 . Se evidenció una relación entre resultados e intervenciones de enfermería. 0.07(0.36) - 1.63 (0.71) siendo esta significativa $p < 0.001$. 29 - Los resultados de enfermería y los diagnósticos de enfermería estaban relacionados internamente. 0.07

(0.36) 1.63 (0.71) $p < 0.001$. Conclusión: La intervención educativa en el lenguaje enfermero mejoro la calidad de los registros. (29)

Mateos M. (Sevilla – 2017) Realizo su Tesis Doctoral titulado: “Metodología Enfermera y Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero en la Historia Clínica Digital”. Con el objetivo de Analizar la calidad de la historia clínica digital enfermera en relación con la provisión de cuidados y la continuidad asistencial. Metodología: Diseño no experimental de corte transversal de componente clinimétrico, la muestra estaba constituida 280 historias digitales de las unidades médico-quirúrgicas del hospital V. Valme de Sevilla. Se evaluo el uso de la metodología y las taxonomías enfermeras en los registros de las enfermeras. El instrumento utilizado fue de Q-DIO modificado-22 versión española, con una fiabilidad α de Cronbach 0,894. Resultado: Respecto a la cumplimentación de los registros enfermeros, la valoración de las necesidades como, -Situación de hidratación e integridad de piel-, -Grado de movilidad- y –alimentación-, se evidencian como bien cumplimentadas en el 15,7%, el 17,1% , 13,2% de los registros respectivamente. Por el contrario el 88,6% y 88,2% de las necesidades psico-emocionales e –Información del paciente-, no se registraron. El 52,1% de diagnósticos enfermeros no estaban completas (factor etiológico y las características definitorias) desde la valoración. Los Resultados (NOC) enfermeros estaban cumplimentados en el 83,3% de los registros; pero en cuanto al valor de los indicadores (escala

de medición) se encontraron errores en el 76,1% de ellos. Respecto a las intervenciones el 87,5% no se cumplimentaban cómo y de qué manera se realiza la actividad. Los diagnósticos enfermeros más prevalentes son “Conocimientos deficientes” 30,25%. Conclusión: Las partes del proceso de atención menos cumplimentadas fueron Las intervenciones y actividades de enfermería. (30)

Da Costa Linch G., Antunes Lima A., Nogueira de Souza A., Nauderer T., Aparecida Paz A., Da Costa C. (Brasil – 2016) Realizaron un estudio titulado: “Un impacto de intervención educativa en la calidad de los registros de enfermería” con el objetivo de analizar el Impacto de una intervención educativa en la calidad de los anotaciones de enfermería. Metodología: Estudio retrospectivo, observacional de intervenciones. La unidad de análisis fueron Los registros de enfermería de 112 historias clínicas antes de las intervenciones y 112 posterior a las intervenciones. El instrumento para la evaluación de la calidad de los registros fue Q-DIO - Versión brasileña. En cuanto a los resultados: La puntuación total del instrumento mostró una diferencia significativa, considerando una puntuación mínima de “cero” y máxima de 58 puntos. La mediana y el rango intercuartil aumentaron de 31 (28-37). Conclusión: las acciones educativas basados en estudio de casos clínicos son realmente positivas e impactan favorablemente en la práctica de la enfermera así como la calidad del cuidado enfermero. (31)

Moreno J. (España – 2016) Realizo su tesis doctoral titulado “Calidad de los cuidados: Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia” con el objetivo de: Conocer, analizar y mejorar el nivel de cumplimiento de los cinco criterios de calidad, sobre cuidados enfermeros. Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo, con abordaje cuali-cuantitativo. Se han realizado dos ciclos de mejora con tres evaluaciones externas, mediante la extracción de datos de todas las historias clínicas respecto a los criterios de calidad del área de gestión. Se utilizaron técnicas e instrumentos de calidad como lluvia de ideas. Diagrama de Pareto y Ishikawa. Resultado: Se identifica como oportunidad de mejora un bajo registro de los planes de cuidados. Luego de analizar la información se identifican cuatro posibles causas: falta de formación y conocimientos del lenguaje enfermero, infraestructura/sistema de registro. Se diseñan y se implementan acciones de mejora: una estrategia específica de aprendizaje en metodología enfermera. En la primera evaluación el nivel de cumplimientos de los criterios de calidad fue 20,41. En la segunda evaluación el cumplimiento global de criterio es de 59,55 sobre 90 y en la última es de 88,7 puntos sobre 90. Conclusión: Queda demostrada la eficacia de implementar acciones de evaluación y mejora de la calidad. Por lo tanto la puesta en marcha de estrategias para implementar el uso de la metodología enfermera en los registros, representa una mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. (32)

Aasen A., Hatlen T., Andree B. (Noruega – 2015) Realizo un estudio de investigación titulado: " Implementación de diagnósticos de enfermería en formato de texto libre en el departamento médico de un hospital universitario. Un estudio cualitativo" El objetivo de este estudio fue explorar las experiencias de las enfermeras y los estudiantes de enfermería después de implementar diagnósticos de enfermería en formato de texto libre en un departamento médico. Metodología: estudio cualitativo la muestra estaba constituida por 18 enfermeras y 6 estudiantes. La estrategia estaba basada en una intervención educativa sobre diagnósticos de enfermería. Los datos fueron recolectados a través de cinco entrevistas de grupos focales. Resultados Las enfermeras describen experiencias positivas sobre el uso y la utilidad de los diagnósticos de enfermería, promueve la reflexión y el pensamiento crítico. La intervención educativa fue considerada como una preparación valiosa para la implementación de registros estandarizados Conclusión. Indican una usabilidad válida de los diagnósticos de enfermería en formato de texto libre, ya que promueve el proceso de diagnóstico. Asimismo el uso y el apoyo del personal clave parecen valiosos en un proceso de implementación. (33)

López j., Saavedra H., Moreno M. Flores S. (Veracruz – 2015). Realizo un estudio de investigación titulado: "Intervención educativa en el personal de enfermería para mejorar la calidad del registro clínico de una institución privada. Conocer a través de la percepción del personal

de enfermería la importancia, calidad y las contribuciones del registro clínico, comparar la calidad del registro clínico antes y después de una intervención educativa. Metodología: estudio cuasi-experimental con grupo control, el grupo de intervención estaba conformado por la profesionales de enfermería (11) y se consideró como unidad de análisis a la hoja de registro de enfermería, como instrumento para la evaluación se utilizó la Ficha de Registro de Datos y la Cédula de Evaluación. Resultados: el (65.84%) de los registros que no cumplimentaban paso a un nivel de excelencia (95.59%) posterior a la intervención educativa. Conclusiones: la intervención educativa fue efectiva y posteriormente se realizó un registro estandarizado que mejoró las condiciones del problema. (34)

López J., Saavedra C., Moreno M., Flores S. (Veracruz – 2015) Realizaron un estudio titulado: “Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de enfermería”. Con el objetivo de Identificar la calidad del registro clínico de enfermería de una institución privada de salud. Metodología: Enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y documental. La muestra fueron 105 registros de enfermería, el instrumento fue la Ficha de Registro de Datos y la Cédula de Evaluación del Registro Clínico de Enfermería con una confiabilidad de 0.75 por Alpha de Cronbach. Resultados: El nivel de no cumplimiento en los tres turnos (65.86%, 65.46% y 66.20%). Respectivamente. Respecto a la dimensión Valoración, se observa diferencia de cumplimiento en el 40% en los

turno matutino al vespertino, y en el 60% del turno vespertino al nocturno. Las áreas de mayor déficit de registro están en la Identificación, Valoración, Evaluación y Elaboración. Respecto a la calidad del registro clínico se demuestra que ésta en no cumplimiento. Conclusión: Se hace necesario implementar una intervención educativa en el personal de enfermería para mejorar la calidad del registro. (35)

Amad M. (España – 2014) Realizó su Tesis Doctoral titulado. “Evaluación de las intervenciones de enfermería en los cuidados a mujeres con diagnóstico enfermero ansiedad”. Con el objetivo de: evaluar las intervenciones de enfermería en los cuidados a mujeres con diagnóstico enfermero ansiedad. Metodología: estudio de corte cuantitativo, de diseño pre-experimental del tipo pretest-posttest de un solo grupo a través de la aplicación del Proceso de Enfermería. Los resultados muestran que el patrón adaptación-tolerancia al estrés mejora en todas las pacientes después de las intervenciones enfermeras, obteniéndose resultados estadísticamente significativos. En el indicador de la NOC P/A La Z de Wilcoxon corresponde con el valor -1.508 y una p igual a 0.013. la FC: - 0.17 y una p igual a 0.85 Así, podemos reconocer respuestas con un menor estado de ansiedad y mejor autocontrol mediante la adquisición de estrategias de adaptación saludables. Conclusión: La implementación de las intervenciones de enfermería ha mejorado la sintomatología relacionada a la ansiedad La herramienta enfermera NOC (resultados) permite medir el estado de las pacientes y

conocer la utilidad de las intervenciones enfermeras en el marco de la salud mental. (36)

A Nivel Nacional

Ahumada L. Ventanilla – 2017) Realizo su Tesis de Maestría titulado: “Carga laboral y la calidad de los registros de Enfermería en los Centros de Salud Villa los Reyes y Mi Perú”. Con el objetivo: Determinar la relación entre la variable Carga Laboral y la Calidad de los registros. Metodología: Enfoque cuantitativo tipo básica de nivel descriptivo y correlacional. La muestra estuvo constituida por 78 enfermeras el instrumento fue un cuestionario y una guía de cotejo respectivamente. Resultados: según la percepción de las enfermeras el 46 % considero la carga laboral alta, el 46.2% la consideró media y 16,7 % baja; referente a la calidad de registros de enfermería el 46.2 % mostraron nivel de cumplimiento bajo, un porcentaje y sólo el 7.7% presentaron nivel de cumplimiento alto. Conclusión: la carga laboral está relacionada significativamente con la calidad de registro de enfermería $p=008<0.05$. (37)

Carazas M. Herrera R. (Callao – 2016) Realizo su tesis de Maestría, titulado: “Factores personales del profesional de Enfermería y calidad de los registros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”. con el objetivo de determinar la relación entre los Factores personales del profesional de Enfermería y la

calidad de los registros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Método: Diseño no experimental de tipo descriptivo, correlacionar, retrospectivo, de corte transversal, cuantitativo, La muestra estuvo conformada por 30 enfermeras. el instrumento para la primera variable fue la identificación de factores personales con una prueba binomial ($p=0,006$) y coeficiente alfa de crombach ($\alpha=0.748$), para la variable, calidad de los registros se utilizó el formato de auditoria del Departamento de Enfermería del hospital Carrión. Resultados: evidencian la presencia de factores personales internos: Conocimiento del Lenguaje adecuado y dificultades con la metodología del Proceso de Atención de Enfermería en un 46.7 % y 40% respectivamente. En cuanto a la calidad de las notas de enfermería el 60% presentan un nivel de calidad regular. Conclusión: Los factores personales de las enfermeras del Hospital Carrión se correlacionan positiva y significativamente con la calidad de los registros. (38)

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Enfoque Teórico de la Variable Calidad.

Donabedian,(39) define la calidad de la asistencia sanitaria como: el nivel de utilización de todos los medios más adecuados con la finalidad de conseguir las mayores mejoras en la salud de las personas. Así mismo expresa que cuando se intenta definir la calidad, se hace uno consiente en breve, que son varias las preguntas posibles y legítimas que uno se hace en función de definir la calidad. En primer: lugar donde

nos encontramos situados en el sistema de salud, cuáles son la naturaleza y el ámbito de las responsabilidades como profesional de la salud, el poder de nuestra responsabilidad y nuestra vulnerabilidad. (39)

Para Cabadas, (40) las razones que nos promueve a recibir la calidad en la asistencia sanitaria, son los siguientes:

- Éticos, por el derecho que tienen todos los ciudadanos de aspirar salud del más alto nivel así como a recibir una atención sanitaria de calidad y por la responsabilidad que tienen todos los profesionales de salud de actuar con calidad en la atención que brindan.
- Sociales, por el deber social de asegurar a todos los ciudadanos la equidad con justicia y accesibilidad de recibir la atención sanitaria.
- De seguridad, debido a que toda persona tiene el derecho de recibir un cuidado seguro y que la utilización de las nuevas tecnologías deben servir para tal fin, sin causar daño alguno.
- Económicos, por la necesidad de administrar adecuadamente los recursos financieros que dispone los ciudadanos ya que estos son limitados.

Para Donavedian, (39) hay dos componentes en la actuación de los facultativos: el técnico y el interpersonal. La actuación técnica de los profesionales de la salud depende de los conocimientos y juicios

implementados para llegar a brindar una asistencia adecuada y de la habilidad de como realiza esa atención.

La conducción de la relación interpersonal es el segundo elemento en la actuación de los facultativos. Por medio de la relación interpersonal el paciente se conecta con el profesional y brinda la información necesaria a través de la entrevista, la cual le brindara información para formular los diagnósticos y las preferencias para implementar los métodos de asistencia. Así mismo el facultativo brinda información sobre la naturaleza de la enfermedad y su plan de tratamiento y promueve en el paciente para una activa colaboración en su tratamiento. Sin duda, la relación interpersonal es el enlace que permite que la asistencia técnica se efectué y del que depende el éxito. (39)

Si el proceso de las relaciones interpersonales es tan importantes en la calidad de la asistencia, Donavedian (39) expresa las razones porque a veces este proceso es ignorado, se debe a que no es fácilmente disponible. En primer lugar se necesita esfuerzo especial para conseguir la información en la historia clínica, En segundo lugar, los criterios y estándares que facilitan una medición exacta de las cualidades del proceso interpersonal no están bien desarrollados o no están implementadas para realizar esa tarea. Por otro lado, puede ser porque la ejecución del proceso interpersonal debe adaptarse a tantas variaciones que se pueden presentar tanto en las preferencias y

expectativas de los pacientes que unas directrices generales no nos sirven del todo para valorar si la atención se brindó con calidad.

Es necesario implementar otras estrategias que permitan identificar cuáles son las preferencias de los pacientes, cuando se habla de la calidad asistencial. Así como los profesionales de la salud puedan saber llegar a las preferencias individuales de cada uno de los pacientes, es ciertamente complejo; pero no imposible.

Respecto a la Naturaleza de la Calidad, una característica que diferencia a la calidad del modelo industrial, al de atención en salud es el enfoque que tiene respecto al consumidor como el veredicto final de la calidad; determinando si el producto o servicio que recibió respondió a sus necesidades con entusiasmo, confianza y fidelidad. (41)

El cliente en el modelo industrial es continuamente monitorizado con la finalidad de conocer cuáles son sus gustos y expectativas de tal manera que estos sean convertidos en hechos tangibles que lleven al cliente convertirse en un elemento decisor en la producción. Así mismo en el modelo industrial, los clientes lo tiene bien claro, que el costo forma parte de la definición de calidad y que ambos están relacionados. En ese sentido, el control de costos termina siendo un elemento necesario para lograr la satisfacción del usuario. (41)

En el modelo de atención a la salud se observa una similitud respecto al modelo industrial, que es la de reconocer la satisfacción del usuario a través de la prestación de servicios brindados, aceptables, agradables y seguros. Para ello y de una forma aún más importante que en el modelo industrial se valoran las preferencias del paciente informado tanto en los resultados como en el proceso. (41)

Sin embargo en el modelo de atención a la salud difiere del modelo industria en la necesidad que existe de acomodar, dentro de la definición de calidad, las responsabilidades hacia los usuarios y la sociedad y esto está relacionado a un conjunto de responsabilidades hacia los individuos, responsabilidades hacia la sociedad y responsabilidades para la administración de las relaciones entre costos y calidad. (41)

Con respecto hacia las responsabilidad hacia el individuos, el equipo profesional en salud no sólo provee satisfacción a los pacientes, Donavedian (41), expresa “Tenemos una responsabilidad fiduciaria” y es la de actuar para el paciente sirviendo a sus intereses y expectativas de la forma que nos parezca más ideal; pero el imperativo moral prevalece ante todo e incluso ante la no voluntad de los pacientes. Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, tan sensibles e importantes de la vida, nuestra filosofía sobre cómo manejar las relaciones interpersonales son mucho más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios.

Para Donavedian (41), la responsabilidad social en la atención de salud es diferente, debido a la equidad que debe primar al otorgar los cuidados a los pacientes y por si fuera poco también frente a la colectividad. Los beneficios deben ser accesibles para todos así como el estado de salud.

Respecto a las responsabilidades para la gestión de las relaciones entre costos y calidad, ambos modelos concuerdan en la relevancia de la eficiencia como elemento básico de la calidad. No obstante, el modelo industrial está más ligado a la influencia del mercado libre, en él la eficiencia es más determinante. En el modelo industrial, se argumenta que el aumento de los costos se compensa con la eficiencia en la producción y con el aumento en las ventas además este modelo genera ganancias. Esta capacidad del modelo industrial es una manifestación de su propia naturaleza optimista e incluso utópica. Caracterizándose como la fuerza de atracción de este modelo. (41)

Por el contrario, en el modelo de atención a la salud se tiene muy presente el aumento de los costos al incrementar la calidad y está mucho más orientado al balance entre los costos y los beneficios, especialmente en la provisión de atención a la salud y en la contribución a una longevidad. Debido a que se obtienen pocos beneficios de salud a pesar que se incremente la atención, y a las consecuencias de la propia longevidad. Este modelo de atención está más sujeto de los imperativos éticos y sociales. (41)

Debido a que la atención en salud es un bien público y también privado sus beneficios o sus riesgos sobrepasan al propio individuo. Entonces encontrar un equilibrio entre costos y beneficios afecta el concepto de calidad en el modelo de la atención a la salud, a diferencia de la armonía que ofrece el modelo industrial. Lograr un equilibrio entre los intereses individuales y de orden social, con las preferencias es un problema complejo en el modelo de atención a la salud. Sin embargo El modelo industrial podría lograr ajustar el intercambio entre los costos y los beneficios, al estimar la importancia de los servicios y los productos. A futuro esa sería el comportamiento en el modelo industrial, debido al agotamiento de los recursos y la contaminación ambiental. (41)

El modelo industrial se enorgullece de ser un modelo total; Los artífices del modelo industrial lo sustentan mediante tres respuestas. La primera está relacionada a la preocupación por definir los requisitos del producto, para cumplir con los deseos y expectativas del cliente, la segunda por considerar el conjunto completo de estructuras, procesos y personas que trabajan en la conceptualización, en el diseño, en la utilización de recursos, producción, ventas y consumo de cualquier servicio o producto. Tercera, Al sensibilizar a toda la organización a todos los niveles y en todas las unidades de acción (vertical y horizontal del organigrama) la implicancia en la planificación y mejora de la calidad. Donavedian se pregunta En este aspecto, es similar o diferente el

modelo de atención a la salud? En el modelo de la calidad en atención en salud se ha considerado un poco más amplio el concepto de calidad de forma que sean considerados todo el equipo profesional que son los proveedores del paciente e incluso el paciente hasta de la propia familia que incluya la atención que se brindó en un lugar, en un determinado episodio de enfermedad y, eventualmente, también los cuidados brindados en episodios sucesivos. (41)

El modelo de atención a la salud, también requiere, que la preocupación por la calidad invada a toda la organización de salud. Pero existe una diferencia fundamental: este modelo está orientado, a las propiedades de los cuidados clínicos y a las funciones relacionadas con ese cuidado, sin importar si esta procede de los médicos, enfermeros, de técnicos, o de los mismos pacientes o sus familiares. Además El interés no es lo mismo para todos los segmentos. Por ejemplo los cuidados técnicos que brindan los facultativos a los pacientes en forma individual emergen como la preocupación más importante. (41)

En el modelo de atención a la salud, se resalta mucha relevancia a la contribución de los profesionales de la salud relacionado a la excelencia de la calidad o a su carencia, es una afirmación bien fundamentada en evidencias empíricas. En la cual se han demostrado deficiencias en la atención de calidad atribuibles, en un considerable porcentaje de casos, a fallas en los juicios o en la capacidad de los

profesionales. Por lo tanto, el interés en modificar la conducta profesional está justificado. (41)

En el modelo Industrial, han implementado estrategias de garantía de la calidad, su filosofía se basa en una redefinición de la autoridad y de la responsabilidad que corresponde a los trabajadores de mejorar la calidad, considerando en todo momento el grado la responsabilidad última de los gerentes. Este modelo reconoce, la posición estratégica de los trabajadores, considerándoles como agentes de esta transformación, debido al protagonismo que ejercen en todo momento, ellos pueden precisar estimaciones tempranas de cualquier tipo de falla que surja y pueden tomar una acción correctiva. (41)

El modelo industrial promueve la cohesión social, al promover el sentido de responsabilidad en su personal, quienes sensibilizados asumen que para dar un paso más adelante de la secuencia de la producción, corresponde a cumplir con los requisitos previos creando de esa forma una realidad instrumental y cadena de obligaciones y derechos con los demás, de esa forma, los trabajadores se involucran y se interesan en la empresa. En ese sentido es contundente una formulación radical de la naturaleza de la gerencia. Caracterizándose por conducir más que dictar, de educar más que obligar, de motivar más que más que intimidar; y de estar preparado para escuchar y aprender, y no sólo para dar instrucciones. (41)

En ese sentido se debe dar a los trabajadores la oportunidad y los medios para supervisar y ajustar su propio trabajo con esa estrategia se restaura el orgullo personal en el mundo del trabajo; al fomentar la capacitación continua, se empodera y se actualiza sus conocimientos; y al facilitar las actividades de grupo para determinar y resolver los problemas, se añade la fuerza del elemento social al arsenal de motivaciones. (41)

Donavedian (41), se pregunta ¿Cómo se comporta el modelo de atención a la salud en estos aspectos? Ciertamente, la finalidad del modelo industrial respecto a la importancia de los trabajadores, es una realidad clara dentro de nuestros privilegios y responsabilidades y de nuestras formas de afrontarlos. Lo que el modelo industrial destaca es la profesionalización de la industria, de esa manera nos promueve para ser más coherente en la práctica; pero también hay mucho que aprender del modelo industrial se ha de prestar más atención a la "continuidad y coordinación", entre las cadenas proveedoras y clientes que hace mención este modelo. Debido a que el cuidado al paciente es siempre multidisciplinaria, se debería adoptar una visión interdisciplinaria con el compromiso de lograr la garantía de la calidad. Evidentemente una de las características del modelo industrial es buscar un balance armonioso entre la producción y la gerencia.

Al comparar ambos modelos, se descubre un sin fin de responsabilidades y oportunidades en el modelo de atención se debe buscar otras estrategias para lograr el ansiada atención de calidad de la salud tal vez disminuyendo la concentración de poder en los puestos directivos y buscar un balance dando oportunidad a profesionales “claves” para el cambio.

Según Donavedian (41), para lograr la calidad en el modelo industrial, entra en juego varios componentes que se refuerzan mutuamente. En primer lugar, existe un conjunto de acciones cuya finalidad es introducir mejoras en el desarrollo del producto, desde su diseño inicial, con la finalidad de hacer bienes y servicios eficientes y efectivos así nace el diseño de procesos. Finalmente, el proceso de producción está sujeto a un monitoreo continuo, para asegurar el cumplimiento del diseño inicial. Este control toma dos formas: una es concurrente, en la cual los propios trabajadores monitorizan sus actividades con la finalidad de permitir una intervención precoz en caso se presentara una deficiencia. La inspección terminal de los productos, es el otro componente y tiene como propósito eliminar los productos que no alcanzan los criterios de estándares establecidos. (41)

En el campo de la atención a la salud, una vez que se prestó el servicio, el profesional de la salud, no es capaz de corregirlo puesto que el

desarrollo de un producto está completamente sometido a la evaluación tecnológica.

Lo que llama la atención del modelo industrial es su insistencia en que todos en la organización, y especialmente los trabajadores en la línea de producción, entiendan y usen las herramientas más sencillas en el monitoreo de sus acciones diarias, para evaluar su propio desempeño. En ese sentido, el objetivo es medir la empresa entera a través de estadísticas, desde sus niveles más altos a los más bajos. Al lado del jefe ejecutivo está el responsable de la estadística, con capacidad de intervenir en la toma de decisiones y procesos más importantes y así sucesivamente habrá otro en los departamentos, en los puestos de supervisión, y en la línea de producción. Lo más importante, es que cada trabajador debe conocer e internalizar y desarrollar los principios y métodos de recolección y análisis de información pertinentes para la evaluación y mejora de sus actividades. En ese sentido un esfuerzo educativo masivo, intensivo y continuo se hace necesario (41)

Los arquitectos del modelo de atención a la salud han realizado una restructuración y reforma similar, han nombrado a epidemiología como la disciplina analítica más relevante. Que sustituye a las estadísticas del modelo industrial. En ese sentido se ha resaltado la función del epidemiólogo como el líder que debe promover esta actividad desde los más altos niveles de la organización. No obstante, no se ha logrado

desarrollar este modelo; en particular los profesionales de la atención a la salud, no están bien preparados para percibir, entender y analizar las opiniones acerca de calidad expresadas en grupo. Continúan considerando datos clínicos discretos tomados de vez en cuando en los pacientes. En ese sentido se necesita aprender del éxito que ha tenido el modelo industrial, para mejorar en calidad. (41)

Lecciones que se pueden aprender del Modelo Industrial. En primer lugar, la más importante es la insistencia en el compromiso de todo el recurso humano por lograr la calidad en la organización, basado en la motivación del personal y en la participación activa de sus más altos dirigentes. En segundo lugar, está la necesidad de promover en todos los trabajadores que se pongan la camiseta de la organización y a esforzarse para conseguir la calidad mediante las oportunidades de autorrealización y aprecio por el trabajo. Es evidente que para lograr la participación de una forma efectiva de todos los trabajadores, se debe de crear oportunidades, mejorar sus expectativas y fortalecer la capacitación a través de la educación continua de esa manera fortalecemos sus competencias.

Finalmente, el modelo industrial, deja varias lecciones respecto a la calidad y es un deber moral ético de todos los profesionales en salud buscar siempre el bien cuando brindamos el cuidado a las personas enfermas o sanas; no es fácil hablar de calidad en salud, a través de

este análisis en la cual nos ha conducido Donavedian (41), sostiene que aún nos falta mucho por aprender. Los gestores en salud debe de implementar modelos exitosos y por qué no, decir la del modelo industrial que ha demostrado a través de sus diseños de procesos y de sus resultados que si logran conseguir la ansiada calidad. Tiene que haber un cambio a nivel organizacional donde se considera a la motivación y educación continua dos estrategias fundamentales para lograr un cambio en las personas de esa manera las personas podrán conducir sus propias actividades reconocido fallas pero también implementado mejoras en toso sus proceso. En ese sentido los gestores en enfermera deben sumar a ese objetivo de buscar siempre la calidad en todas sus actividades, de tal manera que le permita brindar un cuidado continuo seguro y bien informado a través de sus registros.

Evidentemente la fuente de información de una asistencia sanitaria lo corresponde a la historia clínica, lamentablemente el historial médico no contempla toda la información que se requiere para evaluar la calidad de la asistencia. Las historias clínicas tienen deficiencia en la información incompleta, tanto en la valoración, entrevista al paciente, omite con frecuencia la calidad técnica de la asistencia, así como el proceso interpersonal que se da entre el paciente y el equipo de salud. así como errores en la codificación de los diagnósticos de los profesionales de la salud. Un historial adecuado y preciso, es una necesidad fundamental para una evaluación de la calidad completa y precisa. En ese sentido es

necesario implementar algunas estrategias que permitan complementar las deficiencias de las historias clínicas como por ejemplo retomar nuevos exámenes (exámenes de laboratorio, radiografías) cuando estos no están claros e inclusive se pueden realizar una nueva entrevista al paciente y grabarlo en un video de la manera que se tiene la información completa de la persona entre otras estrategias. (42). Pero las más relevantes están relacionado a la educación continua, sensibilizar y fortalecer las competencias de los profesionales de la salud es vital, de esa manera se puede mejorar en las organizaciones a través de la mejora de sus procesos y de la información relacionada a la prevención, recuperación y rehabilitación del estado de salud.

Las tendencias del mundo actual y la globalización en el campo de salud suponen nuevos desafíos para el profesional de enfermería en el logro de la calidad del cuidado, lo cual implica entre otras cosas el desarrollo de instrumentos que la evalúen de forma sistemática, con la finalidad de garantizar y optimizar los servicios prestados. Una de estas herramientas son los registros clínicos de enfermería los cuales deben estar orientados a documentar de forma permanente los cuidados en un marco ético legal, además de ser considerados un indicador para la calidad del cuidado.

Los fundamentos teóricos de la presente investigación hacen referencia a la calidad de los registro de enfermería e implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero, sin embargo es relevante reseñar el

proceso de enfermería, sus interrelaciones y la fases que lo integran; por ser este el método de trabajo esencial de profesional de enfermería, el cual es caracterizado por ser sistemático, dinámico, flexible con sustento teórico, científico, interactivo, universal que tiene como finalidad conseguir la ejecución de los cuidados planificados para el usuario de salud.

2.2.2 Modelos Conceptuales de Enfermería.

El desarrollo de los modelos conceptuales en enfermería surge a partir que la enfermería deja de ser considerada una vocación y pasa a ser entendida como una disciplina. La historia profesional de la enfermería se inicia con Florence Nightingale. Su increíble historia y experiencia adquirida en la guerra de Crimea y sus escritos sobre la práctica enfermera sirvieron para desarrollar las escuelas de enfermería a principios del siglo XX en algunos países de Europa. y propiciaron que en los años 50 la enfermería pasara a ser entendida como una ciencia.

Nightingale revela en sus páginas a una mujer de vanguardia, disconforme, con la realidad que vivían las mujeres de esa época y presenta con énfasis, conceptos concretos acerca de lo que se debía hacer y dejar de hacer. Hay en sus pensamientos mucha firmeza de carácter, pero, principalmente, con raciocinio y sagacidad para ordenar inteligentemente el impreciso mundo de los cuidados al individuo. Con la notas de enfermería publicadas en su libro pretendió alcanzar a más

mujeres, debido a que eran las encargadas del cuidado de las personas que Vivian en sus hogares, de esta forma les enseñaba de forma clara y concisa de cómo cuidar a las personas que estaban bajo su cargo, desde esa época empezó a empoderar a las mujeres través todo lo registrado en su libro, "Notas de Enfermería", pues buscaba prevenir cualquier tipo de enfermedad a través de la calidad de cuidado, como se puede observar en la siguiente cita donde Nightingale señala "Me abstendré de todo lo que es perjudicial y malo y me dedicare al bienestar de todos aquellos que están a mi cargo" (43)

A partir de su filosofía de que la enfermería era "la responsabilidad de velar por la salud de otros", Notas sobre Enfermería..." fue escrita para enseñar a las mujeres la práctica a través de las líneas maestra de como suministrar consejos que les ayudaran a "pensar como enfermeras" cuando tuvieran que cuidar a un ser querido o pariente enfermo. (43)

Con esta publicación Nightingale, ante los ojos de la modernidad, se convierte en una estratega en salud, ya que escribió y dirigió su libro a personas quienes podían cambiar los procesos de salud-enfermedad en la familia. En esta acción de cuidar las mujeres se enfrentan a experiencias valiosas que al ser socializadas permiten que los cuidados mejoren, beneficiando a los pacientes.

Para Florencia, según Núñez (43), la enfermería es un arte, que se encuentra en la práctica toda vez que la enfermera se relaciona con el sujeto a quien se cuida. Así mismo en la descripción, de su libro: notas de enfermería se evidencia la responsabilidad y el compromiso, que se requiere en el cuidado, y que el acto de cuidar, debía ser un acto reflexivo, porque a pesar de realizar un buen cuidado, en los servicios de un hospital, la gente seguía muriendo. En ese sentido no solo era necesario brindar los cuidados directamente dirigido al paciente sino también tener la capacidad crítica de observar bajo qué condiciones o entorno se está realizando el acto de cuidar.

Nightingale al publicar su libro, Notas de Enfermería, deja bien claro que la enfermería existe, que tiene conocimiento propio en el campo del saber de la salud y que su razón de ser, corresponde a la búsqueda de la salud de las personas en la prevención, mantención y recuperación de la salud. Sus escritos, documentados en sus notas sobre temas que afectan el estado de salud, la eficiencia y la gestión hospitalaria del ejército británico, Notas documentadas sobre el estado sanitario del batallón en la India y vivir o morir in India, evidencian firmemente su permanente preocupación por la salud de las personas, sobre todo por aquellas que estaban más vulnerables, como los expuestos a la pobreza, ignorancia y a las guerras (43;44)

Palmer (45), describe al respecto de las notas que Nightingale como una habilidad que tenía ella en la investigación, lo cual lo fundamentaba

en sus registros, con una buena comunicación, ordenación, conceptualización, análisis, codificación, inferencia y síntesis de los datos.

Su destreza en el uso de las estadísticas sanitarias también se evidencio en los múltiples informes que elaboro sobre temas diversos. Inventó el diagrama de áreas polares para evidenciar el dramático incremento de muertes que pudieron ser evitables ocurridos en los hospitales de la guerra de Crimea. Para Cohen, según Amaro (46), para Nithingale, los fenómenos sociales pueden medirse y someterse al análisis matemático

En ese mismo contexto La disciplina de la enfermería, se desarrolla toda vez que la enfermera realiza el acto de cuidar, debido a la retroalimentación y es esta experiencia la que a través de los años se ha descrito en los libros y revistas, para ser socializado con el colectivo de enfermera para luego ser validadas por ellas mismas.

Definitivamente se puede asegurar con certeza que Nightingale es un claro ejemplo a seguir, que hasta la actualidad influye de manera positiva en la vida de muchas personas, las notas de enfermería han trascendido hasta la fecha, pese a vivir en una época muy distinta a la actual sigue impactando la vida de muchas personas. No solo se centra en el cuidado de las personas sino también en el hecho de no dañar. Por todo lo mencionado se sostiene que los registros de enfermería son

relevantes, porque pueden influenciar y cambiar la vida de muchas personas

En ese contexto la enfermera debe proteger al paciente brindando un cuidado seguro y oportuno e implementar siempre las herramientas necesarias para asegurar ese cuidado de calidad y sin complicaciones, disminuyendo los eventos adversos y las estancias hospitalarias. En ese aspecto filosófico, Nightingale, tiene un enfoque implícito de educación para la salud, aunque no está descrito en sus memorias, es evidente que para no dañar y hacer el bien a las personas enfermas, las enfermeras deben alimentarse de conocimiento nuevos y basados en evidencia para brindar cuidados de calidad; pero también es necesario empoderarse en su propia metodología, familiarizarse con el lenguaje enfermero y mejorar la información entre pares y otros profesionales de la salud. La revisión de los artículos, considerados en esta investigación ha permitido evidenciar como los registros de enfermería basados en la metodología enfermero concatenado al lenguaje enfermero puede mejorar la calidad de los cuidado que brinda la enfermera permitiendo dar a conocer que cuidados se implementaron en un paciente y cuales fueron esos resultados y como valor agregado se puede decir que los registros de la enfermera permite la reutilización de la información, por otras enfermeras, se puede hacer investigaciones con los resultados alcanzados y por ultimo puede ser una herramienta fundamental en caso fuese necesario ante demandas legales. (47)

Para Nightingale, según Núñez. (43), la función principal de la enfermería es la salud de las personas, y que el cuidado del entorno, es la forma fundamental en la prevención o recuperación de la salud, la experiencia vivida por Nightingale al observar a familias que vivían en forma hacinadas con una alta mortalidad de niños que morían por enfermedades infectocontagiosas, comprende de como la enfermería a través del cuidado en la alimentación, ruido, iluminación, ventilación, higiene y calor , mejora la salud de las personas. Para Nightingale la enfermedad era un proceso de reparación donde la enfermera tenía la función de manipular el ambiente o entorno para poner al paciente en las mejores condiciones y facilitar este proceso.

Ha pasado más de ciento cincuenta años desde que se instauró la filosofía de Nightingale que para Núñez, (43), esta construcción teórica sigue siendo la base del cuidado de las personas. Esta teoría le ha permitido a las enfermeras perfeccionar su praxis, a través de la observación, descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos de la realidad en la que están inmersas; que es el cuidado de las personas, familia y comunidad.

Para Florencia según Núñez (43), La enfermería es un arte focalizado en la búsqueda de la salud, previniendo la aparición de las enfermedades o a recuperación de ellas.

Para Nightingale (48), la mujer no siempre es enfermera, se convierte en ella cuando utiliza sus saberes para brindar los cuidados y en esta

acción de cuidar, las enfermeras se enfrentan a fenómenos valiosos que al ser socializados o compartidos permiten que los cuidados mejoren, beneficiando a los pacientes.

La enfermera utiliza la observación para evaluar todo el entorno de la persona enferma, lo que permite implementar los cuidados que ayudara a prevenir las complicaciones y a restaurar la salud de los mismos; es por eso que la observación de los fenómenos sociales, fue fundamental para Nightingale tanto a nivel individual y de sistema y fue el sustento para sus notas de enfermería, puesto que tanto la observación como la práctica, para Nightingale eran inseparables. refiriéndose al valor de la observación, manifestaba: "La lección práctica más relevante que puede entregarse a las enfermeras es enseñarles, qué observar, cómo observar, Cuales son los síntomas que indican complicaciones o mejoras, cuales son importantes y cuáles no, importantes, cuando un cuidado es negligente y qué tipo de negligencia" y añadía: "Pero si usted no puede lograr conseguir el hábito de la observación, de una forma u otra, sería mejor que dejara la enfermería, para la cual no ha sido llamada, por muy bondadosa y sensible que usted sea. (47)

Modelo de cuidados de Virginia Henderson

Los fundamentos de la propuesta de Henderson, nacen de las influencias y experiencias vividas a través de su trayectoria profesional,

lo cual la ayuda a determinar cuál es la función de la enfermera cuando brinda cuidados de enfermera. Henderson sientan las primeras bases para una nomenclatura propia para definir problemas y prioridades de Enfermería, lo que se relacionaría con la fase diagnóstica.

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestra profesión es el modelo de Virginia Henderson. Según su filosofía, la enfermera moderna tiene cimientos en el Proceso de Enfermería como un método científico y sistemático que delimita su campo de acción. La aplicación de modelos de cuidados en nuestra praxis permite definir cuál es la naturaleza de nuestra acción y hacia donde se quiere llegar con nuestra actuación. (49)

La utilización de los modelos y teorías en el campo de enfermería brinda grandes beneficios, debido que todas ellas nacen de los fenómenos observados en la realidad, experiencias establecidas entre el sujeto que es objeto de cuidado y el sujeto que brinda el cuidado propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación, propiciando una dirección univoca para las cuatro funciones determinantes de enfermería: Educación, investigación, asistencial y Administración (49)

La filosofía de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, (suplencia o ayuda) que representan las acciones que realizan las enfermeras al ayudar a una persona cuando

este no tiene la fuerza necesaria, ni la voluntad para hacerlo en un determinado momento de enfermedad, infancia o edad avanzada. (49)

En su libro *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, Henderson, expresa un concepto de la enfermería en la cual otorga a la enfermera el rol que tiene en relación a la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona. (rol complementario y suplementario) El desarrollo de este rol, al brindar el cuidado, permite a la enfermera ser reconocida como profesional autónoma en sus actividades asistenciales, investigadora, gestora y docente, al tiempo que ayuda a delimitar su campo de acción y colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados. (49)

Henderson describe al paciente como una persona que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila y en ese sentido considera al ser humano como un ser total que no puede ser reducido a la suma de sus partes; Así mismo es desarrollista porque considera al individuo dentro de un espiral con componentes bien ubicados de una forma explícita e implícita en diferentes situaciones que la persona experimenta.

Henderson reconoce personajes que tuvieron influencias fundamentales en la elaboración de sus conceptos y definiciones entre ellas se tiene Annie W. Goodrich quien, sostiene a la enfermería como “una actividad social mundial”, con una participación creativa y constructiva en la

comunidad, que otorgaba el “significado ético de la Enfermería”. A partir de ella, se infiere que Henderson logra distanciarse de la práctica de la medicina, demostrando su autonomía en su campo de acción y diferenciándola del valor que tiene enfermería al brindar el cuidado con trato humano. Posteriormente, luego que ejerce su profesión en una institución psiquiátrica, Henderson, reconoce que las relaciones humanas son importantes e integra sus conocimientos para conceptualizar enfermería como el cuidado individualizado. (50)

Así mismo, Henderson, recibe influencias de Carolina Stackpole y Jean Broadhurst, profesoras de la Universidad de Columbia, quienes sostienen que la importancia de la fisiología en el principio que la salud depende de conservar la linfa en una forma constante alrededor de la célula. De esa manera Henderson le da importancia al equilibrio emocional dentro del concepto de enfermería y que esta no puede estar separada del equilibrio fisiológico, considera así mismo el enfoque analítico de todos los aspectos del cuidado y del tratamiento.

Así mismo Henderson recibió influencias Del psicólogo Edward Thorndike de la Universidad de Columbia quien elaboró las leyes del aprendizaje, del ejercicio y la del efecto, y es a partir de ahí que Henderson, empieza a valorar a la persona cuando tiene o no tiene conocimiento, fuerza y voluntad, para satisfacer sus propias necesidades así mismo considera que la persona enferma debe ser considerada como un ser integral y figura central de los cuidados de enfermería y que

la función de enfermería es la de ayudar a ese ser a recuperar las fuerzas, la voluntad e incluso determina que intervención de enfermería requiere la persona enferma y estas pueden ser la de suplencia, como auxiliar o como compañera) para obtener o recuperar su independencia. (50)

Es necesario que la enfermera identifique bien estos componentes del cual nos describe Henderson y los conciba como criterios para definir sus intervenciones: Cuando se habla de voluntad mediante la reflexión estamos seguros que se trata de una característica ligada al espíritu o espiritualidad, el conocimiento a la capacidad que tiene cada persona y en el caso de la fuerza puede estar relacionada a la fuerza de voluntad y/o fuerza física. (51)

La filosofía de Virginia Henderson, permite hacer un reconocimiento a las bases filosóficas como contribución al avance de la enfermería y sin duda a una definición universal de la disciplina enfermera. En ese sentido, Henderson, se hace cada día vigente cuando utilizamos la guía de valoración de las 14 necesidades básicas del ser humano. (51)

Maslow también tuvo influencia en Henderson, en ese sentido jerarquiza las necesidades humanas considerando que unas prevalecen más que otras. Es obvio que estos componentes están derivados de los componentes psicosociales expresado por Maslow, aunque ella no cita que haya recibido influencias de Maslow. Sin embargo tuvo la

originalidad para recuperar tales conceptos como ejes en su definición de enfermería. Para Henderson las 14 necesidades básicas son: oxigenación, hidratación, eliminación, movimiento reposo y mantenimiento de una buena postura, sueño y descanso, usar ropa adecuadas, termorregulación, eliminar los peligros, comunicación, creencias y valores, trabajar y realizarse, divertirse y/o participar en actividades recreativas y aprendizaje. (50; 51)

Ida Orlando, enfermera psiquiátrica e ilustre teórica en la disciplina, sostiene que la observación es fundamental para valorar a una persona y determinar si alguna necesidad está alterada la misma que la llevara a plantear acciones eficaces de enfermería. Así mismo Henderson fundamentó su definición de la relación Enfermera paciente en donde le da un peso importante a la valoración de las personas con el fin de satisfacer sus necesidades alteradas. (50)

George G. Deaver fisioterapeuta, su trabajo consistía en programas de intervención con el propósito de reafirmar la independencia del paciente. Esto influyó en Henderson al ver que el proceso de rehabilitación mejoraba el proceso de independencia de la persona lo cual la ayuda a identificar que el paciente no siempre requiere de intervenciones de enfermería con suplencia total. (50)

Asimismo Henderson, considera a la persona como centro de un sistema, y que tiene un papel activo en su proceso de salud. En ese

sentido se debe considerar a la persona, como la figura central para los miembros del equipo de salud. Cuanto menos necesite del cuidado de la enfermera mejor se encontrará y podrá buscar información relacionada con su salud, o incluso llevar a cabo el tratamiento prescrito. (51)

El Modelo de Seres Humanos Unitarios de Martha Rogers

Se basa en cinco modelos teóricos: hombre, entorno hombre, la evolución comprendida como algo irreversible, el intercambio de energía y materia, así como la capacidad del hombre para imaginar, sentir y abstraerse. Roger, define a enfermería como una ciencia y como un arte. Como ciencia ya que su propósito, es promover la salud y el bienestar, buscando un equilibrio y armonía entre el hombre y su entorno. Se preocupa por la persona en forma humana y actúa juiciosa y compasiva sin perder la creatividad y la inventiva en cada intervención. (52)

La ciencia de Rogers aplicada a la profesión enfermera esta relacionado a la capacidad que tiene la enfermera en poder observar al ser humano en relación a su entorno y hacia sí mismo. De esa manera gestiona los cuidados necesarios. La “Ciencia de los seres humanos unitarios” determina que los cambios en paciente y entorno se dan de forma paralela, sirviendo para que las enfermeras centren sus cuidados y actividades en el entorno. (52)

Dorothea Orem y la Teoría del Autocuidado

De igual forma, Dorothea Orem en su teoría del déficit de auto cuidado, implica la primera etapa del cuidado enfermero, la etapa diagnóstica y de planeación en la definición de los requisitos de auto cuidado para obtener los resultados esperados y los sistemas de enfermería que tienen que ver con las acciones, se relacionan con la fase de ejecución del proceso. (50)

Ida Orlando y el Proceso Cuidado Enfermero

Fue una de las primeras líderes enfermeras que identificó y destacó los componentes del proceso enfermero, ella consideraba que la enfermería era una profesión distinta a los médicos, que las órdenes de los médicos estaban dirigidas a los pacientes y no a las enfermeras, además pensaba que las enfermeras ayudaban a los pacientes a seguir esas indicaciones médicas o, si el paciente es incapaz de realizarlas, debe llevarlas a cabo por él paciente. Ida Jean Orlando es quien fundamenta la Teoría del proceso de Enfermería, que brinda los primeros cimientos para conformar los elementos básicos a través del contacto enfermera-paciente. (50)

Lydia Hall

Lydia Hall describió en 1965, formalmente la enfermería como un Proceso de atención. Con esta declaración, la enfermería se revoluciona y la Metodología de Atención de Enfermería (PAE), adquirió una nueva imagen al ser estructurado en etapas secuenciales. (50)

2.2.3 Filosofía de Demming

La mejora continua tiene sus raíces desde los inicios de la revolución industrial, la cual ha ido evolucionando hasta el siglo XX, Taylor tenía la idea que la administración era el factor determinante para conseguir que los empleados estén bien capacitados para lograr un mejor desempeño en sus funciones haciendo énfasis solo en la productividad. Actualmente la mejora continuar considera todas las actividades recurrentes para conseguir elevar la satisfacción de los requerimientos. Así mismo hoy en día se considera que la mejora continua tiene un nuevo concepto que es la dar valor al producto o servicio. En ese sentido toda la organización (trabajadores, clientes, gerentes empresarios) deben estar comprometidos en lograr una cultura organizacional con una sola filosofía la de hacer las cosas siempre mejorables. (53)

El ciclo de Demming es una estrategia sistemática y periódica que sirve para mejorar la calidad de los procesos, Esta filosofía consiste en disminuir la variabilidad y la incertidumbre en los diseños de manufactura. Demming estaba seguro que en la variabilidad estaba la mala calidad de un servicio o un producto, luego de algunas investigaciones formula sus 14 puntos donde se remarca la no selección de algunos de ellos, sino la implementación de todos ellos en los diseños de los servicios o productos, así como el compromiso de los gerentes y líderes de la organización en todas las áreas. A continuación los 14 puntos de Demming. (53)

- Tener una visión y crear un compromiso. Esta filosofía describe la importancia de generar empleo basado en la innovación e investigación y el constante mejoramiento.
- Aprender la Nueva filosofía: Desarrollar una conciencia de calidad en la cual la actitud de las personas sea lo “suficientemente bueno”
- Comprender la Inspección: Desistir de la dependencia en la inspección en masa para lograr calidad. Mejorar el proceso e incluir calidad en el producto desde el comienzo.
- La inspección es rutina al 100% y la inspección debe ser necesaria durante el período en que se está mejorando progresivamente la calidad,
- Terminar con la práctica de comprar a los más bajos precios: Esto conduce a adquirir suministros de baja calidad que impactaría a lo largo en la calidad de nuestros productos.
- Mejorar constantemente y para siempre: La gerencia debe preocuparse siempre en maneras en disminuir los desperdicios y mejorar la calidad.
- Instituir la capacitación: Deming recalca la importancia de la capacitación, la cual no debe finalizar mientras el desempeño no haya alcanzado el control estadístico y mientras haya una posibilidad de mejorar.

- Instituir liderazgo: La función del gerente es asesorar, ayudar a los empleados a realizar mejor su trabajo, la gerencia asume la responsabilidad de su éxito o fracaso. En ese sentido, Deming sostiene que la mayor parte de las personas que no realizan bien su trabajo están relacionadas a que no están bien ubicadas en su puesto. El gerente tiene la obligación de encontrar un puesto para esa persona.
- Eliminar el miedo y construir confianza: Deming consideraba que el temor nace de un liderazgo inseguro, Según sus teorías fomenta que dicho temor se acaba con la creatividad y la confianza y trabajo en equipo, ya que ayuda a la comunicación y la capacitación.
- Optimizar el esfuerzo en los equipos: Los objetivos organizacionales deben ser claros para todas las áreas o departamentos en ese sentido se debe trabajar en equipo y no con objetivos propios. Lo cual produce mucha variabilidad.
- Eliminar los exhortos: Eliminar exhortaciones y metas solicitando cero defectos o nuevos niveles de productividad. Estas crean rivalidad y como consecuencia la baja calidad y productividad.
- Eliminar cuotas numéricas y la gestión por objetivos. Las cuotas solo consideran datos numéricos y no la calidad. En ese sentido un estándar de trabajo adecuado y los límites de trabajo ayudará a una mejora de la calidad.
- Apreciar la mano de obra y eliminar los componentes que privan a la gente de la alegría en su trabajo. A veces se tiene supervisores mal orientados, material defectuosos que termina de desmotivar a las personas

a no realizar bien su trabajo, eliminar todas esas barreras y demos un buen contexto donde los trabajadores se sientan felices.

- Instituir un programa vigoroso de educación y auto mejora, un programa de esa naturaleza va depender de la misión y visión de la organización, de lo que quiere lograr en su gente, de los nuevos procesos; pero sobre todo como lograrlo.
- Poner a todos en la compañía a trabajar para llevar a cabo la transformación. Deming decía que la transformación no llega sola, los líderes deben hacer su trabajo, los trabajadores poner el compromiso pero para que eso se logre, primero es lo primero realizar las tareas y un programa de capacitación para lograr la transformación. Una frase que consideramos relevante y que es significativa para e: "La transformación es trabajo de todos y se deberá de llevar a cabo una misión en la organización que busque la calidad"

Según la NTP-ISO 9000:2001, la mejora continua es una "actividad recurrente para aumentar la capacidad en cumplir los requisitos, o expectativa establecida, siendo generalmente implícita u obligatoria". En ese sentido la satisfacción del cliente, se basa en su percepción de la calidad y se deben tomar las acciones correspondientes a la mejora siempre en cuando procedan que generan y que contribuyen a su mejora. Es relevante establecer un sistema de gestión para la calidad que está dedicado a los procesos y a la mejora continua. (54)

2.3. Bases Conceptuales.

2.3.1 Metodología Enfermera

La creación del Proceso de Enfermería se da inicio de los años 1950-1960 en los Estados Unidos de América y Canadá, sustentándose en que las intervenciones de enfermería no se encuentran aisladas, sino interrelacionadas como un proceso continuo de cuidados en la práctica diaria. En Canadá y Estados Unidos, se comenzó a reconocerse que la implementación del Proceso de Enfermería es una de las responsabilidades de la profesión enfermera ya que nos permite brindar cuidados de una forma racional, lógica y continuada. Consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En todas ellas se realizan acciones intencionadas tendentes al logro de los resultados esperados. Así mismo el Proceso de Atención de Enfermería es dinámico y flexible que facilita su adaptación en los diferentes momentos del cuidado. En ese sentido es beneficioso para el paciente, ya que se garantiza la calidad de los cuidados y permite que la enfermera sienta satisfacción respecto a lo que realiza, fortalecimiento así el ejercicio profesional.

(55)

Desde la conceptualización del cuidado como pilar fundamental de Enfermería y conocida hoy por la comunidad de enfermería como el cuidado de la experiencia de la salud humana; es así como el proceso

de enfermería se va cimentando en cada una de las actividades de enfermería, utilizando la observación y la identificación de problemas para otorgar cuidado; Después en los años 70, se adiciona al proceso la etapa diagnóstica y posteriormente las etapas de planeación, ejecución y evaluación. (55)

En ese sentido el Proceso de Enfermería, surge de la necesidad de las enfermeras de organizar su práctica en forma sistemática y científica con el fin de satisfacer las necesidades del paciente de forma oportuna, dinámica y medible.

Importancia de la Metodología Enfermero

La aplicación del proceso de Enfermería en la prestación del cuidado juega un papel fundamental para la mejora de la situación del paciente que se encuentre atravesando un estado de salud alterado, aplicando las etapas del proceso de enfermería se brinda un cuidado óptimo y de calidad que va a contribuir significativamente en las mejoras del estado de salud de todos los pacientes, ya que el personal de Enfermería al prestar cuidados de forma continuada y segura, le permite prevenir complicaciones que puedan afectar a la posterior recuperación del paciente. (56)

Proceso de Enfermería

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, a través del cual la enfermera utiliza sus conocimiento,

habilidades para identificar necesidades alteradas con la finalidad de utilizar el pensamiento crítico y analítico para diagnosticar, planificar e intervenir prestando cuidados de enfermería basado en evidencia científica. El Proceso de Enfermería se convierte así en uno de los más importantes sustentos metodológicos de nuestra disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico. (55)

2.3.2 Lenguaje Enfermero

El lenguaje estandarizado de la enfermería es un instrumento que permite integrar un marco teórico de identificación de problemas, intervenciones y resultados en los cuidados. Hace más de 50 años enfermeras interesadas en tener un lenguaje común que nos diferenciara de otras profesiones empezaron a diseñar y codificar los diagnósticos de enfermería dentro de una taxonomía lógica, desde entonces hasta ahora se ha debatido tanto al respecto del aporte que brinda las taxonomías a nuestra disciplina enfermero.(57).

El lenguaje enfermero hoy día se admite como una cuestión fundamental. Necesitamos tener un idioma común que permita a los enfermeros compartir la información a nivel global de todo lo que hacemos cuando brindamos el cuidado. No hay profesión si no tenemos un lenguaje común que nos permita visibilizar los cuidados a través de la investigación y la enfermería basada en evidencia. (57)

El lenguaje enfermero basado en la clasificación de taxonomías de los diagnósticos Nanda, Resultados esperados (NOC) e Intervención de Enfermería (NIC) establecen la diferencia entre la enfermería y el modelo biomédico y promueven su desempeño y su rol clínico del enfermero. El desarrollo de una clasificación o de un sistema estandarizado de lenguaje permite la identificación de los elementos centrales a una ciencia promueve el desarrollo de más estudios sobre el tema. (57)

El lenguaje enfermero nos permite desarrollar nuestra función con autonomía, registrar todo que se realiza, unificando la terminología enfermero para poder conocer y medir las aportaciones que hace nuestra disciplina en el mejoramiento del estado de salud de las personas. Solo así podremos investigar, comparar, planificar y evaluar el trabajo enfermero, ponerle valor y hacerlo mucho más visible. En ese sentido los enfermeros debemos movernos en la búsqueda continua de calidad, eficacia y eficiencia para lograr comunicarnos en un solo lenguaje. Una comunicación efectiva requiere de un lenguaje común que sirva para conocer las respuestas del paciente, si mejoramos la comunicación entre las enfermeras, entre los turnos de trabajo, entre las diferentes unidades, y con los diferentes campos alternativos de la salud, estaremos hablando de calidad (58)

2.3.3. Variable Calidad de los registros de Enfermería según Norma Vigente

Según la Norma Técnica, implementada por el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2016 – Auditoria de la calidad de salud de la atención de salud (N.T. N° 029 – MINSA/DIGEPRES – V.02), señala la importancia que poseen los registros de enfermería en el sector salud, pues constituyen documentos de alto valor gerencial, legal y académico, y su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, protegiendo los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información relevante con fines de investigación y docencia. (59)

En ese sentido la ley del Trabajo del Enfermero N° 27669, en el artículo N° 7 inciso (a), expresa: que los enfermeros deben brindar cuidado integral basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)”. Considerando al PAE, como un método científico que permite satisfacer necesidades propias de salud y enfermedad. De esa manera permite brindar un cuidado continuo y de calidad (60)

Así mismo Perry Potter expresa que: El registro de enfermería constituye un medio de comunicación que brinda información relevante para el tratamiento y rehabilitación del paciente.(61)

En ese mismo contexto, El código de ética y deontología D.L. 22315, del Colegio de Enfermeros del Perú, señala que: “La enfermera (o) debe ser objetiva y veraz en sus documentos, informes, testimonios escritos o verbales, relacionados con su desempeño profesional.”(62)

En ese sentido los registros de enfermería constituye un medio de comunicación relevante, debido a que en ella se plasma todas las actividades que la enfermera realiza en las diferentes etapas del PAE, Por ello el registro es fundamental para brindar cuidados continuos y seguros. Tal como lo expresa el código de ética y deontología D.L. 22315 en el capítulo III, “La enfermera (o) debe asegurar y garantizar la continuidad del cuidado al paciente.”(62)

Según las Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero las Unidades Orgánicas de Enfermería debe contar con normativas escritas vigentes de los procedimientos administrativos institucionales y del cuidado de enfermería tales como: administración del recurso humano, del manejo y control de recursos materiales que orienten y faciliten el cuidado enfermero en los pacientes, en ese sentido los registros de enfermería representan la evidencia de los cuidados del paciente, la misma que se da toda vez que se planifica, se interviene, y se monitoriza la evolución del paciente. Además son fuente de datos para la evaluación del cuidado y en el proceso de la mejora continua e investigación. (63)

Calidad de Registro de Enfermería

La Calidad de los registros de Enfermería, se definen como la recopilación de datos del paciente, relacionados con su salud y con su enfermedad. Contienen observaciones, diagnósticos de enfermería, la planificación de los cuidados expresados por resultados alcanzados así como la intervención de enfermería y todos los datos que se originan a partir de las acciones que realiza enfermería.

Importancia del registro de Enfermería

El registro clínico de enfermería es la documentación escrita, de todos los acontecimientos que se dieron desde el ingreso del paciente a una institución de salud. Tiene información completa y exacta, así como el detalle de todas las intervenciones de enfermería y los resultados alcanzados por la enfermera, de acuerdo a una metodología conocida como el proceso de atención de enfermería requerida para un cuidado de calidad. Se define como el escrito en el que se plasma la atención que se brinda de forma completa. (64)

Como enfermeras profesionales, somos responsables de garantizar una atención segura y de calidad al paciente. La única prueba de todo lo que hacemos se evidencia a través de los registros de enfermería. No importa cuán hábil sea una enfermera, un registro de enfermería deficiente puede representar un peligro para la enfermera.

En la medida en que las enfermeras puedan visualizar cual es el aporte que brindan al estado de recuperación de los pacientes y además puedan recuperar y analizar datos de su práctica, tendrán las evidencias necesarias para recalcar que los cuidados de enfermería marcan una diferencia en el cuidado del paciente . Los beneficios que otorga un registro de calidad es que garantiza una atención de calidad, eficiente, continua y segura al paciente, logrando con ello determinar y asignar al registro un valor científico. (65; 66)

Para cada paso en el proceso de enfermería, el cuidado brindado debe ser documentado en los registros de enfermería. Necesitamos documentar el progreso, la evolución del paciente, los resultados alcanzados así como la meta de enfermería, para ser reconocidos como enfermeras profesionales que brindan atención de calidad al paciente, En ese sentido debemos garantizar nuestro actuar documentando eso es consistente, claro y fáctico. De esta manera, la enfermera valida el pensamiento crítico utilizado para la atención prestada.

Los registros de Enfermería redactados en estilo libre, sin considerar la metodología enfermero y el lenguaje enfermero, predispone a documentar errores, estudios realizado por Müller Staub, han demostrado que a veces se registran problemas de las enfermeras en lugar de problemas de salud de los pacientes y además problemas imprecisos, lo que origina a documentar intervenciones inespecíficas de enfermería. Los problemas del paciente en el estilo libre son

insuficientemente descritos, en ese sentido pueden carecer de vínculos lógicos entre las evaluaciones e intervenciones de enfermería. Esto conduce a la incertidumbre en el significado de documentaciones, información deteriorada intercambio y discontinuidad de la atención. (67)

Dimensiones de la Calidad del Registro de Enfermería

I Dimensión: Valoración.

La Valoración es la primera etapa que se debe documentar en los registros de enfermería, la misma que se obtendrá con el uso de las técnicas del método científico a través de la observación, la entrevista enfocada hacia las necesidades del cuidado y el examen físico cefalo caudal, basados en los métodos de exploración física, inspección, palpación, auscultación y percusión. De esa manera se obtendrá las características definitorias o datos significativos del estado de salud, además de datos obtenidos por otras fuentes secundarias como, las historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Así mismo mediante la interacción enfermero paciente lograremos obtener los datos subjetivos y objetivos del paciente. (55)

La primera etapa se realiza a través de la valoración con los patrones funcionales de Maryori Gordon y creados en el año 1973, que aparecen de la evolución entre el cliente y el entorno y son once (11): manejo de la salud, nutricional-metabólico, eliminación, actividad y ejercicio, tolerancia y manejo del estrés cognoscitivo-perceptual, actividad reproductivo-

sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones de rol, autopercepción y autoconcepto, creencias. Así mismo se puede realizar la valoración con la guía de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson que esta vigente y se sigue usando. Como son: La necesidad de beber y comer, necesidad de respirar, necesidad de dormir, necesidad de eliminación, necesidad de moverse y mantener una buena postura, Necesidad de vestirse y desvestirse, necesidad de equilibrio de la temperatura corporal dentro de los límites normales, necesidad de estar aseado, necesidad de evitar los peligros, necesidad de comunicarse, necesidad según sus creencias y sus valores, necesidad de recrearse necesidad de ocuparse para realizarse. (55; 49)

Patrones Funcionales.

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso de atención de Enfermería, pueden ser utilizados muy bien al ámbito hospitalario o de la atención primaria de salud, logrando estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario. Así mismo facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al considerarse dentro de la estructura de de los dominios de la NANDA. (68)

1. Como percibe el individuo la salud y el bienestar. Es todo relacionado a su salud, desde su mantenimiento o recuperación hasta la adherencia a las prácticas terapéuticas.

2. Patrón: Nutricional- Metabólico Qué valora: Expresa el consumo de los alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas, así mismo condiciones de piel y mucosas.
3. Patrón: Eliminación Qué valora: Menciona las funciones excretoras a nivel intestino y urinaria así como incontinencias Cutánea: Sudoración copiosa, características de las de las deposiciones y de las orinas.
4. Patrón: Actividad /ejercicio: Qué valora: El patrón de ejercicio, La actividad de la vida diaria, el reposo, la capacidad funcional, el recreo y el tiempo libre.
5. Patrón: Sueño- Descanso, valora la capacidad que tiene la persona para dormir, su nivel de energía, las ayudas para dormir y la percepción de cantidad y calidad del sueño.
6. Patrón: Cognitivo-Perceptivo Qué valora: Describe el nivel de conciencia de la realidad, la percepción del dolor, ayudas para la comunicación, juicio y memoria.
7. Patrón: Autopercepción- autoconcepto Qué valora: Describe el Autoconcepto y percepciones de uno mismo, también la Imagen corporal, así como identidad social.

8. Patrón: Rol- Relaciones. Qué valora: las relaciones establecidas en su familia, los compromisos, los roles que asumen, responsabilidades en su situación actual.
9. Patrón Sexualidad y Reproducción Qué valora: Los patrones de satisfacción o insatisfacción, alteraciones, seguridad en relación a la actividad sexual, así como el patrón productivo.
10. Patrón: Adaptación Tolerancia al estrés: describe las estrategias de afrontamiento en situaciones que lo estresan, sus respuestas habituales, Así como su capacidad de adaptación y el soporte individual y familiar con que cuenta el individuo.
11. Patrón: Valores y Creencias. Qué valora: Los patrones de valores y creencias, tiene que ver con la ética y la moral del ser humano.

II Dimensión de la calidad de los registros. Diagnóstico de Enfermería

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) define los diagnósticos de enfermería como: «...juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual , familiar o comunitaria, que facilitan la elección de intervenciones y objetivos de enfermería,

Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, gracias a una teórica de Enfermería, Faye Abdellan, quien introduce por primera vez un sistema de clasificación de 21 problemas clínicos del paciente y

se utilizó en las escuelas de Enfermería de esa época, posteriormente en 1973 se validan los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), que gracias a la investigación estos fueron evolucionando y luego en los años 80, la ANA, adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos de enfermería para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una propia definición, cada una de ellas tiene sus características definitorias y su factor relacionado y cada dos años son actualizados, tiene una propia nomenclatura pueden aparecer nuevos diagnósticos, o eliminarse, además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados. (55)

Componentes del Diagnóstico Enfermero

Categoría diagnóstica: Consta de tres componentes: etiqueta, características definitorias y factores relacionados.

- 1.- Epígrafe, o etiqueta es el término que brinda una descripción concisa del problema de salud de una persona.
- 2.- Características definitorias son los signos y síntomas, grupo de datos que suelen estar relacionados con el diagnóstico en particular.

Signos: son los datos objetivos observables relacionado a un problema de salud. Son datos que se pueden medir. Por ejemplo: el peso, la temperatura, la presión arterial.

Síntomas: son los datos subjetivos que expresa el paciente que ayudan a determinar un problema de salud. Ejemplo: la sed, la disfagia, la astenia.

3.- Factores etiológicos, coyunturales, fisiopatológicos o de desarrollo que contribuyen a la aparición de un problema.

El Diagnostico Enfermero en la Formación

El marco enfermero para nuestra práctica profesional es el proceso de atención de enfermería. La Taxonomía II de Diagnósticos de Enfermería es un componente indispensable para la práctica profesional y uno de los elemento más importantes del proceso de atención de enfermería. Le da autonomía a la enfermera y además un rol colaborador con otras disciplinas. Es esencial en la práctica enfermera y por lo tanto para la educación enfermera y también para las enfermeras investigadoras cuando validen nuevos diagnostico así como para mejorar la precisión de los mismos y por ultimo es fundamental en la construcción de la ciencia enfermera (55). Utilizar el proceso enfermero significa que las profesionales de enfermería analicen juiciosamente las investigaciones basadas en evidencia disponibles para determinar cuál es el mejor para utilizarla en la práctica. La Taxonomía de diagnósticos de NANDA-I, es

una fuente disponible poderosa basada en evidencia disponible para ser utilizada.

Conocer los conceptos de precisión y validez de los diagnósticos enfermeros puede ayudar a los estudiantes y enfermeros a comprender que las profesionales adquieren responsabilidad en su campo de acción cuando formulan los diagnósticos que realizan. Para formular los diagnósticos los enfermeros deben realizar primero la valoración, de esa manera obtendrá los datos objetivos y subjetivos para determinar las características definitorias como parte del proceso de razonamiento diagnóstico. Es importante enseñar a los estudiantes cuán importante es la valoración para poder diagnosticar y poder recién implementar todo el proceso de atención de enfermería. (69)

Vincular el uso del proceso enfermero con la realización de una valoración enfermera, es una estrategia de enseñanza útil para principiantes. Es importante socializar casos clínicos sencillos para no confundirlos e incluso puede ayudar a los estudiantes a darse cuenta que los factores relacionados no siempre aparecen en la valoración. Frecuentemente, los factores relacionados aparecen antes de recibir el informe de la continuidad de cuidados de la enfermera. Los factores relacionados representan el medio para las características definitorias; muestran algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero. En ese sentido, el análisis del diagnóstico necesita que la profesional continuamente valore y agrupe los datos. (69)

Los diagnósticos de enfermería permiten una clara definición de los datos y parámetros relacionado a los cuidados de los pacientes, convirtiéndose en descriptores apropiados que viabiliza el cuidado y permiten su desarrollo de forma eficaz. En este sentido muchos de los problemas que se observan en el ámbito de la práctica de cuidados de salud, son relacionadas a problemas de comunicación en nuestra profesión y pueden ser fácilmente superables con la implementación de taxonomías diagnósticas. (70)

La utilización de los diagnósticos enfermeros comporta una serie de ventajas

1.- Es el eje fundamental del proceso de atención de enfermería y ayuda a decidir los resultados y actuaciones enfermeras. Al ser una hipótesis de lo que le sucede a la persona, facilita el planeamiento de aquello que ha de conseguirse y cómo deberá hacerse. El diagnóstico focaliza la evaluación en todo el proceso desde su inicio permitiendo estar alerta ante la posibilidad de equivocarse.

2.- Contribuye a construir un cuerpo de conocimientos propios: los diagnósticos enfermeros describen la ciencia única y posibilita el registro estructurado de la información enfermera. Este registro representa una base para seguir investigando de cuáles son las respuestas que más tratan las enfermeras y cómo las tratan.

3.- Su utilización la diferencia de otra disciplina relacionada a salud. Aclara las funciones propias de la profesión.

4.- Mejora la comunicación entre las profesionales de enfermería Sin los diagnósticos, una enfermera tiene que contar a otra todo el proceso de valoración con el fin de transmitir la información necesaria. Mejorando la comunicación en los diferentes niveles de atención.

5.- Con una terminología propia, el aprendizaje del conocimiento enfermero resulta mucho más fácil, al mismo tiempo que contribuye a la investigación.

6.- Contribuye a la seguridad del cuidado y aumenta la satisfacción del paciente. (70)

III Dimensión Planificación- Resultados Esperados (NOC)

La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades entre la enfermera y el paciente, que permitirá prevenir, reducir, controlar, o eliminar los problemas identificados en la segunda etapa del proceso de enfermería, nos referimos en base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran los resultados de Enfermería (NOC) su valor de utilizarlo está en la contribución que aporta para definir la práctica de enfermería (55)

Los resultados esperados son importante para valorar la efectividad de las intervenciones que realiza enfermería de esa forma facilita la continuidad de los cuidados, la misma que también asegura la responsabilidad de la enfermera en todos los niveles del sistema de salud. Es importante que la enfermera formule los resultados esperados mediante una medición correcta, que le permita monitorizar los resultados del paciente y la delimitación del impacto que tiene la enfermería en los cuidados del paciente. (71)

El lenguaje estandarizado conformado por los Diagnósticos Nanda, los resultados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC), son importante porque permiten hacer el estudio de vínculo entre estos fenómenos usando datos reales de los pacientes. (71)

Definición de un Resultado NOC.

Un resultado del usuario sensible a la práctica o intervenciones de enfermería, es un estado de salud, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, la cual es medido a lo largo de un tiempo (corto o mediano o largo plazo) en respuesta a una intervención de enfermería. Los resultados son conceptos que cambian como respuesta a las intervenciones enfermería y pueden medirse utilizando una escala o escalas de medida. Estos se expresan como definiciones que reflejan el estado conducta o percepción de un paciente. (71)

Componentes del Resultado

Cada resultado tiene una definición, una lista de indicadores asociados al concepto, así como como una escala de medidas. La Taxonomía le permite estar organizados, lo cual facilita la identificación de resultados para su uso en la práctica. (71)

Medición de un resultado.

Se utiliza una escala de medición tipo Likert, de cinco puntos con todos los resultados e indicadores, esta organización permite medir la variabilidad del estado de salud, conducta o percepción de las personas. Las escalas están estandarizadas de forma que una puntuación de 1 es la peor puntuación y la 5 es la mejor puntuación. (71)

Al registrar los resultados en la documentación de la enfermera, esta puede realizar un registro basal del paciente respecto a ese resultado, luego de realizar las intervenciones de enfermería nuevamente vuelve a puntuarlo. Esto contribuye con la información a la enfermera respecto al mantenimiento del estado de salud de la persona, como está evolucionando o como se está manteniendo. Esta puntuación puede ser negativa si disminuye la escala de puntuación respecto al estado basal después de la intervención de enfermería o puede ser positiva si la puntuación aumenta después de la intervención de enfermería. (71)

El Valor de la Documentación del NOC

Los resultados esperados son conceptos variables y es de esa manera que las respuestas del paciente, familia o comunidad puedan ser documentadas y monitorizadas a lo largo del tiempo en diferentes entornos y después ser comparada. (71)

IV Dimensión de la Calidad de los Registros de Enfermería

Intervenciones de Enfermería (NIC)

Para evaluar la calidad de los registros de Enfermería implementando el lenguaje enfermero para este estudio, se considerara como dimensión la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Definición de Intervención de Enfermería.

Una Intervención se define como cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico que realiza el profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente. Los profesionales de Enfermería utilizan el criterio clínico con las personas, familia y comunidad, para mejorar su salud, aumentar su capacidad de afrontar los problemas en salud y fomentar la calidad de vida. La selección de una intervención de enfermería para un paciente en especial forma parte del criterio clínico de la profesional. En ese sentido al elegir una intervención de Enfermería se debe considerar seis factores: 1. Resultados seleccionados por el paciente; 2. Características del

diagnósticos formulado por la enfermería; 3. Base de investigación de la intervención de enfermería 4.si es factible de ser ejecutado, 5. Que el paciente lo acepte 6. Capacidad del profesional.(72)

Componentes de la NIC

Cada intervención de enfermería que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, (etiqueta) una definición, un conjunto de actividades para llevar a cabo la intervención y una fuente bibliográfica. Para cada intervención que es la etiqueta, las actividades están listadas en orden lógico, empezando por un orden, por lo primero que debe realizar la enfermera para finalizar en lo último que debe realizar. Antes de NIC solo teníamos largas actividades sin estructura, con la NIC podemos comunicar con facilidad nuestras intervenciones. (72)

Resultados deseados en el paciente

Los resultados en el paciente se deben definir antes de seleccionar la intervención. Los resultados servirán de criterio comparativo para juzgar el éxito de una intervención de enfermería determinada. Los resultados expresan conductas, percepción y/o sentimiento del paciente debidos a los cuidados administrados. Son muchas las variables que pueden afectan a los resultados, entre ellas tenemos: Los cuidados que brindan los enfermeros, el problema clínico, los propios proveedores de los cuidados, el ambiente donde se administran los cuidados, su

fisiopatología, la propia motivación del paciente, la estructura genética así como sus familiares.. El profesional debe identificar para cada paciente los resultados que razonablemente pueden esperarse y conseguirse como consecuencia de las intervenciones que se va a realizar.(72)

La NIC contribuye al desarrollo de la Teoría en Enfermería

Las denominaciones de las intervenciones son los conceptos, en ese sentido son los nombres de los tratamientos administrados por los profesionales de enfermería. Las definiciones y descripciones de las intervenciones, contribuyen a desarrollar el conocimiento de enfermería y facilita la comunicación entre los profesionales y dentro de la disciplina. A medida que crezca la habilidad de la enfermera para poder relacionar los diagnósticos, resultados e intervenciones evolucionara la teoría de la práctica enfermera. Las intervenciones son el elemento clave de enfermería, al aplicarlos con un pensamiento clínico y juiciosos logramos mejorar la salud de las personas. Enfermería se preocupa por los pacientes y por el cuidado que brinda pues desde una perspectiva disciplinar el fenómeno de interés siempre será el paciente es en ese sentido, el paciente puede ser sensible a las intervenciones de enfermería si ella no tuviera las competencias necesaria para aplicar las intervenciones de enfermería. (72)

Registro de las Intervenciones

La documentación de todo lo que hacemos por los pacientes desde el lenguaje de enfermería estandarizado permite que los profesionales construyan base de datos institucionales estatales y regionales, para efectuar una investigación con eficacia, siempre en cuando estén con los registros informatizados; sin embargo no es necesario esperar que eso suceda para empezar a documentar las intervenciones de enfermería en los registros de papel. Es indispensable que el profesional de enfermería escriba las intervenciones de enfermería realizadas en un documento propio que demuestra el quehacer de enfermería, de esa manera se visibiliza el rol de los profesionales cuando brinda el cuidado. Además contribuye con ello al desarrollo disciplinario y profesional puesto que todo lo que está registrado del que hacer en enfermería puede convertirse en conocimiento científico. (24)

2.3.4 Variable Plan de Mejora

Deming es uno de los creadores del concepto de mejora continua. Desde la década de 1940 empezó a preocuparse por los procesos industriales y de fabricación e introdujo muchas herramientas en las iniciativas de mejora de la calidad; sus ideas y conceptos se usan hoy en día para generar resultados de analíticos fiables y de calidad. (73)

Esta metodología utiliza los cuatro pasos esenciales que se deben realizar en forma sistemática para conseguir la mejora continua de la

calidad (aumento de la eficacia, solución de problemas disminución de fallos, previsión y eliminación de riesgos potenciales...). El círculo de Deming está organizado en cuatro (04) etapas, una vez acabada la etapa final se debe volver a la primera y repetir el ciclo nuevamente, Esta metodología permite que las actividades sean reevaluadas periódicamente para incorporar nuevas mejoras. La implementación de esta metodología obedece principalmente para ser usada en empresas y organizaciones. (73)

Importancia del Mejoramiento Continuo

Su importancia radica en la contribución que esta metodología puede lograr hacer en las organizaciones cualquiera que fuese. Puede mejorar las debilidades y fortalezas y promover que las empresas pueden llegar a ser más competitivos frente a los demás organizaciones. Así mismo la metodología de mejora continua permite que los líderes y trabajadores estén comprometidos con su trabajo y busquen siempre mejorar. (74)

La implementación del plan de mejora en el lenguaje enfermero en los registros de enfermería en el servicio de cirugía del Centro Medico Naval permitiría mejorar la calidad de los cuidados en el paciente quirúrgicos: La enfermera podrá documentar los diagnósticos enfermeros las mismas que son la base fundamental para formular los resultados esperados, así como las intervenciones de enfermería. Así mismo va permitir establecer

una coherencia lógica entre el diagnóstico, los resultados y las intervenciones de enfermería.

Definición de Plan de Mejora

Un plan de mejora es un conjunto de medidas de cambio que se realizan en una empresa u organización para mejorar su rendimiento. Un plan de Mejora consolida todas las acciones de mejoramiento que proceden de la autoevaluación de los gestores, de las recomendaciones generadas por una auditoría, la misma que será una base para definir los objetivos, asignar los recursos necesarios, la definición del nivel de responsabilidad, el seguimiento a las actividades trazadas, así mismo hay que determinar la fijación de las fechas límites de implementación y la asignación de los indicadores de logro y seguimiento de las mejoras, (74)

Herramientas de Mejora:

Matriz de Priorización: Es una herramienta que se utiliza en planes de mejora, donde se selecciona distintas alternativas de soluciones, en base a la ponderación de opciones. Es clave para tomar decisiones y clasificar problemas.

Lluvia de Ideas: Es una técnica de grupo que se utiliza para generar ideas sobre un tema o problema determinado.

Diagrama de Ishikawa: Es una herramienta de control de calidad que se utiliza en planes de mejora y facilita el análisis de un problema.

Diagrama de Pareto: Un diagrama de Pareto es una técnica que facilita clasificar gráficamente la información de mayor a menor importancia, con el objetivo de canalizar los esfuerzos y no malgasten recursos en asuntos poco importantes.

Plan de Mejora del Lenguaje Enfermero

Un plan de mejora es un proceso mediante el cual se implementa acciones de mejora para alcanzar la calidad y la excelencia en los productos o servicios de una organización. En ese sentido la metodología de un plan de mejora basado en el lenguaje enfermero permitirá identificar las áreas de mejora en los registros de enfermería y en función de estos estructurar un plan de acción, y en ese sentido lograr registrar los diagnósticos enfermeros considerando el juicio clínico del profesional, la coherencia de los resultados esperados cuantificable y medibles así como las intervenciones y actividades de enfermera.(39; 40)

Dimensiones de la Variable Plan de mejora en el Lenguaje enfermero

La calidad de la atención brindada a los pacientes solo se puede medir por la calidad de la documentación de enfermería. El registro de Enfermería es un instrumento que facilita la recolección de la

información respecto a la evolución del paciente y para el desarrollo de planes de cuidados. Así mismo favorece el intercambio de información entre pares y sirve como medio de referencia. Sin embargo, pueden existir factores relacionados a la labor de Enfermería que puedan no siempre cumplir con todos los criterios y estándares relacionados a calidad, incluido los de índole legal.

El propósito de esta tesis doctoral es dar a conocer cómo se llevó a cabo la implementación de un plan de mejora en el Lenguaje Enfermero en la calidad del registro de Enfermería en el servicio de cirugía.

Dimensiones del Plan de Mejora

A. Planificar: Aceptar que hay problemas

En esta primera etapa se identificara los problemas y las posibles fuentes de debilidad que puedan encontrarse en los registros de enfermería. Se buscaran las actividades susceptibles de mejora y se establecen los objetivos a alcanzar.

- **Grupo de Mejora:** Se implementa un grupo de trabajo con la finalidad de buscar posibles mejoras al escuchar las opiniones de la enfermera.
- **Definir con claridad los problemas:** Una vez conformado, el equipo de mejora de la calidad, Analizaremos con claridad el problema y su alcance.

- **Analizar problemas** La información recopilada en esta etapa ayudará a identificar posibles soluciones y mejoras en el registro. El análisis debe ser exhaustivo para poner al descubierto todas las complejidades
- **Determinar causas** Se implementó herramientas de mejora para determinar las causas de la deficiente calidad de los registros. (Matriz de Priorización y diagrama de Ishikawa)

B. Hacer: Seleccionar e implementar una solución: Una vez que se identifica la causa, es el momento de proponer posibles soluciones. Estas serán aquellas que resuelven el problema real. Estas solo se encuentran después de identificar la causa raíz del problema.

Soluciones:

- **Implementar el Lenguaje enfermero en los registros de enfermería con el modelo Triple para la enfermera gestora.**

El Modelo Triple para las Enfermeras Gestoras: Las enfermeras gestoras tienen una gran responsabilidad al asumir el liderazgo en sus áreas de responsabilidad, la cual es necesario para implementar un proceso de mejora en la calidad de los registros de enfermería. La estrategia para la práctica clínica debe estar basada en conceptos del proceso, la autonomía y la calidad en

la práctica basada en la evidencia, pudiéndose emplear todo ello conjuntamente con las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC.

Los gestores pueden respaldar el uso correcto del proceso enfermero, como método de integración del juicio clínico, por medio de programas o intervenciones educativas en los lugares donde se desempeñan. Algunas investigaciones han mostrado que guiar y asesorar el razonamiento clínico y la habilidad diagnóstica mediante el análisis de casos, respalda las habilidades de los enfermeros clínicos para obtener diagnósticos precisos y por consecuencia conseguir resultados favorables para el paciente a través de la selección de las mejores intervenciones. (75)

El Modelo Triple del Comportamiento del Directivo de Enfermería Chañes. (76) se ofrece como estrategia que puede promover en el personal de enfermería a adoptar el lenguaje enfermero mejorando así el juicio clínico y la seguridad del paciente. El modelo tiene tres componentes: **1. Desarrollar la motivación para trabajar con el lenguaje enfermero** (diagnósticos enfermeros, NOC y NIC) **2. Asumir una implementación y una utilización viables de ellos.** **3. Recalcar la importancia del juicio clínico y el diagnóstico enfermero** a todos los niveles de autoridad de la organización sanitaria.

- **Desarrollar la motivación:**

Eliminar todas las barreras conformado por creencias y actitudes opositoras frente a la implementación del lenguaje enfermero. Ayudar a las enfermeras a comprender que es realmente enfermería como disciplina y su responsabilidad frente a su toma de decisiones.

La gestora debe ser consciente de las fuerzas opositoras a la implementación del lenguaje enfermero en ese sentido mostrarle que los diagnósticos enfermeros son deseables porque el tiempo que se invierte con los pacientes elimina los errores, mejora la comunicación entre pares y ayuda a la profesional a entender que está sucediendo con el paciente.

La identificación clara de la responsabilidad de la enfermera que se da, cuando utiliza el lenguaje estandarizado es positivo para Promover la imagen de la enfermera frente a otras disciplina, a los pacientes y en su propia institución.

Reunirse con las enfermeras del servicio de cirugía frecuentemente y demostrarles porque las enfermeras son necesarias para brindar un cuidado seguro así como la capacidad que tiene el lenguaje enfermero para apoyar la justificación de la presencia de la enfermera.

La enfermera gestora debe demostrar a las enfermeras como la vinculación de los diagnósticos con resultados esperados medibles e intervenciones de enfermería resaltan la importancia de nuestra praxis.

La gestora enfermera debe implementar el lenguaje enfermero en unidades piloto donde trabajen enfermeras que estén de acuerdo con el cambio y que estén a favor de la implementación del lenguaje enfermero. Posteriormente se pueda aplicar a otras áreas.

La enfermera gestora deberá recoger información sobre los indicadores relacionado con el lenguaje enfermero.

Asumir una Implementación del lenguaje Enfermero

Implementar un programa de Formación continuada a todas las enfermeras para asegure el éxito en la implementación:

-Exposiciones presenciales (Ética, Derechos del paciente, Teorías de enfermería, Metodología Enfermero, Lenguaje Enfermero)

-Discusión de casos clínicos (casos reales y ficticios)

-Implementar el ciclo de enseñanza aprendizaje, ejemplo proyección de videos o imágenes y participación de las enfermeras en forma activa, para luego terminar con preguntas de metacognición.

Recalcar la importancia del juicio clínico y el diagnóstico enfermero a todos los niveles de autoridad de la organización sanitaria.

La gestora de enfermería debe estar dispuesta a explicar a todos las otras áreas de una institución de salud o a otros profesionales, la importancia de aplicar el juicio clínico y como el empleo de una terminología estandarizada puede mejorar la seguridad del paciente.

C. Verificar: -Comprobar resultados. -Analizar los resultados.

Mediante indicadores: Verificar como se encuentra la calidad de los registros de enfermería después de la implementación del lenguaje enfermero.

D. Actuar: -Documentar el proceso. –Realizar Acciones de mejora.

-Realizar Guías de Intervención de Enfermería implementado el lenguaje enfermero.

-Realizar una propuesta de registro estandarizado implementando el lenguaje enfermero.

-Brindar asesoría personalizada en la realización de las notas de enfermería implementando el lenguaje enfermero.

FIGURA N° 1
EL MODELO DE TRIPE COMPORTAMIENTO DEL DIRECTIVO
CHANES DE ENFERMERIA



2.4 Definición de Términos Básicos

Registro de Calidad: testimonio documental legal, sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre las intervenciones de enfermería respecto al usuario, su tratamiento y evolución. Así mismo se describe un registro de enfermería de calidad cuando en ella se plasma requisitos esenciales como la metodología enfermero y el lenguaje estandarizado, metodología que permite brindar un cuidado sistematizado y de calidad y que una vez registrado evidencia la conformidad de sus actos y la eficacia de sus cuidados brindados (24; 25)

Lenguaje Enfermero: El lenguaje estandarizado de la enfermería es un instrumento que permite integrar un marco teórico de identificación de problemas, intervenciones y resultados en los cuidados. Hace más de 50 años enfermeras interesadas en tener un lenguaje común que nos diferenciara de otras profesiones empezaron a diseñar y codificar los diagnósticos de enfermería dentro de una taxonomía lógica, desde entonces hasta ahora se ha debatido tanto al respecto del aporte que brinda las taxonomías a nuestra disciplina enfermero.(57).

Plan de Mejora: Un plan de mejora es un proceso mediante el cual se implementa acciones de mejora para alcanzar la calidad y la excelencia en los productos o servicios de una organización. En ese sentido la metodología de un plan de mejora basado en el lenguaje enfermero permitirá identificar las áreas de mejora en los registros de enfermería y en función de estos estructurar un plan de acción, y en ese sentido lograr registrar los diagnósticos enfermeros considerando el juicio clínico del profesional, la coherencia de los resultados esperados cuantificable y medibles así como las intervenciones y actividades de enfermera.(39; 40

III. HIPÓTESIS Y VARIABLE

3.1. Hipótesis General y específicas

Hipótesis general

H₀: La calidad de los registros de enfermería no mejoro con la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

H_a: La calidad de los registros de enfermería mejoro con la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Hipótesis específica

H₀₂: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Valoración, no mejoró con la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval.

H_i₂: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión valoración, mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval.

H₀₃: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión diagnóstico, no mejoro después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval.

H_i₃: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión diagnostico mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao.

H₀₄: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Resultados esperados, mejoro después de la implementación de

un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval.

Hi₄: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Resultados esperados, mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval.

HO₅: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Intervención de Enfermería, no mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval.

Hi₅: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Intervención de Enfermería mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval.

3.2. Definición Conceptual de Variables

Variable independiente: Calidad de los registros de enfermería.

El registro de enfermería es un testimonio documental legal, sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre las intervenciones de enfermería respecto al usuario, su tratamiento y evolución. Así mismo se describe un registro de enfermería de calidad cuando en ella se plasma requisitos esenciales como la metodología enfermero y el lenguaje estandarizado, metodología que permite brindar un cuidado sistematizado y de calidad y que una vez registrado evidencia la conformidad de sus actos y la eficacia de sus

cuidados brindados, elemento necesario para dar una adecuada calidad sanitaria ya que sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza, se puede transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinario y profesional.(24,25)

Variable dependiente:

Plan de mejora del Lenguaje enfermero:

Un plan de mejora es un proceso mediante el cual se implementa acciones de mejora para alcanzar la calidad y la excelencia en los productos o servicios de una organización. En ese sentido la metodología de un plan de mejora basado en el lenguaje enfermero permitirá identificar las áreas de mejora en los registros de enfermería y en función de estos estructurar un plan de acción, y en ese sentido lograr registrar los diagnósticos enfermeros considerando el juicio clínico del profesional, la coherencia de los resultados esperados cuantificable y medibles así como las intervenciones y actividades de enfermera.(39; 40)

3.3 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE DEPENDIENTE						
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	ITEM	ESCALA	
Calidad de Registros de Enfermeria	La calidad de los registros de enfermería cumple unos estándares básicos que favorecen la eficacia de los cuidados en las personas y legitimasen la actuación del profesional de enfermería. Así mismo se describe un registro de enfermería de calidad cuando en ella se plasma requisitos esenciales como la metodología enfermero y el lenguaje estandarizado, metodología que permite brindar un cuidado sistematizado y de calidad y que una vez registrado evidencia la conformidad de sus actos y la eficacia de sus cuidados		Patrón manejo percepción de la Salud.	11	Nunca evidenciado (1)	
			Patrón Nutricional metabólico	2;3	Raramente evidenciado (2)	
			Patrón de Eliminación	1; 5	A veces Evidenciado (3)	
			Patrón Actividad y Ejercicio	6	Frecuentemente Evidenciado (4)	
			Patrón Reposo - sueño	7	Suficientemente Evidenciado (5)	
		Valoración por Patrones Funcionales	Patrón Cognitivo Perceptivo	13		Baremos-30 ítems (puntaje min:1 Puntaje Max: 5)
			Patrón de Auto percepción	10		
			Autoconcepto.			Registro Deficiente: 33.2 % - 0 %
			Patron Rol Relaciones	12		Regular: 66.6 % - 33.3 %
			Patrón Afrontamiento-Tolerancia al Estrés	8		Registro Bueno : 100 % a 66,7 %
			Diagnóstico enfermero	Etiqueta	14	
				Factor relacionado	15	
				características definitorias	16	

		Resultados Esperados (NOC)	Resultado esperado	17	
			Indicadores	18	
			Escala de puntuacion	19	
		Intervenciones	Intervenciones	20	
		NIC	Actividades	21; 22	

3.3 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE					
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL		INDICADORES	ITEM	EVALUACION
Plan de Mejora del Lenguaje Enfermero	Un plan de mejora es un proceso mediante el cual se implementa acciones de mejora para alcanzar la calidad y la excelencia en los productos o servicios de una organización. En ese sentido la metodología de un plan de mejora basado en el lenguaje enfermero permitirá identificar las áreas de mejora en los registros de enfermería y en función de estos estructurar un plan de acción, y en ese sentido lograr registrar los diagnósticos enfermeros considerando el juicio clínico del profesional, la coherencia de los resultados esperados cuantificable y medibles así como las intervenciones y actividades de enfermera.	Planificación	Análisis de la situación de los registros de enfermería	Grupo de mejora	INDICADORES: Nº de Registros con implementación del lenguaje Enfermero / Total de registros de enfermería x 100
				Definir los problemas	
				Analizar los Problemas	
				Determinar Causas	
			Población Objetivo	Enfermeras del Servicio de Cirugía	
			Programas	Desarrollo Motivacional Programa Educativo	
			Metodología	Técnicas Expositivas, Aprendizaje basado en problemas ficticio y reales, diseño de Guías de Intervención	
			Recursos y Medios	Proyector, Pizarra, Guías , Textos, Planes	
			Tiempo	6 meses	
			Infraestructura	Servicio Cirugía	
Responsables	Investigadora				

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	ITEM	ESCALA
		HACER	Desarrollar la Motivación	Modelo de motivacion	
				Modelo de trabajo viable	
			Programa Educativo	Lenguaje Enfermero	
		VERIFICAR	Medir la eficacia del programa educativo	Indicadores	Registro Deficiente: 33.2 % - 0 %
					Registro Regular: 66.6 % - 33.3 %
		ACTUAR	Medir la eficacia del programa educativo	Indicadores	Registro Bueno : 100 % a 66,7 %

IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y diseño de la investigación

Tipo de estudio

El tipo de Investigación es aplicada porque busca mejorar los registros de enfermería. Carrasco (77) refiere que la investigación aplicada busca resolver un determinado problema conocido por el investigador. Se diferencia por tener propósitos claros, prácticos inmediatos y bien definidos, en ese sentido se investiga para transformar, innovar o producir cambios.

Diseño

El presente estudio es experimental debido a que se aplicó un plan de mejora dirigido a las enfermeras del servicio de cirugía del Centro Medico Naval. Posteriormente evidenciar el efecto del plan de mejora en los registros que las enfermeras documentan a partir de sus cuidados. Arias (78) refiere que el diseño experimental es un proceso que consiste en someter a un objeto o grupo de personas a determinadas condiciones (variable independiente), para después poder observar los efectos o cambios que se producen (variable dependiente)

Asimismo, la investigación es cuasi-experimental con diseño de intervención de tipo pre y post test de un solo grupo a quienes se aplicó la variable independiente (plan de mejora). El grupo de enfermeras no fueron seleccionadas en forma aleatoria. Según Hedrick et al (79) cuando la asignación aleatoria es imposible, los cuasi-experimentos permiten estimar los impactos del tratamiento o programa. Asimismo, Campbell y Boruch (80), refiere que los estudios cuasi experimentales se aplican en sujetos que forman parte de grupos naturales ya contruidos no intactos (hospitales, distritos, escuelas, clases, etc.)

Por otro lado el diseño es cuasi-experimental de corte longitudinal debido a que se aplicó un instrumento para evaluar los registros de las enfermeras respecto al lenguaje enfermero antes y después del plan de mejora. Los diseños longitudinales son de uso cada vez más frecuente en estudios cuasi-experimentales en ciencias sociales y del comportamiento, sirven para estudiar los procesos de cambio directamente asociados con el paso del tiempo siendo el enfoque longitudinal es más eficiente, y estadísticamente más potente.(81)

Método de investigación

El método empleado es hipotético deductivo, debido a que es una estrategia de razonamiento utilizada para deducir conclusiones lógicas a partir de una serie de premisas o principios. En este sentido, es un proceso de pensamiento que va de lo general (leyes o principios) a lo particular.

4.2. Población y muestra

Población

La población estaba conformada por un total de 525 registros de enfermería correspondiente a 9 meses de recolección de información en los tres periodos de tiempo.

	POBLACION	TIEMPO
PREINTERVENCION	182	3 MESES
POST INTERVENCION 1	175	3 MESES
POST INTERVENCION 2	168	3 MESES
TOTAL	525	

La muestra fue obtenida mediante la fórmula para población finita.

$$n = \frac{z^2 * (P)(Q)(N)}{(E)^2(N-1) + (z)^2 * (P)(Q)}$$

dónde:

n = Tamaño de la Muestra.

N = Tamaño de la Población

P = Probabilidad de éxito = 0.50

Q = Probabilidad de fracaso = 0.50

Z = 1.96 (corresponde al 95% de nivel de confianza).

E = Margen de error permitido del 5% = 0.05

Quedando las muestras así:

Muestra antes de la implementación del Plan de mejora (PRE)

N	182
P	0,5
Q	0,5
Z	1,96
E	0,05
n =	126

Muestra después de la primera intervención (POST1)

N	175
P	0,5
Q	0,5
Z	1,96
E	0,05
n =	122

Muestra después de la primera implementación (POST1)

N	168
P	0,5
Q	0,5
Z	1,96
E	0,05
n =	118

Quedando conformada la muestra por un total de 366 registros de enfermería de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía seleccionados por conveniencia y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. .

Criterios de Inclusión:

- Registros de enfermería de pacientes hospitalizados por un periodo mínimo de 4 días.
- Registros de Enfermería correspondiente a pacientes quirúrgicos hospitalizados

Criterios de Exclusión

- Registros de enfermería de historias clínicas que se encontraban en proceso de auditoría.

4.3. Lugar de estudio y periodo desarrollado

El estudio se realizó en el servicio de cirugía del Centro Medico Naval y el proceso de la investigación se desarrolló desde setiembre 2018 a diciembre del año 2019.

4.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos

Evaluar de manera clara y objetiva la calidad de los registros enfermeros, precisa de instrumentos de medida adaptados al ámbito sanitario y coherente con la práctica profesional, en ese sentido la técnica que se utilizó fue la observación y el instrumento que se implementó para recolectar los datos observados fue la escala: Q-DIO, modificado y adaptado al idioma español. La escala Q-DIO como instrumento de medida es utilizado en diferentes estudios y fue desarrollado y validado en el año 2007 y publicado en el año 2009 por los investigadores de Suiza, los Países Bajos y los Estados Unidos de América. (Müller - Staub, Lunney, Odenbreit, Needham, Lavin and Van Achterberg). (23).

El instrumento Q-DIO tiene como objetivo principal evaluar la calidad de los registros enfermeros en: Diagnósticos de enfermería como proceso, que profundiza en la valoración enfermera, Diagnostico como producto donde analiza la formulación y coherencia del diagnóstico, Intervenciones de enfermería donde analiza la planificación y su relación con la etiología del diagnóstico, Resultados enfermeros, que se centran en revisar el uso de los resultados, que sean medibles y observables. Así como la coherencia interna de los Diagnósticos enfermeros resultados y las intervenciones de enfermería. También puede comparar la calidad de los diferentes registros con o sin lenguaje estandarizado ya sea en registros de papel o electrónico. Además puede evaluar el impacto de la calidad de los registros de enfermería mediante un programa educativo con los profesionales y por último se puede utilizar como registro de auditoria para medir la calidad de la documentación enfermera (23)

El instrumento Q-DIO original consta de 29 ítems y presenta una puntuación en escala Likert de 0-2 cuanto más alto sea el valor obtenido mejor será la calidad del registro de enfermería (82).

Posteriormente, Linch, Müller-Staub, Moraes, Azolin, Rabelo, en el año 2012 realizan la adaptación transcultural del instrumento al idioma

Portugués en Brasil. En España, Mateos, también inicia la adaptación transcultural al español y modifica el constructo del instrumento Q-DIO consiguiendo buenos resultados de validación y valores psicométricos. Actualmente el Instrumento Q DIO ha sido traducida en otras lenguas, entre ellas al idioma: francés, italiano y chino, utilizándose en diversos estudios internacionales

La adaptación del instrumento Q DIO, al idioma español se dieron en tres etapas:

- I Etapa: Adaptación transcultural al español del cuestionario Q-DIO
Mayo 2013 - Junio 2014
- Fase 1: Proceso de adaptación transcultural al español del Q-DIO
Fase 2: Validación de contenido del instrumento versión en Español.
- II Etapa Diseño y análisis clinimétrico del instrumento Q-DIO
modificado versión Española Octubre 2014- Octubre 2016
- Fase 1: Construcción del cuestionario Q-DIO modificado preliminar, a partir del cuestionario Q-DIO adaptado al español.
- Fase 2: Validación de cuestionario Q-DIO modificado: Reducción del instrumento Q DIO en 30 ítems.

- III Etapa Calidad de la Historia enfermera digital en el hospital de Valme, mediante la escala Q-DIO modificado versión Española. Octubre 2016 - Enero 2017.

Asimismo la escala Q-DIO modificado de 30 ítems fue sometido a la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, como respuesta se obtuvo un $p < 0,005$. Para el análisis de correlación entre el cuestionario patrón Q-DIO adaptado y el cuestionario Q-DIO modificado-30, aplicaron la Rho de Spearman dando como resultado de 0,543 debido a que no seguía una distribución normal, mostrando una correlación baja y el diagrama de dispersión mostro una tendencia positiva entre ambas escalas.

Debido a la correlación baja de algunos ítems, los autores proceden a eliminarlos debido a que afectaba a la confiabilidad del instrumento, quedando conformado por 22 ítems, lo cual aumenta la confiabilidad a 0.89.

Para poder desarrollar la presente investigación se utilizó el instrumento Q-DIO traducido y adaptado al idioma español.

El instrumento Q DIO-22, modificado, traducido al español está conformado por 4 dimensiones

-Valoración = 13 ítems

-Diagnóstico = 3 ítems

-Resultados = 3 ítems

-Intervención de Enfermería = 3 ítems

En el presente estudio se obtuvo tres intervalos, a partir de la puntuación total que presenta el cuestionario (110 puntos).

Registros de calidad deficiente = (≤ 38 puntos)

Registros de Calidad Aceptable = (38-47 puntos)

Registros de calidad bueno = (≥ 48 puntos)

Validación: Debido al contexto cultural diferente, la investigadora procede a realizar la validez de contenido y juicio de expertos. Cinco (5) doctoras en enfermería expertos en el lenguaje enfermero participaron como jueces expertos en la validación del instrumento. Dando como resultado que todos los ítems fueron significativos p valor < 0.05 y una concordancia de jueces al 100 %. (Anexo E)

Confiabilidad del Instrumento

Para determinar la confiabilidad del instrumento modificado Q-DIO- 22 se realizó una prueba piloto y se aplicó el instrumento a 30 registros de enfermería, registros que fueron obtenidos en otra muestra (otro servicio)

pero con las mismas características que la población de estudio. Para eso se utilizó el coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach obteniendo como resultado 0.83. (Anexo F)

$$= (22/21) (0.7956)$$

$$= (1.0476) (0.7956) = 0.8251$$

Alfa de Cronbach	N° de ítems
0.83	22

4.5 Procedimiento de Recolección de datos

Todo el Proceso tiene una duración de 16 meses.

I ETAPA

1. Solicitud a la Dirección médica y coordinación con la Oficina de Docencia e Investigación, Departamento de Enfermería y el servicio de cirugía para que brinden el permiso y las facilidades correspondiente para la recolección de la información.

II ETAPA CONSTA DE TRES (3) MOMENTOS

1. Pre Intervención

Se inició la recolección de la información de 126 historias clínicas los cuales contenían los registros de enfermería que cumplían con los criterios de inclusión en el servicio de cirugía de mujeres durante un periodo de tres (3) meses.

2. Intervención I: Plan de mejora e Implementación del lenguaje Enfermero en el registro de las enfermeras

Luego de conocer la calidad de los registros de enfermería se diseñó un plan de mejora para abordar la problemática respecto al contenido y estructura de los registros relacionado al lenguaje enfermero concatenado al proceso de atención de enfermería. Las herramientas de mejora que se utilizaron para analizar la problemática del lenguaje enfermero en los registros de las enfermeras fueron: El diagrama de Ishikawa, Matriz de priorización y diagrama de Pareto. Las enfermeras del servicio de cirugía participaron en el análisis de los registros. Duración 1 mes. A continuación once (11) licenciadas en enfermería participan del plan de mejora y firman el consentimiento informado.

Estructura del Plan de mejora: Estuvo conformado por tres aspectos fundamentales con una duración de 2 meses.

A. Desarrollar la motivación para trabajar con los diagnósticos enfermeros, resultados e intervención de enfermería a través de la sensibilización, responsabilidad e importancia del juicio clínico y el diagnóstico de enfermería.

B. Exposiciones teóricas de la metodología enfermero, lenguaje enfermero. Teorías y modelo de enfermería. Ética y derechos del paciente.

C. Desarrollo de casos clínico ficticios y reales.

Todas las clases fueron realizadas por la investigadora de la presente tesis Doctoral.

D. Proyección de videos e imágenes, participación activa de las enfermeras terminando con preguntas de metacognición

3. Post test I

Luego de 1 mes de haber terminado la primera etapa del plan de mejora se da inicio a una nueva evaluación de la calidad de los registros de enfermería con el instrumento Q-DIO-22 modificado a 155 registros de enfermería. **Duración tres (3) meses**

4. II Intervención: Plan de mejora e Implementación del lenguaje Enfermero en el registro de las enfermeras.

Se procedió aplicar una segunda intervención al evaluar la calidad de los registros de enfermería que mejoraron a un nivel regular.

Duración dos meses.

- A. Elaboración de guías de intervención en enfermería aplicando el lenguaje enfermero.
- B. Elaboración de un registro de enfermería estandarizado con el lenguaje enfermero como propuesta para ser implementado en el servicio de cirugía.
- C. Desarrollo de casos clínicos
- D. Asesoría personalizada en la elaboración de los registros de enfermería con el lenguaje enfermero.

5. Post test II

Luego de un mes de haber aplicado la segunda intervención del plan de mejora, se evaluó nuevamente 118 registros de enfermera con el instrumento Q-DIO-22 modificado. Durante tres meses consecutivos.

4.6. Análisis y recolección de datos

El procesamiento de datos y análisis estadístico se realizó a través del programa de Excel y el (SPSS) versión 21. El análisis de los datos se iniciaron en primer lugar con la validación y confiabilidad del instrumento, para tal fin se utilizó el Alpha de Crombach. Para el análisis descriptivo se usaron tablas y gráficos, haciendo la respectiva distribución porcentual, de frecuencias, para la comparación y presentación de los datos que reportó el estudio. Para el Análisis inferencial La contrastación de las hipótesis se realizó con la prueba de Kruskal Wallis.

V RESULTADOS

5.1 Resultados Descriptivos

TABLA 5.2. CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL 2019

CALIDAD DE REGISTROS	PRE		POST01		POST02	
	N	%	N	%	N	%
Deficiente	125	99.2	0	0,0	0	0,0
Aceptable	1	0,8	122	100,0	0	0,0
Bueno	0	0,0	0	0.0	118	100,0

Fuente:

e: Elaboración Propia

GRAFICO 5.1. CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL 2019



Fuente: Elaboración Propia

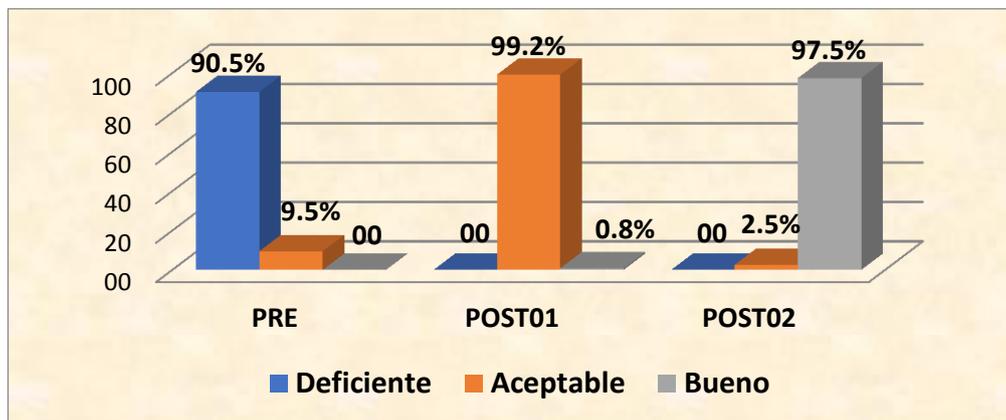
Interpretación: Según la tabla y el gráfico, la calidad de los registros de enfermería se evidencia que antes de implementar el plan de mejora el 99.2 % de los registros eran deficientes, posteriormente al plan de mejora los registros aumentaron al 100% en un nivel aceptable, luego en una segunda medida nuevamente subieron al 100 % en un nivel bueno. La implementación del Plan de mejora del lenguaje enfermero si mejora los registro.

TABLA 5.3.CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN VALORACIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL CALLAO 2019

CALIDAD DE REGISTROS	PRE		POST01		POST02	
	N	%	N	%	N	%
Deficiente	114	90,5	0	0,0	0	0,0
Aceptable	12	9.5	121	99.2	3	2.5
Bueno	0	0,0	1	0,8	115	97,5

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 5.2.CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN VALORACIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL CALLAO 2019



Fuente: Elaboración Propia

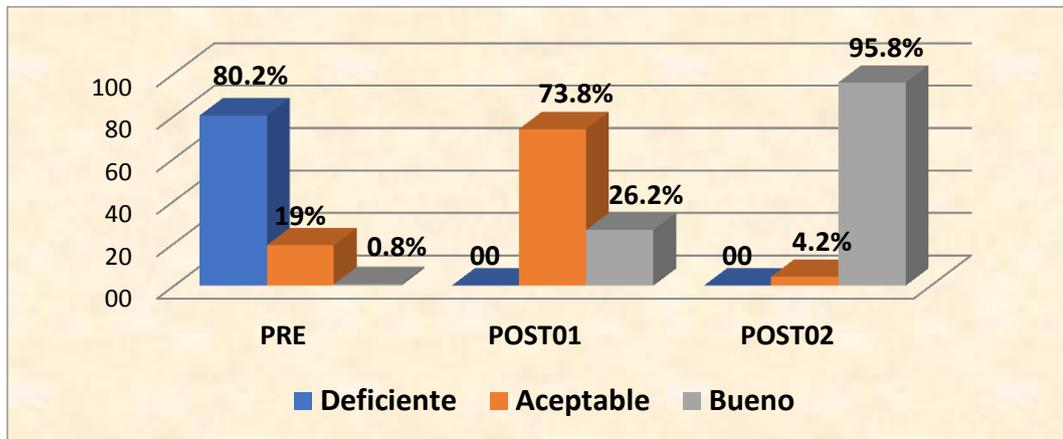
Interpretación: Según la tabla y el gráfico en la primera evaluación antes de la implementación del plan de mejora en el lenguaje enfermero el 90.5% de los registros en su dimensión de valoración, tienen una calidad deficiente. Luego de la implementación del plan de mejora los registros mejoraron a una calidad aceptable en un 99.2 %, en una segunda intervención del plan de mejora se encontró que el 97.5% de los registros tenían una calidad buena.

TABLA 5.5 CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN DIAGNOSTICO ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL CALLAO 2019

CALIDAD DE REGISTROS	PRE		POST01		POST02	
	N	%	N	%	N	%
Deficiente	101	80.2	0	0,0	0	0,0
Aceptable	24	19,0	90.0	73.8	5	4,2
Bueno	1	0,8	32	26.2	113	95,8

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 5.3 CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN DIAGNOSTICO ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL CALLAO 2019



Fuente: Elaboración Propia

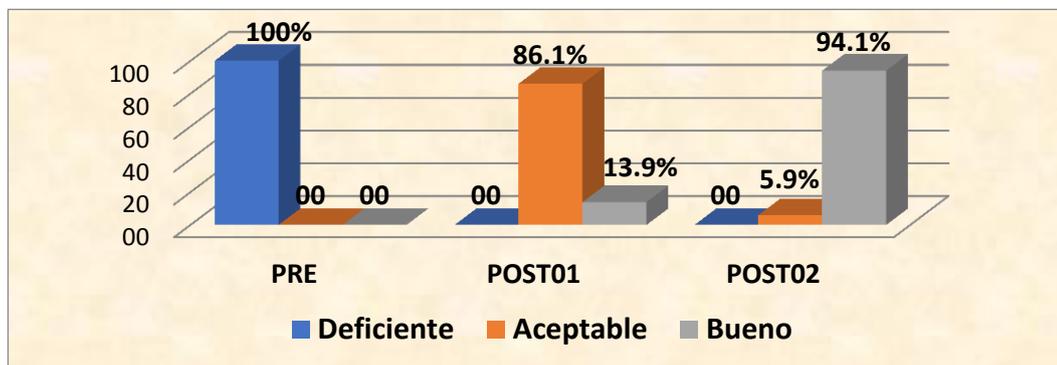
Interpretación: Según la tabla y el gráfico en la primera evaluación antes de la implementación del plan de mejora en el lenguaje enfermero, el 80,2% de los registros en su dimensión diagnóstica, tienen una calidad deficiente. Luego de la implementación del plan de mejora los registros mejoraron a una calidad aceptable en un 73.8 %, en una segunda intervención del plan de mejora se encontró que el 95.8% de los registros tenían una calidad buena.

TABLA 5.5.CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN RESULTADOS ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL CALLAO 2019

CALIDAD DE REGISTROS	PRE		POST01		POST02	
	N	%	N	%	N	%
Deficiente	126	100,0	0	0,0	0	0,0
Aceptable	0	0,0	105	86,1	7	5,9
Bueno	0	0,0	17	13,9	112	94,1

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 5.4 CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN RESULTADOS ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL CALLAO 2019



Fuente: Elaboración Propia

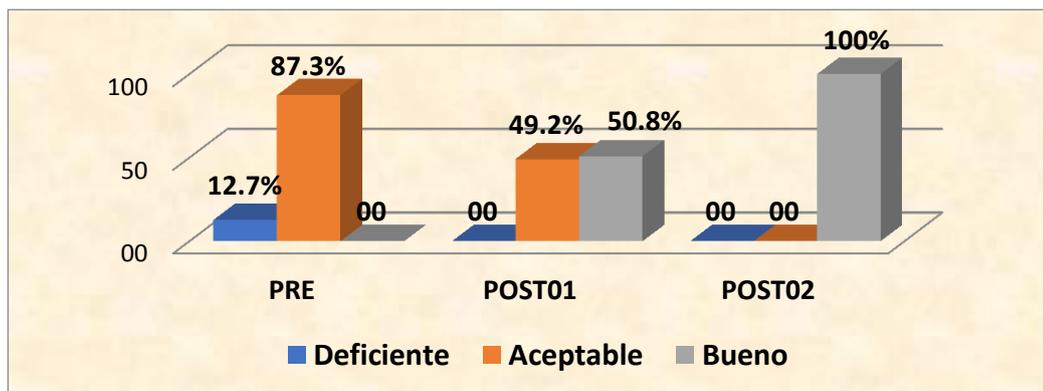
Interpretación: Según la tabla y el gráfico en la primera evaluación antes de la implementación del plan de mejora en el lenguaje enfermero, el 100% de los registros en su dimensión Resultados, tiene una calidad deficiente. Luego de la implementación del plan de mejora los registros mejoraron a una calidad aceptable en un 86.1 %, en una segunda intervención del plan de mejora se encontró que el 94.1% de los registros tenían una calidad buena.

TABLA 5.5. CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC) ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL CALLAO 2019

CALIDAD DE REGISTROS	PRE		POST01		POST02	
	N	%	N	%	N	%
Deficiente	16	12,7	0	0,0	0	0,0
Aceptable	110	87,3	60	49,2	0	0,0
Bueno	0	0,0	62	50,8	118	100,0

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 5.5 CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC) ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE EN EL CENTRO MEDICO NAVAL CALLAO 2019



Interpretación: Según la tabla y el gráfico en la primera evaluación antes de la implementación del plan de mejora en el lenguaje enfermero, el 87.3% de los registros en su dimensión Intervención de enfermería, tiene una calidad aceptable. Luego de la implementación del plan de mejora los registros mejoraron a una calidad buena en un 50.8 %, en una segunda intervención del plan de mejora se encontró que el 100% de los registros tenían una calidad buena.

5.2 Resultados Inferenciales

HIPOTESIS GENERAL

H0: La calidad de los registros de enfermería no mejoro con la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Ha: La calidad de los registros de enfermería mejoro con la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Nivel de significancia: 5% = 0.05

Estadístico de Prueba: Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes.

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Rangos		
Grupos	N	Rango promedio
Calidad de los registros antes de la implementación	126	63,50
Calidad de los registros después de la primera implementación	122	180.55
Calidad de los registros después de la segunda implementación	118	337,50
Total	366	

Estadísticos de prueba^{a,b}	
	Total
Chi-cuadrado	388,885
Gl	2
Sig. Asintótica	,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Grup

Conclusión: De acuerdo al resultado tenemos un p-valor = 0.000 < 0.05 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, existe diferencia significativa entre las tres medidas de la calidades de los

registros. Antes de la implementación del plan de mejora del lenguaje enfermero (Md=1) la calidad de los registros eran deficientes, posterior a la primera implementación del plan de mejora, los registros fueron regulares (Md=2) y en la segunda implementación fueron buenos (Md=3).

HIPÓTESIS ESPECIFICO 1

H0: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Valoración no mejoro después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019.

Ha: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Valoración mejoro después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Nivel de significancia: 5% = 0.05

Estadístico de Prueba: Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes. **Regla de decisión:** Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Rangos		
Grupos	N	Rango promedio
Calidad de los registros antes de la implementación	126	66,62
Calidad de los registros después de la primera implementación	122	187.61
Calidad de los registros después de la segunda implementación	118	339,14
Total	366	

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Valor
Chi-cuadrado	386,548
GI	2
Sig. Asintótica	0,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: factor

Conclusión: De acuerdo al resultado tenemos un $p\text{-valor} = 0.000 < 0.05$ por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Existe diferencia significativa entre las tres medidas respecto a las calidades de los registros, en la dimensión valoración, donde la calidad de los registros antes de la implementación (Md=1) fueron deficientes, posterior a la primera implementación del plan de mejora fueron regulares (Md=2) y en la segunda implementación fueron buenos (Md=3).

HIPÓTESIS ESPECIFICO 2

H0: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Diagnóstico, no mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Ha: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Diagnostico, mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019.

Nivel de significancia: 5% = 0.05

Estadístico de Prueba: Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes. **Regla de decisión:** Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Rangos		
Grupos	N	Rango promedio
Calidad de los registros antes de la implementación	126	74,55
Calidad de los registros después de la primera implementación	122	194.00
Calidad de los registros después de la segunda implementación	118	314,71
Total	366	

Estadísticos de prueba ^{a,b}	
	Valor
Chi-cuadrado	302,180
Gl	2
Sig. Asintótica	0,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

Conclusión: De b. Variable de agrupación: factor acuerdo al resultado tenemos un p-valor = 0.000 < 0.05 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, existe diferencia

significativa entre los tres medidas respecto a las calidades de los registros, en la dimensión diagnóstico, antes de la implementación del plan de mejora en el lenguaje enfermero (Md=1) los registros fueron deficientes, posterior a la primera implementación fueron regulares (Md=2) y en la segunda implementación fueron buenos (Md=3).

HIPÓTESIS ESPECIFICO 3

H0: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Resultado no mejoro después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Ha: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Resultado mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Nivel de significancia: 5% = 0.05

Estadístico de Prueba: Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes. **Regla de decisión:** Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Rangos		
Grupos	N	Rango promedio
Calidad de los registros antes de la implementación	126	63,50
Calidad de los registros después de la primera implementación	122	191.09
Calidad de los registros después de la segunda implementación	118	324,50
Total	366	

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Valor
Chi-cuadrado	357,036
Gl	2
Sig. asintótica	0,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: factor

Conclusión: De acuerdo al resultado tenemos un p-valor = 0.000 < 0.05 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Existe diferencia significativa entre los tres medidas respecto a las calidades de los registros en la dimensión resultados. Antes de la implementación del plan de mejora del lenguaje enfermero (Md=1) los registros fueron deficientes, posteriormente a la primera implementación los registros fueron regulares (Md=2) y posterior a la segunda implementación fueron buenos (Md=3)

HIPÓTESIS ESPECIFICO 4

H0: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Intervención, no mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019.

Ha: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Intervención, mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Nivel de significancia: 5% = 0.05

Estadístico de Prueba: Prueba de Kruskal-Wallis para muestras

independientes. **Regla de decisión:** Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Rangos		
Grupos	N	Rango promedio
Calidad de los registros antes de la implementación	126	96,67
Calidad de los registros después de la primera implementación	122	193.92
Calidad de los registros después de la segunda implementación	118	301,00
Total	366	

Estadísticos de prueba ^{a,b}	
	Valor
Chi-cuadrado	247,001
Gl	2
Sig. asintótica	0,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: factor

Conclusión: De acuerdo al resultado tenemos un p-valor = 0.000 < 0.05 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

existe diferencia significativa entre las tres medidas respecto a las calidades de los registros en la dimensión intervenciones de enfermería , antes de la implementación del plan de mejora en el lenguaje enfermero (Md=1) los registros fueron deficientes, posterior a la primera implementación los registros fueron regulares (Md=2) y en la segunda implementación fueron buenos (Md=3).

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de Hipótesis

HIPOTESIS GENERAL

H0: La calidad de los registros de enfermería no mejoró con la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Ha: La calidad de los registros de enfermería mejoró con la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Nivel de significancia: 5% = 0.05

Estadístico de Prueba: Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes. **Regla de decisión:** Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Rangos		
Grupos	N	Rango promedio
Calidad de los registros antes de la implementación	126	63,50
Calidad de los registros después de la primera implementación	122	180,55
Calidad de los registros después de la segunda implementación	118	337,50
Total	366	

Estadísticos de prueba^{a,b}	
	Total
Chi-cuadrado	388,885
Gl	2
Sig. Asintótica	,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Grup

Conclusión: De acuerdo al resultado tenemos un p-valor = 0.000 < 0.05 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna,

existe diferencia significativa entre las tres medidas de la calidad de los registros. Antes de la implementación del plan de mejora del lenguaje enfermero (Md=1) la calidad de los registros eran deficientes, posterior a la primera implementación del plan de mejora, los registros fueron regulares (Md=2) y en la segunda implementación fueron buenos (Md=3).

Se demuestra que la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero mejora la calidad de los registros de la enfermera. El plan de mejora estaba conformado por un programa de intervención motivacional y educativa basado en la sensibilización de las enfermeras para asumir el reto de mejorar los registros aplicando un juicio clínico al valorar, diagnosticar de tal manera que puedan implementar un plan de cuidado basado en el NOC (resultados esperados) y NIC (Intervenciones de Enfermería).

La preocupación de los cuidados de calidad no es algo reciente para enfermería, pues se encuentra arraigada al ejercicio profesional desde que se da inicio a la enfermería moderna establecida por Florence Nightingale hace más de 150 años.

Analizando el Juramento de Florence Nightingale se puede evidenciar claramente que los principios éticos basados en justicia, la no maleficencia, beneficencia y autonomía son fundamentales para ejercer la

profesión de enfermería, cuando suscribe que la enfermera debe llevar una vida pura, con valores, honesta, virtuosa y practicar la profesión con fidelidad, amor y devoción, en ese sentido responder a las necesidades del paciente. Así mismo Nightingale, expresa inhibirse de todo lo malo, perjudicial y maligno para el paciente hospitalizado asignado al personal de enfermería. (47)

En ese contexto la enfermera debe proteger al paciente brindando un cuidado seguro y oportuno e implementar siempre las herramientas necesarias para asegurar ese cuidado de calidad y sin complicaciones, disminuyendo los eventos adversos y las estancias hospitalarias prolongadas. En ese contexto filosófico, Nightingale, tiene un enfoque implícito de educación para la salud, aunque no está descrito en sus memorias, es evidente que para no dañar y hacer el bien a las personas enfermas, las enfermeras deben alimentarse de conocimiento nuevos y basados en evidencia para brindar cuidados de calidad; pero también es necesario empoderarse en su propia metodología, familiarizarse con el lenguaje enfermero y mejorar la información entre pares y otros profesionales de la salud. La revisión de los artículos, considerados en esta investigación ha permitido evidenciar como los registros de enfermería basados en la metodología enfermero concatenado al lenguaje enfermero puede mejorar la calidad de los cuidado que brinda la

enfermera permitiendo dar a conocer que cuidados se implementaron en un paciente y cuales fueron esos resultados y como valor agregado se puede decir que los registros de la enfermera permite la reutilización de la información, por otras enfermeras, se puede hacer investigaciones con los resultados alcanzados y por ultimo puede ser una herramienta fundamental en caso fuese necesario ante demandas legales

Los registros de Enfermería redactados en estilo libre, sin considerar el lenguaje enfermero, predispone a documentar errores, estudios realizado por Müller Staub, han demostrado que a veces se registran problemas de las enfermeras en lugar de problemas de salud de los pacientes y además problemas imprecisos, lo que origina a documentar intervenciones inespecíficas de enfermería. Los problemas del paciente en el estilo libre son insuficientemente descritos, en ese sentido pueden carecer de vínculos lógicos entre las evaluaciones e intervenciones de enfermería. Esto conduce a la incertidumbre en el significado de documentaciones, información deteriorada intercambio y discontinuidad de la atención. (67) Los Planes de Mejora basado en la metodología de Demming, es un proceso metodológico fundamental aplicable en cualquier campo de la actividad, con el propósito de asegurar la mejora de dichas actividades.

HIPÓTESIS ESPECIFICO 1

H0: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Valoración no mejoro después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019.

Ha: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Valoración mejoro después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Nivel de significancia: 5% = 0.05

Estadístico de Prueba: Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes.

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Rangos		
Grupos	N	Rango promedio
Calidad de los registros antes de la implementación	126	66,62
Calidad de los registros después de la primera implementación	122	187,61
Calidad de los registros después de la segunda implementación	118	339,14
Total	366	

Estadísticos de prueba ^{a,b}	
	Valor
Chi-cuadrado	386,548
GI	2
Sig. Asintótica	0,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: factor

Conclusión: De acuerdo al resultado tenemos un $p\text{-valor} = 0.000 < 0.05$ por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Existe diferencia significativa entre las tres medidas respecto a las calidades de los registros, en la dimensión valoración, donde la calidad de los registros antes de la implementación (Md=1) fueron deficientes, posterior a la primera implementación del plan de mejora fueron regulares (Md=2) y en la segunda implementación fueron buenos (Md=3).

La implementación de un plan de mejora tiene un impacto positivo en los registros de enfermería en su dimensión valoración, lo cual permitirá a la enfermera del servicio de cirugía valorar mejor a los pacientes quirúrgicos y a partir de ahí diagnosticar eficazmente para brindar un cuidado seguro.

Para Nightingale, según García, hay tres puntos fundamentales para que una enfermera debe tener en cuenta, para poder cuidar, la primera es saber, acerca de qué significa ser una persona enferma, el otro es, saber cómo comportarse con esa persona enferma y por último saber que su paciente es un ser humano enfermo y no un "objeto". Es sin duda que para conocer a esa persona debemos tener todo el conocimiento y las técnicas de valoración así como utilizar modelos y patrones de valoración que permita evaluar a la persona en todas sus dimensiones.

La enfermera utiliza la observación para valorar todo el entorno de la persona enferma, lo que permite implementar los cuidados que ayudara a

prevenir las complicaciones y a restaurar la salud de los mismos; es por eso que la observación de los fenómenos sociales, fue fundamental para Nightingale tanto a nivel individual y de sistema y fue el sustento para sus notas de enfermería, puesto que tanto la observación como la práctica, para Nightingale eran inseparables. refiriéndose al valor de la observación, manifestaba: "La lección práctica más relevante que puede entregarse a las enfermeras es enseñarles, qué observar? cómo observar, cuales son los síntomas que indican complicaciones o mejoras, cuales son importantes y cuáles no importantes, cuando un cuidado es negligente y qué tipo de negligencia" y añadía: "Pero si usted no puede lograr conseguir el hábito de la observación, de una forma u otra, sería mejor que dejara la enfermería, para la cual no ha sido llamada, por muy bondadosa y sensible que usted sea.

En ese sentido los registros de enfermería deben estar documentados desde la valoración del paciente, un registro útil que tiene la capacidad de comunicar a otras enfermera y a otros profesionales de la salud impactara en la calidad de cuidado que se brinda a la persona, además que permitirá conocer la evolución del estado de salud del paciente y para contrastar que tan sensible fue el paciente frente a la intervención de enfermería. La valoración es fundamental para conocer a esa persona enferma y se debe realizar en una forma holística, enfermería cuenta con

guías para realizarlas, una de ellas es la de 14 necesidades básicas de funcionales de Henderson y los 11 patrones funcionales de Gordon.

Así mismo es importante mencionar a Donavedian cuando a la fuente de información de una asistencia sanitaria se refiere, lamentablemente la historia clínica no contempla toda la información que se requiere para evaluar la calidad de la asistencia. Las historias clínicas tienen deficiencia en la información incompleta, tanto en la valoración, entrevista al paciente, omite con frecuencia la calidad técnica de la asistencia así como el proceso interpersonal que se da entre el paciente y el equipo de salud, además se encuentran errores en la codificación de los diagnósticos de los profesionales de la salud. Un historial adecuado y preciso, es una necesidad fundamental para una evaluación de la calidad completa y precisa. En ese sentido es necesario implementar algunas estrategias que permitan complementar las deficiencias de las historias clínicas como por ejemplo retomar nuevos exámenes (exámenes de laboratorio, radiografías) cuando estos no están claros e inclusive se pueden realizar una nueva entrevista al paciente y grabarlo en un video de la manera que se tiene la información completa de la persona entre otras estrategias. (42). Pero las más relevantes están relacionado a la educación continua, sensibilizar y fortalecer las competencias de los profesionales de la salud es vital, de esa manera se puede mejorar en las organizaciones a través

de la mejora de sus procesos y de la información relacionada a la prevención, recuperación y rehabilitación del estado de salud.

La implementación de un plan de mejora basado en el círculo de Deming es de enorme utilidad para lograr grandes cambios en el contexto de la calidad, para lo cual se requiere un esfuerzo, concienciar a los trabajadores acerca de su importancia y hacerles saber que su implementación tendrá consecuencias muy positivas para cualquier organización. En ese sentido los cambios mostrados en esta tesis doctoral evidencian el mejoramiento de la calidad de los registros en forma progresiva puesto que ahora tienen la capacidad de transmitir información

Estandarizada para los enfermeros y esta puede ser comprendido a nivel global, un solo lenguaje para documentar nuestros cuidados, un solo lenguaje para transmitir conocimiento y el desarrollo de nuestra disciplina.

HIPÓTESIS ESPECIFICO 2

H0: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Diagnóstico, no mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Ha: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Diagnostico, mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019.

Nivel de significancia: 5% = 0.05

Estadístico de Prueba: Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes.

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Rangos		
Grupos	N	Rango promedio
Calidad de los registros antes de la implementación	126	74,55
Calidad de los registros después de la primera implementación	122	194,00
Calidad de los registros después de la segunda implementación	118	314,71
Total	366	

Estadísticos de prueba^{a,b}	
	Valor
Chi-cuadrado	302,180
Gl	2
Sig. Asintótica	0,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: factor

Conclusión: De acuerdo al resultado tenemos un p-valor = 0.000 < 0.05 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, existe diferencia significativa entre los tres medidas respecto a las calidades de los registros, en la dimensión diagnóstico, antes de la implementación del plan de mejora en el lenguaje enfermero (Md=1) los registros fueron deficientes, posterior a la primera implementación

fueron regulares (Md=2) y en la segunda implementación fueron buenos (Md=3).

Se evidencia que las enfermeras del servicio de cirugía mejoraron la calidad de sus registros en la dimensión diagnóstico lo cual permitirá brindarle un cuidado más seguro al paciente. Los diagnósticos de enfermería permiten una clara definición de los datos y parámetros relacionados a los cuidados de los pacientes, convirtiéndose en descriptores apropiados que viabiliza el cuidado y permiten su desarrollo de forma eficaz. En este sentido muchos de los problemas que se observan en el ámbito de la práctica de cuidados de salud, son relacionadas a problemas de comunicación en nuestra profesión y pueden ser fácilmente superables con la implementación de taxonomías diagnósticas. (70)

Indudablemente el inicio de la enfermera moderna con Nightingale, marca el inicio de un cuerpo específico de conocimiento que causa una revolución a la enfermería y que crece cada vez que, mejora su conocimiento, su comportamiento y su actitud hacia la persona enferma del cual expresa Nightingale. El empoderarse en la disciplina enfermera mediante la praxis permite el desarrollo de la profesión.

El análisis a la filosofía de Nightingale da entender que la enfermería se debe a ese ser humano enfermo, a brindarle el mejor cuidado y las mejores condiciones para el restablecimiento de su salud, buscando siempre mejorar y mejorar.

En ese mismo contexto, Henderson, (modelo de Promoción de la Salud) Sostiene que todo registro de enfermería se convierte en el instrumento básico para el ejercicio de la profesión. Los registros de enfermería constituyen la principal fuente de información referente a la situación del paciente: dan una visión completa y global de éste, y permite dar continuidad a los cuidados, evitando duplicidad de los mismos.

En ese sentido se vio necesario implementar un plan de mejora basado en el lenguaje enfermero la misma que fue aplicada a un grupo de enfermeras del área de cirugía con la finalidad de mejorar la calidad de los registros; pero con un propósito fundamental que era mejorar la calidad de los cuidados El lenguaje enfermero hoy día se admite como una cuestión fundamental. Necesitamos tener un idioma común que permita a los enfermeros compartir la información a nivel global de todo lo que hacemos cuando brindamos el cuidado. No hay profesión si no tenemos un lenguaje común que nos permita visibilizar los cuidados a través de la investigación y la enfermería basada en evidencia. (57)

En ese mismo sentido Demming, expresaba que era necesario disminuir la variabilidad y la incertidumbre en los diseños de manufactura, pues estaba seguro, que en la variabilidad estaba la mala calidad de los productos o servicios. Luego de algunas investigaciones formula sus 14 principios de la calidad donde se remarca la no selección de algunos de ellos, sino la implementación de todos ellos en los diseños de los servicios o productos, así como el compromiso de los gerentes y líderes de la organización en todas las áreas.

Es sin duda necesario, para nuestra profesión incorporar el lenguaje enfermero en nuestro quehacer diario enfermera, debemos hablar un solo idioma para comunicarnos mejor y evitar la variabilidad y el estilo libre de la comunicación

HIPÓTESIS ESPECIFICO 3

H0: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Resultado no mejoro después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Ha: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Resultado mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Nivel de significancia: 5% = 0.05

Estadístico de Prueba: Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes.

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Rangos		
Grupos	N	Rango promedio
Calidad de los registros antes de la implementación	126	63,50
Calidad de los registros después de la primera implementación	122	191,09
Calidad de los registros después de la segunda implementación	118	324,50
Total	366	

Estadísticos de prueba^{a,b}	
	Valor
Chi-cuadrado	357,036
Gl	2
Sig. Asintótica	0,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: factor

Conclusión: De acuerdo al resultado tenemos un p-valor = 0.000 < 0.05 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Existe diferencia significativa entre los tres medidas respecto a las calidades de los registros en la dimensión resultados. Antes de la implementación del plan de mejora del lenguaje enfermero (Md=1) los registros fueron deficientes, posteriormente a la primera implementación los registros fueron regulares (Md=2) y posterior a la segunda implementación fueron buenos (Md=3)

Los resultados (NOC) permite valorar como está evolucionando el estado de salud del paciente en ese sentido la enfermera aprende a apreciar que el trabajo que realiza es fundamental para mejorar la salud de las personas, a su vez permite sentirse auto eficaz con relación a su trabajo lo cual la motivará aún más a buscar la mejora continua en su profesión.

En ese mismo enfoque, Pender (Modelo de Promoción de la Salud) sustenta que existen aspectos importantes que actúan en la modificación sobre la conducta de las personas, influyendo directamente en sus actitudes y motivaciones que los llevara a tomar medidas de acción que favorecerán la salud. El Modelo de Promoción de la salud basado en dos fuentes teóricas una de ellas de Alex Bandura (teoría de aprendizaje social) señala que los proceso cognitivos son importantes para generar un cambio de conducta en la persona y Feather, a su vez señala que la intencionalidad es fundamental para aumentar la probabilidad de lograr el objetivo. Ambas son importantes para adquirir el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo dirigido al logro de metas planeadas la cual al realizarse estará logrando percibirse auto eficaz.

En ese sentido se puede decir que para brindar un cuidado de calidad se debe tener en cuenta: la ética, los principios ontológicos, los valores y de tener siempre presente que los conocimientos y la motivación que nos

expresa Pender, son herramientas fundamentales para generar cambios en beneficio de la salud de las personas.

La enfermera debe tener la capacidad de identificar los problemas como expresa Nightingale evaluar el entorno del paciente, ponerlo en las mejores condiciones, disminuir los riesgos a los que pueda estar expuesto

En ese sentido documentar los registros de enfermería considerando el lenguaje enfermero, permitirá brindar un cuidado de calidad a los pacientes, la misma que será un beneficio para los enfermos por su pronta mejoría, para la institución por la disminución de los costes hospitalarios y de las propias enfermeras logrando la visualización de su imagen ante la sociedad.

HIPÓTESIS ESPECIFICO 4

H0: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Intervención de enfermería no mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019.

Ha: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Intervención de enfermería, mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019

Nivel de significancia: 5% = 0.05

Estadístico de Prueba: Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes.

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Rangos		
Grupos	N	Rango promedio
Calidad de los registros antes de la implementación	126	96,67
Calidad de los registros después de la primera implementación	122	193.92
Calidad de los registros después de la segunda implementación	118	301,00
Total	366	

Estadísticos de prueba^{a,b}	
	Valor
Chi-cuadrado	247,001
Gl	2
Sig. Asintótica	0,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: factor

Conclusión: De acuerdo al resultado tenemos un p-valor = 0.000 < 0.05 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna existe diferencia significativa entre las tres medidas respecto a las calidades de los registros en la dimensión intervenciones de enfermería , antes de la implementación del plan de mejora en el lenguaje enfermero

(Md=1) los registros fueron deficientes, posterior a la primera implementación los registros fueron regulares (Md=2) y en la segunda implementación fueron buenos (Md=3)

Gracias al plan de mejora en la implementación del lenguaje enfermera, las enfermeras del servicio de cirugía comprenden que las intervenciones de enfermería deben ser detalladas en los registros de enfermería, desde su inicio hasta el final y que estas deben guardar una relación con los diagnósticos y los resultados esperados.

En ese sentido los planes de mejorar pueden utilizarse en cualquier institución y con mucha más razón cuando estas son de salud, mejora los procesos y mejora los resultados.

Donabedian define la calidad de los servicios sanitarios como el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, y de la adecuada interacción entre el cliente externo e interno. La calidad de atención es un pilar esencial para la prestación de los servicios sanitarios y por ende el registro correcto en la historia clínica constituye un instrumento fundamental para brindar la asistencia y/o atención de salud de calidad, favorece la docencia y formación continua de los recursos humanos en salud; permite planificar, organizar, gestionar y evaluar la actividad asistencial de los diferentes servicios y unidades del establecimiento de

salud. De esta manera se le puede brindar al usuario una mejor atención debido a que la historia clínica constituye una garantía para el paciente, el equipo de salud y la institución asistencial, siendo un importante “medio de prueba”. A su vez contribuye al discernimiento de aspectos jurídico-legales relacionados con la atención de salud y aporta datos epidemiológicos.

Para Suarez, según Bessant expresa que la participación de los empleados puede contribuir al desarrollo de una organización si los empleados asumen de manera voluntaria a resolver los problemas que se presentan en el día a día y de la manera como lo enfrentan convirtiéndose en una filosofía de vida, (una fuerza ética interior que se encuentra en uno mismo) ya sea en el trabajo, los ámbitos personales y familiares. Por este motivo es visto como un principio o «espíritu individual» de Cooperación y Mejora, que impacta en forma positiva en la sociedad para contribuir a las metas institucionales.

La investigadora de la presente tesis doctoral, señala que como enfermera gestora estaba en su obligación (fuerza interior) de mejorar el trabajo que realiza la enfermería, era necesario implementar el lenguaje enfermero en unidades piloto donde trabajen enfermeras que estén de acuerdo con el cambio y que estén a favor de la implementación del

lenguaje enfermero. Posteriormente esta experiencia se pueda aplicar a otras áreas para el crecimiento de enfermería.

Las enfermeras actualmente están utilizando diferentes herramientas de calidad para dar solución a los diferentes problemas relacionado a la atención sanitaria, en diversa partes del mundo ya se evidencian la implementación de metodologías basados en la mejora continua, en ese sentido la presente tesis doctoral describe y muestra evidencia de cuan poderosa puede ser la implementación de estos programas de mejora para generar un cambio, en este caso, generar un cambio en los registros enfermeros. Como señala, Imai, mejorar todos los días en cualquier parte de la empresa, empezar y no parar, evaluar o medir indicadores frecuentemente para seguir mejorando.

6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares

Los resultados evidencian que la calidad de los registros de enfermería antes del plan de mejora en el lenguaje enfermero eran deficientes en un 99.2% después de implementación del plan de mejora la calidad de los registros logran un resultados de calidad aceptable en un 100%, después de la segunda medida los registros mejoran a una calidad buena en el 100%. Estudios realizados en el ámbito internacional muestran resultados semejantes a esta investigación. Vafaei, Manzari, Heydari, Froutan y Farahani. Realizaron una investigación para evaluar la mejora de los

documentos en enfermería mostrando en sus resultados una mejora de 41.75% a 72%.después de una intervención educativa. Así mismo López, Saavedra, Moreno y Flores en un estudio cuasi experimental donde implementaron estrategias de mejora enfocadas en el diseño de un nuevo formato de registro para favorecer la atención proporcionada. Los resultados evidenciaron un nivel de no cumplimiento en el (65.84%), de los posterior a la intervención y con el apoyo del nuevo formato, pasó al nivel de Excelencia (95.59%).

Según la Norma Técnica, implementada por el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2016 – Auditoria de la calidad de salud de la atención de salud (N.T. N° 029 – MINSA/DIGEPRES – V.02), señala la importancia que tienen los registros de enfermería en el sector salud, pues constituyen documentos de alto valor gerencial, legal y académico, y su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud,

Por otro lado el uso del lenguaje enfermero en la documentación de enfermería ha demostrado tener una relación significativa con la calidad de cuidados que brinda la enfermera, disminuyendo las complicaciones y los riesgos que puedan implicar el estar hospitalizado. Los registros de enfermería pueden ser una ayuda o medio de información que sirva para

conocer todo aquello que la enfermera realiza, cuidados basados en el conocimiento científico. Así mismo Nigtingale en sus notas de enfermería expresa la gran ayuda que puede ser esta documentación para que mujeres sin ser enfermeras puedan cuidar de sus familiares concluyendo que la información registrada en estos documentos es una herramienta poderosa para cuidar de otros seres humanos. (47)

En ese sentido la implementación de un plan de mejora en el lenguaje enfermero constituyo un entrenamiento del lenguaje enfermero para las enfermeras de la sala de cirugía, que participaron con buena predisposición en reaprender y recordar el uso de los diagnósticos enfermeros el NOC y el NIC.

Respecto a la dimensión Valoración se pueden observar en los resultados hallados que la mejora de la calidad de los registros en esa dimensión fue gradual desde un 90.5 % de registros de calidad deficiente a un 99.2 % de registros aceptables, después de la segunda medida se encontró que el 97.5 % de calidad de registros buenos. Así mismo en el ítem: (9), Situación social y condiciones de vida (personas con las que vive, situación económica, problemas sociales) fue uno de los ítems menos registrados en la valoración del paciente, antes de la implementación del plan de mejora, posterior al plan de mejora, el ítem (9), fue a veces evidenciado en un 50 % y después de la segunda medida fue

frecuentemente evidenciado en un 51,7 % . El ítem (4) Situación de hidratación e integridad de piel y mucosa, se encontró que el 78,6 % de los registros no estaba documentado, antes del plan de mejora, posterior al plan de mejora en la primera medida se observó que solo el 1,9 % nunca lo evidenció pasando a un 53,4 a veces evidenciado posterior a la segunda medida. Lo cual refleja el poco interés de las enfermeras que tenían por registrar la valoración de los pacientes respecto a esos ítems y que posteriormente al plan de mejora aumentaron la documentación en los registros respecto a estos ítems.

Al contrastar con otros trabajo de investigación, se encontró que Mateos (30), en su Tesis Doctoral respecto a la Metodología Enfermera y Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero evidencio en sus resultados que la valoración de las necesidades como, -Situación de hidratación e integridad de piel-, se evidencian como bien cumplimentadas en el 15,7%, de los registros. Encontrándose una diferencia con nuestro trabajo debido a que ningún reactivo fue suficientemente evidenciado en la primera fase del estudio.

Así mismo Hernández, Urbina y Cambero en su trabajo de investigación donde implementaron círculos de calidad para mejorar los registros enfermeros se reportó en la dimensión valoración, resultados por debajo del 60% de cumplimiento, luego de la formación se demostró un

incremento en el cumplimiento de los registros respecto a la valoración previa. Estudio que asemeja con la presente investigación debido al incremento de los registros de los reactivos de la valoración después de la implementación del plan de mejora.

La valoración consiste en un proceso organizado y sistematizado de recolección e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, de no tener bien clara esta información valiosa no podremos continuar con la siguiente etapa del proceso que es el diagnóstico. No es ético diagnosticar con insuficiente información la misma que podría ser utilizada para la aplicación de los cuidados en forma errónea

Respecto a la dimensión diagnóstico los resultados mostraron ser de una calidad de registro deficiente en un 80,2%, antes de la implementación del plan de mejora, posteriormente al plan de mejora, hubo un aumento de forma gradual, luego de la primera y segunda medida con un 73,8% de registro de calidad aceptable a un 95.8 % de registro de calidad mejor. Así mismo en el ítem 14 del instrumento Q DIO “Los diagnósticos enfermeros / están justificados con la valoración” el 96 % nunca fue evidenciado, antes de implementar el plan de mejora, posterior al plan en la primera medida se evidencio que el 43% fue frecuentemente evidenciado y posterior a la segunda medida el 47,4 % fue suficientemente evidenciado.

Al contrastar los resultados con otros estudios se evidencia en el estudio de Mateos, respecto al mismo ítem que el 52 % de los registros de enfermería nunca fueron evidenciados. Los diagnósticos de enfermería no fueron considerados en los registros enfermeros y solo el 10% fue suficientemente evidenciado. Estas diferencias resaltan la escasa evidencia de la utilización del lenguaje enfermero por las enfermeras del servicio de cirugía que a pesar de contar con especialidades en el cuidado de pacientes quirúrgico no registraban el diagnóstico enfermero en sus registros de enfermería.

Taghavi Larijani T., Saatchi B. (26) realizaron un estudio para evaluar el efecto de una capacitación de diagnósticos de enfermería (ND) NANDA - I, su diseño con dos grupos: control y experimental, antes de la intervención educativa se usaron solo 42 diagnósticos Nanda, después de la intervención educativa la frecuencia de uso del diagnóstico NANDA aumento a 202. Concluyendo que las intervenciones educativas deben ser planificadas con el propósito de mejorar la precisión de los diagnósticos de enfermería de no ser así; se podría errar en todo el resto del proceso, estudio que coincide con el presente trabajo.

Respecto a la dimensión Resultados, se puede evidenciar, que el 100% de todos los registros fueron deficiente antes de la implementación del

plan de mejora, posterior al plan el 86 % de los registros fueron de nivel aceptable de acuerdo a la dimensión resultados, para luego de la segunda medida alcanzara el 94 % de registros con una calidad mejor. Estudios realizados en el ámbito internacional mostraron resultados parecidos, Taghavi Larijani T., Saatchi B. (26) evidencio que antes de una intervención educativa, (0) registros consideraban la dimensión Resultado (NOC); luego de la intervención educativa logro aumentar a 88 registros. Por otro lado Akhu - Zaheya L., Al Maaitah R., Banyani S. (28) Realizaron un estudio con el objetivo de determinar la Calidad de la documentación de enfermería: registros de salud en papel versus registros de salud electrónicos encontrándose que en registros en papel, solo tres (1.4%) incluyeron la Resultados (NOC) en comparación con dos (0.9%) en los registros electrónicos. Concluyendo que urge más investigación sobre la calidad y efectividad de educación en enfermería respecto a los registros de enfermería.

En el ítem (17) dice: Se ha registrado (documentado) el resultado de enfermería. Se observó que antes del plan de mejora (0) % de registros nunca registraron el resultado de enfermería, después del plan de mejora en la segunda medida se observó que el 39 % de los registros fueron suficientemente evidenciado respecto a ese ítem, lo que demuestra, cuan influyente puede ser un plan de mejora en el lenguaje enfermero para

lograr esta mejora en los registros. Da Costa Linch, Antunes, Nogueira de Souza, Nauderer, Aparecida Paz, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el impacto de la intervención educativa en la calidad de los registros de enfermería. La evidencia mostro que el resultado (NOC) de la enfermería se documenta observable / mensurablemente de acuerdo con el NOC de 0.00 (0.00)-0.90 (0.30) después de la intervención, siendo esta significativa <0.001 . Concluyendo que la intervención educativa en el lenguaje enfermero mejoró la calidad de los registros. (29)

Ambos estudios demuestran que los planes de mejora conformada por programas educativos son herramientas poderosas para lograr la mejora de la calidad.

Los resultados (NOC) son importante para valorar la efectividad de las intervenciones que realiza enfermería de esa forma facilita la continuidad de los cuidados, la misma que también asegura la responsabilidad de la enfermera en todos los niveles del sistema de salud. Es importante que la enfermera formule los resultados esperados mediante una medición correcta, que le permita monitorizar los resultados del paciente y la delimitación del impacto que tiene la enfermería en los cuidados del paciente. (71)

Los resultados como concepto de un estado de salud, conducta o percepción son fundamentales para saber cuan sensible pueden llegar a ser estos resultados a las intervenciones de enfermería. Es un deber ético que las enfermeras aprendan a utilizar el lenguaje enfermero solo así podrán conocer cuan valioso son los cuidados que ella brinda. Al documentar los resultados (NOC) en los registros de enfermería estamos visibilizando nuestro aporte y estamos fortaleciendo nuestra disciplina.

6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes

Las enfermeras que participaron en el plan de mejora aceptaron participar del estudio de investigación cumpliendo el principio de autonomía sin coacción alguna, firmaron el consentimiento informado. Así mismo se respetó el principio de beneficencia porque se buscó el bien en las enfermeras del servicio de cirugía empoderándolas en el manejo del lenguaje enfermero en los registros de enfermería a través de un plan de mejora la misma que tendrá un impacto en la calidad de sus cuidados y por consiguiente en la salud de las personas. La Declaración de Helsinki declara expresamente: "todo proyecto de investigación en seres humanos debe ser precedido por un estudio cuidadoso con el mínimo de riesgo posible en comparación de los beneficios posibles para el individuo o para otros individuos. La preocupación por las personas debe ser primordial y prevalecer antes que otros intereses". Así mismo se cumple

con el principio de justicia no solo por el respeto que se tiene a las licenciadas que participaron del estudio sino también por sus pacientes quirúrgicos debido a que se brindara un cuidado más seguro disminuyendo los eventos adversos. El mejorar los registros de enfermería no involucra riesgos ni peligro para las enfermeras y tampoco para los pacientes en ese sentido el principio de la no maleficencia se respeta al no causar daño con esta investigación.

CONCLUSIONES

1. El estudio demostró que el entrenamiento constante en el lenguaje enfermero fue necesario para tener mejores resultados. aceptándose la hipótesis (Ha).y rechazando la hipótesis nula.
2. La valoración del paciente permite a la enfermera utilizar su juicio clínico para diagnosticar con precisión, mejorando la calidad de sus cuidados. La calidad de los registros de enfermería en la dimensión valoración antes de implementar el plan de mejora en el lenguaje enfermero fue de calidad deficiente posteriormente al plan los registros mejoran alcanzando un registro en su mayoría de mejor calidad.
3. La calidad de los registros enfermeros en la dimensión diagnostica mejoraron gradualmente posterior al plan de mejora. Los diagnósticos de enfermería permiten una clara definición de los datos y parámetros relacionado a los cuidados de los pacientes, convirtiéndose en descriptores apropiados que viabiliza el cuidado y permiten su desarrollo de forma eficaz.
4. La Calidad de registro de enfermería en su dimensión resultado (NOC)
Fue de calidad deficiente antes de implementar el plan de mejora posterior al plan, la calidad de los registros en la dimensión

resultados (NOC) mejoraron. Los resultados esperados son importante para valorar la efectividad de las intervenciones que realiza enfermería de esa forma facilita la continuidad de los cuidados,.

5. La calidad de los registros de enfermería en la dimensión Intervención de enfermería antes de implementar el plan de mejora en el lenguaje enfermero, en su mayoría eran registros de calidad aceptable en su mayoría, posteriormente al plan, los registros de enfermería alcanzan un nivel bueno en su mayoría.

RECOMENDACIONES

1. Trabajar por desarrollar aún más el rol independiente y registrar lo que hacemos, unificando la terminología enfermera para poder medir las aportaciones que la enfermería realiza a la salud de la población.
2. Promover en las enfermeras gestoras del Centro Medico Naval el uso correcto y la implementación del lenguaje enfermero que representa el juicio clínico de las enfermeras en la práctica.
3. Promover la Formación continua en el lenguaje enfermero en el personal profesional de enfermería del centro médico naval.
4. Al personal de enfermería de la sala de cirugía continuar con la implementación del lenguaje enfermero en sus registros de enfermería e implementar acciones de mejora.
5. Promover en los profesionales de enfermería a realizar investigación respecto al registro de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Área Género Sociedad y Políticas: Educar con/para la igualdad de género: aprendizajes y propuestas transformadoras. Ediciones Sinergias. Cuadernos del Área Género, Sociedad y Políticas – FLACSO Argentina, Serie de trabajos Monográficos [en línea]2013 [fecha de acceso 23 de agosto 2019]Vol. 2 disponible en: http://www.prigepp.org/media/documentos/sinergias/Vol2_sinergias_educacion.pdf.
2. Burbano C. Una mirada actual de la simbología en enfermería. Colombia Médica. [en línea] 2007[fecha de acceso 25 de octubre 2019]; 38 (4,supl. 2): 105-109. <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4s2/v38n4s2a12.pdf>
3. Sanabria U, Otero M, Urbina LO. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Revista Cubana Educación Médica Superior. Escuela Nacional de Salud Pública. [en línea]. 2002; [fecha de acceso 24 de abril 2019]. 16(4) Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=15052&id_seccion=570&id_ejemplar=1552&id_revista=61
4. Sanabria U, Otero M, Urbina LO. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Revista Cubana Educación Médica Superior. Escuela Nacional de Salud Pública. [en línea].2013, [fecha de acceso 13 de enero 2019].02; 16(4).

Disponible [en: <http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm>.:

5. Argote L., Burbano C. Santamaria., Vasquez M. El desarrollo disciplinar: razón de ser, sentipensar y hacer en enfermería. *Enf Neurol.* [en línea].2010 [fecha de acceso 23 de enero 2019]; Vol. 9 No. 1:13-16. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n2s1/v42n2s1a10.pdf>.
6. Minguez-Moreno I, Siles J. Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan.* [en línea]. 2014 [fecha de acceso 23 de febrero 2019]; 14(4):594-604. Disponible <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n4/v14n4a13.pdf>
7. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* . [en línea] 2010 noviembre . [fecha de acceso 25 de octubre 2018];376(9756):1923–1958. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112623>.
8. Mosadeghrad A. Factors influencing healthcare service quality. *Int J Health Policy Manag.* 2014 julio [en línea];3(2):77–89. Disponible en: http://www.ijhpm.com/article_2864.html
9. Global Health Workforce Alliance W. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: World Health Organization; 2013.

Global Health Workforce Alliance W. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: World Health Organization; [en línea] 2013. [fecha de acceso 23 de julio 2019]; Disponible en: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA_AUniversalTruthReport.pdf.

10. Torres M, Zárate R. Matus R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enferm. Univ* [en línea]. 2011 ene./mar. [Fecha de acceso 23 de julio 2019]. vol.8 no.1. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100003
11. Joint Commission Internacional. Estándares de [en línea]. *Acreditación para Hospitales Join Commission Internacional. Documetal* . 2014, [fecha de acceso 23 de octubre 2019]. Disponible en: Portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/intracas/3de28c0045f03969936bfbeba278a126/Manual+JCI+2014+en+español.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=3de28c0045f03969936bfbeba278a126.
12. Egglan ET, Heinemann DS. *Nursing documentation: charting, recording and reporting*. Philadelphia: Lippincott, 1994. <http://capitadiscovery.co.uk/brighton-ac/items/165874>

13. Mejía Delgado AN, Dubón Peniche MC, Carmona Mejía B, Ponce Gómez G. Nivel de apego de los registros clínicos de Enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM- 168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Rev CONAMED. 2011 [citado 21 dic 2017]; 16(1):4-10. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=70857&id_seccion=699&id_ejemplar=7079&id_revista=41
14. Alba LA. Errores de Enfermería en la atención hospitalaria. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2011 [citado 21 dic 2017]; 19(3):149-54. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim113g.pdf>
15. Patiraki E, Katsaragakis S, Dreliozzi A, Prezerakos P². Nursing Care Plans Based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The Investigation of the Effectiveness of an Educational Intervention in Greece. Int J Nurs Knowl. [Internet] 2017 abril [citado 03 de agosto 2019]; 28(2):88-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26472136>
16. Collins S., Cato K., Albers D., Scott K., Stetson P., Bakken S., et al. Relationship Between Nursing Documentation And Patients' Mortality. American Journal of Critical Care. [Internet]. 2013 July. [Citado el 29 de diciembre 2019]; 22 (4): 306-313 Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/244481947_Relationship_Between_Nursing_Documentation_and_Patients'_Mortality

17. Whitley G. G., Gulanick, M. Barriers to the use of nursing diagnosis language in clinical settings. *Nursing Diagnosis* [Internet] 1996 jan-mar [fecha de acceso 15 de setiembre 2019]; 7(1):25-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8695298>

18. Müller-Staub M¹, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. *Int. J Nurs Terminol Classif.* [Internet] 2007 Jan-Mar; [Fecha de acceso 14 de setiembre 2019]; 18(1):5-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17430533>.

19. Adubi I., Olaogun A., Adejumo P. Efecto del programa estandarizado de educación continua en lenguaje de enfermería sobre la documentación de atención de Enfermeras en el University college Hospita, Ibadan. *Enfermería abierta.* [internet] 2017 noviembre [Citado el 15 de octubre 2018]; 5 (1): 37–44. disponible: 10.1002/nop2.108 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5762716/>

20. Hernández Esparza LC, Urbina Aguilar A, Cambero González E. Implementación de círculos de calidad para la mejora del registro de Enfermería. *Metas Enferm.* [internet] feb 2018 [fecha de acceso 24 de octubre 2019];21(1):22-7. Disponible: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1326/827>.
21. Hernández, N; Nogueira, D; Medina, A; y Marqués, M. Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción, metodológica y práctica. *Sau Paulo. BR. Revista de Administração.* . [internet] 2012. [Fecha de acceso 23 de octubre 2019]; 48. Núm. 4, p. 739-756. Disponible en [http://www. Scielo.br/pdf/rausp/v48n4/09.pdf](http://www.Scielo.br/pdf/rausp/v48n4/09.pdf).
22. Tsuma A. Barragan N. Abreu M. Calidad de los registros de enfermería antes y después de la Acreditación Hospitalaria en un hospital universitario. *Latino Americano Enfermagen. (RLAE)* [internet] 2016 [fecha de acceso 24 de noviembre 2019] 24:e 2813. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02813.pdf.
23. Muller- Staub M., Needham I., Odenbreit M., Lavin MA. y Van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, intervention, and outcomes implementation study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* [internet] 2008 (1), 5-17.

24. López J, Moreno M, Saavedra C, Espinosa A, y Camacho A. La importancia del registro clínico de enfermería: un acercamiento cualitativo. Nure Inv. [internet] 2018 marzo. [fecha de acceso 10 diciembre 2019]; 15 (93) disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1326>
25. ISO 9001 calidad. Sistemas de Gestión de Calidad según ISO 9000. Documento normativo. Control de registro. [internet] [fecha de acceso 14 de diciembre 2019] disponible en: <http://iso9001calidad.com/control-de-registros-173.html>.
26. Taghavi Larijani T., Saatchi B. Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in Psychiatric Wards: A randomized controlled trial. Nurs Open. [Internet]. 2019 abr [Citado el 29 de diciembre 2019]; 6 (2): 612–619. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30918711>
27. Vafaei SM, Manzari ZS, Heydari A, Froutan R, Farahani LA. Improving Nursing Care Documentation in Emergency Department: A Participatory Action Research Study in Iran. Open Access Maced J Med Sci. [Internet]. 2018 Aug. [Citado el 29 de diciembre 2019]; 6(8):1527–1532. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6108814/>
28. Akhu-Zaheya L, Al-Maaitah R, Bany Hani S. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-

based health records. J Clin Nurs. [Internet]. 2018 febrero. [Citado el 29 de diciembre 2019]; 27(3-4): e578-e58. Disponible en: <https://www.researchgate.net/signup.SignUp.html>.

29. Da Costa Linch G., Antunes Lima A., Nogueira de Souza A., Nauderer T., Aparecida Paz A., Da Costa C. An educational intervention impact on the quality of nursing records. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2017. [Citado el 20 de noviembre 2019]; 25:e2938. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2938.pdf.

30. Mateos M. Metodología Enfermera y Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero en la Historia Clínica Digital [Tesis Doctoral]. Sevilla: Facultad de Enfermería, Sevilla. 2017.

31. Da Costa Linch G., Antunes Lima A., Nogueira de Souza A., Nauderer T., Aparecida Paz A., Da Costa C. Impacto de una intervención educativa en la calidad de las anotaciones de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [Citado el 20 de diciembre 2019]; 24:e 2813. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae

32. Moreno J. Calidad de los cuidados: Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia [Tesis Doctoral]. Región de Murcia: Facultad de enfermería, universidad de murcia. 2016.

33. Aasen A., Hatlen T. Implementation of Free Text Format Nursing Diagnoses at a University Hospital's Medical Department. Exploring Nurses' and Nursing Students' Experiences on Use and Usefulness. A Qualitative Study. *Nursing Research and Practice*. [Internet]. 2015 June [Citado el 20 de noviembre 2019]; Disponible: <https://www.researchgate.net/publication/2773517>
34. López J., Saavedra H., Moreno M., Flores S. Intervención educativa en el personal de enfermería para mejorar la calidad del registro clínico de una institución privada. *researchgate.net*. [Internet]. 2015 setiembre [Fecha de acceso 3 de diciembre 2019];
35. López J., Saavedra C., Moreno M., Flores S. Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de enfermería. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*. [Internet] 2015 set.-dic. [Fecha de acceso 03 de enero 2020]; Vol. 6, No. 1. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/318967258_Niveles_de_cumplimiento_de_calidad_del_registro_clinico_de_enfermeria.
36. Amad M. Tesis Doctoral titulado. Evaluación de las intervenciones de enfermería en los cuidados a mujeres con diagnóstico enfermero ansiedad. [Tesis Doctoral]. España: Facultad de Enfermería, España. Universidad de Murcia. 2014. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/321242265_Intervencion_Educativa_en_el_personal_de_enfermeria_para_mejorar_la_calidad_del_registro_clinico_de_una_institucion_privada.
37. Ahumada L. Carga laboral y la calidad de los registros de Enfermería en los Centros de Salud Villa los Reyes y Mi Perú.

[Tesis de Maestría]. Ventanilla. Facultad de enfermería, universidad Cesar Vallejo. 2017.

38. Carazas M. Herrera R. Factores personales del profesional de Enfermería y calidad de los registros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis de Maestría]. Callao. Universidad Nacional del Callao. 2016
39. Donabedian A. Reflexiones sobre la Calidad Asistencial. Rev. Calidad Asistencial. [Internet]. 2001. [Fecha de acceso 23 de diciembre 2019]; 16:S79. Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-2parte.pdf>.
40. Cabadas R. Calidad Asistencial ¿De qué estamos hablando? Cir. May. Amb. [Internet]. 2015. May. [Fecha de acceso 27 de diciembre 2019]; Vol 20, (2) disponible en: https://www.researchgate.net/publication/286869665_Calidad_asistencial_De_que_estamos_hablando/link/566ea1d708aea0892c529fa0/download
41. Donabedian A. Continuidad y Cambio en la búsqueda de la Calidad Conferencia Magistral. Quality Health Care [Internet]. 1993 [Fecha de acceso 14 de enero 2020] ;1(1):51-52. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10635302.pdf>
42. Calidad Asistencial. Suplemento Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. [Internet]. 2001. [Fecha de acceso 23 de diciembre 2019]; 01. Disponible: <https://publons.com/journal/53705/revista-de-calidad-asistencial-organo-de-la-sociedad>

43. Núñez E. Comprensión de la enfermería desde la perspectiva histórica de Florence Nightingale. Cienc. enferm. [Internet]. 2011 [citado 2020 Ene 16]; 16(1): 11-18. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100002&lng=es.
44. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 4ta. ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.
45. Palmer IS. Florence Nightingale: reformador, reaccionario, investigador. Enfermera Res. [Internet]. 1977 marzo-abril [Citado el 22 de diciembre 2019]; 26 (2): 84-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/320564>.
46. Amaro C. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2004 sep.-dic. [Fecha de acceso 23 de diciembre 2019]; 20 (3) disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009.
47. Lescaille M., Apao J., Reyes M., Alfonso Marisol. Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2013 [Fecha de acceso 23 de diciembre 2019] ;12(4):688-696. Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180429299021>
48. Nightingale F. Notes on Nursing. What it is and what it is not. New York: Dover Publications, Inc. 1969.

49. Proceso Enfermero desde el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. España; 2010
50. Thorndike L. Monografías.com. México, 2006. p 1-2
51. Jiménez Ana., Salinas B., Durán M., Sánchez T. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. Rev Enferm [Internet]. 2004 [Fecha de acceso 20 de enero 2019]; 12 (2): 61-63 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim042a.pdf>
52. Díaz. L. et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan. [Internet]. 2002 jan-dic. [Fecha de acceso 23 de diciembre]; vol.2(1) disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004
53. García P. Quispe A. Ráez L. Mejora continúa de los Procesos. Notas Científicas. [Internet]. 2003. [Fecha de acceso 23 de enero 2020]; Vol. (6) 1: pp. 89-94. Disponible en: file:///C:/Users/ARIADNA/Downloads/Mejora_continua_ciclo_de_de ming.pdf
54. García L. El Ciclo de Deming: La gestión y mejora de procesos. Equipo Alquitrán. 2016.
55. Reyna N. El Proceso de Enfermería: Instrumento Para el Cuidado. Umbral Científico. [Internet]. 2010 diciembre. [Fecha disponible 2 de

enero 2020]. N° 17 pp. 18-23. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

56. Ibañez A. Rojo E. Nuñez O. Nuñez E. Importancia De La Metodología Enfermera en La Mejora de la Calidad de los Cuidados en el Paciente con Traumatismo Craneo-Encefalico Grave. Revista Científica de Enfermería. [Internet]. 2013 nov. [Fecha de acceso 23 de enero 2020]; N° 7 Disponible en:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44965/1/RECIEN_07_05.pdf
57. Bellido J. Conjunción de lenguaje y conocimiento enfermero. Inquietudes. [Internet]. 2010 enero – febrero. [Fecha de acceso 23 de enero 2020]; n° 42. Disponible:
https://www.researchgate.net/publication/301803205_Conjuncion_d_e_lenguaje_y_conocimiento_enfermero/link/5728f24708ae2efb7ec00/download
58. Vitorelli K. et al. Sistemas estandarizados de lenguaje de la enfermería en sección de pósteres. Av. Enferm. [Internet] 2015 [Fecha de acceso 2 de enero 2020]; 2015;33(1). Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a17.pdf>
59. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud. [Internet]. Lima: [internet; 2016 [Fecha de acceso 18 de diciembre 2019]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3930.pdf>
60. Colegio de Enfermeros del Perú: Ley de Trabajo del Enfermero N°27669. Lima – Perú; 2002.

61. PERRY Potter. Enfermería clínica. España. S.A. MADRID 1999.
62. Colegio de Enfermeros del Perú: Código de Ética y Deontología. D.L.22315. Lima – Perú; 2008
63. Colegio de Enfermeros del Perú. Documento Normativo de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. Lima –Perú; 2015.
64. Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neo-natales [Internet]. España: Ajibarra, 2016 [acceso 24 mayo 2017]. Registros de enfermería [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: <http://ajibarra.org/capitulo-21-registros-de-enfermeria>.
65. Ramos Silva E, Nava Galán MG, San Juan Orta D. El valor que el profesional de enfermería le otorga a los registros y factores que intervienen en su llenado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Arch Neurocienc (Mex) 2011; 16(1): 44-51
66. Hullin LC. Registros de enfermería y características de un registro clínico de calidad. En: Caballero E, Becerra R, Hullin C. (Eds.) Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado. Chile: Mediterráneo Ltda; 2010: 367-375.

67. Müller-Staub, M. Entwicklung eines Instruments zur Messung pflegediagnostischer Qualität. PRINTERNET: Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege, 2003. 5, 21–33.
68. Álvarez J., Del Castillo F., Fernández D y Muñoz M. Manual de Valoración por patrones Funcionales. Dirección de Enfermería de Atención Primaria. Asturias; 2010.
69. Guirao G. Camaño R. Cuesta A. Diagnosticos de Enfermeria. Ediversitas. Universidad de Valencia.
70. Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. Heather Herdman. Elsevier: 2012-2014.
71. Moorhead S. Johnson. Maas M. Swanson E. Clasificación de Resultados Esperados de Enfermería. (NOC) Medición de Resultados en Salud. Outcomes Classification. Elsevier. 2013
72. Bulechek G. Butcher H. Dochterman J. Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Elsevier. 2013.
73. García P; Quispe A., Ráez G. Mejora continua de la calidad en los procesos Industrial Data, [Internet]. 2003 agosto. [Fecha de acceso 23 enero 2020]; vol. 6 (1)pp. 89-94 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/816/81606112.pdf>

74. Costos J. Puche J. Entender el ciclo PDCA de mejora continúa. Calidad. [Internet]. 2010. [Fecha de acceso 23 de enero 2020]; disponible en: https://www.aec.es/c/document_library/get_file%3Fp_l_id%3D64199%26folderId%3D195586%26name%3DDLFE-7137.pdf
75. Beullens, J., Struyf, E., Van Damme, B. Diagnostic ability in relation to clinical seminars and extended-matching questions examinations. Medical Education, 2006. 40(12), 1173-1179.
76. Chañes, M. Managing nursing process using and integrating NANDA-I, NOC and NIC taxonomies. In: W. Malagutti, & S.M.R.C. de Miranda. Nursing paths-from Florence to globalization. Sao Paulo: Phorte, 2010. pp. 179-192
77. Carrasco, S. Metodología de la Investigación científica. Lima: Editorial San Marcos; 2006.
78. Arias, F. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. Venezuela: (5a ed.) Episteme; 2006
79. Hedrick, T.E., Bickman, L. y Rog, D.J. Applied research design. A practical guide. Newbury Park: Sage; 2001
80. Campbell, D.T. y Stanley, J.C. Experimental and quasi-experimental designs for research. Chicago, IL: Rand McNally; 1996.

81. Edwards, A.L. Experimental design in psychology research. New York: (5^a ed.) Harper and Row; 1984.
82. X. Linch, G.F.C, Müller-Staub, M., Moraes, M.A., Azolin, K., Rabelo, E.R. (2012). Cross cultural adaptation of the Quality of Diagnoses, Interventions, and Outcomes (Q-DIO), instrument into Brazilian Portuguese. International Journal of Nursing Knowledge, 23(2), 1-8.

ANEXOS

ANEXO 01
Matriz de consistencia
TITULO: “CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA E IMPLEMENTACION DE UN PLAN DE
MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL, CALLAO - 2019”

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS	DEFINICION OPERACIONAL			METODO
			VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	
¿Cuál es la calidad de los registros de enfermería antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval callao 2019?	¿Determinar la calidad de los registros de enfermería antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval callao 2019? Objetivo específico 1	<p>Hipótesis general</p> <p>H0: La calidad de los registros de enfermería no mejora con la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019</p> <p>Ha: La calidad de los registros de enfermería mejora con la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao 2019</p>	<p>Calidad de los registros de enfermería</p> <p>Plan de Mejora del Lenguaje</p>	<p>Valoración</p> <p>Diagnostico</p> <p>Resultados NOC</p> <p>Intervención de Enfermería NIC</p> <p>Planificación</p>	<p>Patrones funcionales</p> <p>Diagnostico/Problema</p> <p>Factor etiológico</p> <p>Signos y síntomas</p> <p>Resultados Indicadores</p> <p>Intervenciones Actividades</p> <p>Grupo de Mejora Definir los Problemas</p>	<p>Tipo de investigación Aplicativa</p> <p>Diseño Cuasi Experimental de Pre post de corte Longitudinal</p> <p>Muestra: 366 registros de enfermería</p> <p>Instrumento Q-DIO Versión</p>

	<p>Identificar la calidad del registro de enfermería según la dimensión Valoración antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Médico Naval, Callao- 2019. Objetivo específico 2</p> <p>Identificar la calidad del registro de enfermería según la dimensión Diagnostico antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Médico Naval, Callao- 2019. Objetivo específico 3</p> <p>Identificar la calidad del registro de enfermería según la dimensión Planificación (NOC) antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Médico Naval, Callao – 2019.</p>	<p>H02: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Valoración, no mejoró con la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval.</p> <p>Hi2: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión valoración, mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval.</p> <p>H03: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión diagnóstico, no mejoro después de la implementación</p>	<p>Enfermero</p>	<p>Hacer</p> <p>Verificar</p> <p>Actuar</p>	<p>Análisis los problemas Población Objetiva Metodología Programas Recursos y medios Tiempo Infraestructura Responsables</p> <p>Ejecución del Plan de mejora Desarrollo motivación Programa Educativo</p> <p>Indicadores</p> <p>Programa educativo Indicadores</p>	<p>española modificado de 22 preguntas</p>
--	--	---	-------------------------	---	--	--

	<p>Objetivo específico 4</p> <p>Identificar la calidad del registro de enfermería según la dimensión Intervención de enfermería (NIC) antes y después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Médico Naval. Callao-2019.</p>	<p>de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval.</p> <p>Hi3: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión diagnostico mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval Callao.</p> <p>H04: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Resultados esperados, mejoro después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		<p>Centro Medico Naval.</p> <p>Hi4: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Resultados esperados, mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval.</p> <p>H05: La calidad de los registros de enfermería en su dimensión Intervención de Enfermería, no mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval.</p> <p>Hi5: La calidad de los registros de</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		enfermería en su dimensión Intervención de Enfermería mejoró después de la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval.				
--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 02

Cuestionario Q DIO modificado versión española

Evalúa la calidad de la documentación enfermera, el cuestionario Q DIO modificado en español es un instrumento de medida adaptado y validado al español a partir del Q DIO original (Muller-Staub 2008)

1	2	3	4	5
Nunca Evidenciado	Raramente evidenciado	A veces Evidenciado	Frecuentemente evidenciado	Suficientemente evidenciado

1: Nunca evidenciado 5: suficientemente evidenciado		1	2	3	4	5
VALORACIÓN						
1	Situación respiratoria del paciente (respiración, ritmo ,frc, uso musculatura accesoria, disnea, oxigenoterapia, traqueotomía)					
2	Patrón de alimentación*. (tipo de dieta, restricciones, nº tomas, ingesta líquidos, prótesis, dificultad en la ingesta)					
3	Situación de hidratación e integridad de piel y mucosa* (valoración de la herida si la hubiera)					
4	Patrón de eliminación urinaria* (frecuencia, características, aspecto de la orina, limitaciones para la eliminación, sondaje..)					
5	Patrón de eliminación fecal* (frecuencia, características, aspecto de las heces, limitaciones para la defecación, colostomía..)					
6	Grado de movilidad en su vida cotidiana / ejercicio físico habitual*. (capacidad para la deambulación y ABVD, capacidad cambiar posturas, uso dispositivos de ayuda, factores que interfieren la movilidad, ocio..)					
7	Patrón de sueño-vigilia. Calidad del descanso (hábito de descanso-sueño, costumbres o ayudas para conciliar el sueño. Percepción de la cantidad y calidad del descanso-sueño)					
8	Preocupaciones debidas a la hospitalización (nerviosismo, inquietud)					
9	Situación social y condiciones de vida (personas con las que vive, situación económica, problemas sociales)					
10	Afrontamiento de la situación / de la enfermedad (cambios recientes en su vida, manejo de la situación actual, sentimiento de tristeza, desanimo. Historias previas de adaptación a los cambios)					
11	Conductas que inciden sobre el proceso de salud (Hábitos de estilo de vida relacionados con la salud, tabaco, bebida, vacunaciones...					

	Cumplimiento de condiciones necesarias para su salud, alergias, orientación, SEGURIDAD.					
12	Información sobre las personas que cuidan. Otros contactos* . (identificación, relación con el cuidador, sentimientos y expectativas del cuidador)					
13	Características y aspectos del dolor (valoración detallada del dolor, escala visual analógica)					
DIAGNÓSTICOS						
14	Los diagnósticos enfermeros / están justificados con la valoración					
15	Los factores etiológicos de los diagnósticos enfermeros se justifican con los datos de la valoración.					
16	Se registran los signos /síntomas que evidencien los problemas del paciente.					

RESULTADOS						
17	Se ha registrado (documentado) el resultado de enfermería					
18	El resultado de enfermería está registrado de forma observable / medible					
19	Se selecciona indicadores de medida factible					
INTERVENCIONES						
20	Las intervenciones están dirigidas para alcanzar los resultados esperados					
21	Se planifican actividades de las intervenciones seleccionadas					
22	Se recoge cómo se llevarán a la práctica las actividades: lo que se ha hecho, cómo, con qué frecuencia y quién.					

ANEXO 03 DATOS PRE INTERVENCION

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2
2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2
3	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2
5	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2
6	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	1	1	1	1	2	3
7	1	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	3
8	3	2	2	2		1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	3
9	3	2	3	1	2	2	2	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3
10	1	1	2			1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2
11	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	3	2
12	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2
13	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	3	1	1	3	1	1	1	2	3
14	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	3	1	1	3	1	1	1	1	2	3
15	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	3	1	1	1	1	1	2
16	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	1	3
17	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2
19	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3
20	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	2	2	2
21	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2
22	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1	1	2	2
23	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1
24	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1
25	1	1	2	3	2	2	2	2	1	2	1	2	3	1	1	2	1	1	1	2	2	2

26	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	3							
27	2	2	3	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	2						
28	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3							
29	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1						
30	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3						
31	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	1	2	2		
32	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	3		
33	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	1		
34	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2		
35	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	3	2	2	
36	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	
37	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	3	2	
38	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	
39	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	
40	3	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2	
41	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	2	2	2	2	
42	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2	
43	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	2	3	2	2	
44	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	2	
45	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	2	2	2	2	
46	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2	
47	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	
48	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	
49	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2	3	2	
50	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2

51	2	1	1	1	1	1	1	11	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2
52	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1	2	2
53	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2
54	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2
55	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	2	2	2
56	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	2	2	2
57	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2
58	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2
59	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3	1	1	22	1	1	1	2	2	2
60	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2
61	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2
62	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2
63	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2
64	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	3
65	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	2	2	3
66	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2
67	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	2	2	2
68	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	3	1	1	3	1	1	1	2	2	2
69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	3
70	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2
71	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2
72	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2
73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	2	2	2
74	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1	2	2	3
75	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	4	1	1	1	2	2	3
76	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2	2	3
77	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2
78	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2
79	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2	2	3
80	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	3
81	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2
82	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2
83	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2
84	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	4	1	1	1	2	2	2
85	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	4	1	1	1	2	2	2
86	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2

87	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	4	1	1	1	2	2	2	
88	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	
89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	
90	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	
91	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	3	3
92	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	
93	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	2	2	2	2	
94	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	4	1	1	1	2	2	2	
95	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	
96	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	
97	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	2	3	3	
98	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	
99	2	1	3	2	2	2	2	1	1	1	2	1	3	1	1	3	1	1	1	2	3	2	2	
100	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2	
101	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	
102	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	3	2	
103	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2	
104	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2	
105	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2	
106	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	2	2	2	2	
107	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	2	3	3	3	
108	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	
109	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	
110	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	3	3	
111	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2
112	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2
113	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	3	2
114	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2
115	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2
116	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2
117	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	3	3
118	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	4	1	1	1	2	2	3	3
119	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2
120	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	4	1	1	1	2	2	3	3
121	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1	2	2	3	3
122	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	4	1	1	1	2	2	2	2
123	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2
124	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2
125	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2
126	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	3	3

61	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3	4	3	2	3	3	3	4	3
62	2	2	3	3	1	2	4	3	2	1	3	5	5	3	3	4	3	4	4	5	3	4
63	4	2	4	4	4	3	2	2	2	2	4	4	4	4	2	4	3	3	3	3	4	4
64	3	2	2	3	3	4	3	2	2	3	3	4	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3
65	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	5
66	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	5	4	3	3	2	3	2	4	4	3
67	3	4	2	2	2	3	4	2	2	3	2	4	4	4	2	3	3	3	3	4	3	3
68	2	3	2	1	3	3	4	3	2	1	3	3	4	2	3	3	3	2	3	4	4	3
69	3	2	1	3	1	2	3	2	1	2	2	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	4
70	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	4	2	2	3	2	2	2	3	4	3
71	3	2	3	3	3	3	4	2	1	2	2	2	5	3	3	5	3	2	2	3	3	3
72	2	3	2	3	3	4	3	3	2	1	3	4	3	3	3	2	3	3	3	4	5	
73	3	4	4	4	2	4	3	3	2	2	3	3	4	3	4	3	4	3	4	5	5	
74	4	3	3	3	3	3	4	4	3	2	3	3	5	4	3	5	4	4	4	5	4	5
75	3	4	4	2	2	3	2	3	2	2	3	4	3	3	3	4	3	3	4	5	3	3
76	4	3	3	3	3	3	3	2	3	2	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	2	4
77	3	2	3	3	1	2	3	3	3	2	3	4	4	3	2	3	2	3	3	2	3	3
78	5	2	2	3	3	2	3	2	2	2	4	3	4	3	2	3	2	2	3	3	3	4
79	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	5	4	3	3	2	2	3	2	4
80	3	3	3	2	3	5	2	3	1	2	2	2	5	3	3	3	3	2	3	2	3	4
81	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	5	5	4	4	3	2	3	3	2	3
82	2	4	3	4	2	5	3	2	2	2	3	2	4	3	3	3	3	4	5	3	3	
83	2	3	2	4	4	5	5	4	1	2	3	3	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4
84	3	4	4	4	3	3	5	3	2	2	3	2	4	4	3	4	4	3	5	3	4	4
85	4	4	3	2	3	3	2	3	4	2	2	3	3	3	3	4	4	3	3	3	5	3
86	4	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	3
87	2	3	3	1	3	2	3	3	2	2	2	4	5	2	2	3	3	4	4	3	3	4
88	3	3	3	1	3	3	4	2	4	2	4	4	5	2	3	3	2	3	3	3	2	3
89	3	2	2	3	3	3	3	4	2	2	3	2	4	3	3	4	3	3	2	2	4	4
90	2	3	2	3	1	2	5	3	3	2	4	2	5	3	2	3	2	2	3	4	4	3

91	3	3	3	3	3	2	5	3	2	2	3	3	4	4	2	4	3	2	3	3	3	5
92	3	3	3	2	3	4	4	4	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	5
93	3	2	4	2	2	3	2	4	2	2	3	3	4	3	3	3	2	2	4	5	4	3
94	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	5	4	2	4	2	3	4	4	4	3
95	3	2	2	3	3	3	4	3	2	2	2	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4
96	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	5	3
97	3	4	4	4	2	3	4	3	2	2	3	4	4	4	2	4	4	4	4	5	3	4
98	3	3	3	3	2	3	4	3	1	2	3	2	5	4	3	4	3	2	3	3	4	3
99	3	3	4	3	3	2	5	3	2	2	3	2	4	3	4	3	3	2	3	4	3	4
100	2	4	2	4	2	2	5	3	3	2	3	4	4	3	2	3	3	3	2	3	5	3
101	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	5	2	3	3	3	3	3	2	3	5
102	3	3	2	1	3	3	4	3	3	2	3	4	4	2	2	3	3	2	2	2	4	3
103	3	3	2	1	3	4	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4
104	4	2	4	4	2	4	3	2	3	2	3	3	4	3	3	4	2	3	3	3	3	3
105	3	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	5	2	4	4	3	2	4	3	3	5
106	3	4	4	4	3	3	2	3	4	2	3	3	4	3	3	3	2	2	3	4	4	4
107	3	3	2	2	3	3	3	3	4	2	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3	4	3
108	4	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	5	4
109	3	4	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4	3	3	3	4	2	2	3	3	3
110	3	2	2	2	3	2	4	3	3	2	4	4	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3
111	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	4	4	4	4	3	2	2	3	3	3
112	2	2	4	4	2	2	4	2	3	2	2	3	5	4	3	3	3	4	4	4	5	4
113	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	4	4	5	4	3	4	4	3	3	4	4
114	4	4	3	3	2	4	3	4	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3
115	4	3	4	4	4	3	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	4	3
116	3	3	3	4	3	3	4	3	2	2	4	5	4	2	2	2	2	3	2	3	3	3
117	2	3	3	3	1	3	3	4	3	2	2	2	4	3	3	3	3	2	3	3	4	4
118	2	2	2	1	3	3	3	3	2	2	3	2	5	5	2	4	2	3	2	3	3	4
119	3	2	2	1	2	2	3	2	1	2	3	4	4	3	3	3	4	2	3	3	3	3
120	2	2	2	1	3	2	3	2	3	2	2	4	4	4	2	4	4	3	4	4	4	2
121	3	4	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	4	4	4	5	5
122	2	3	3	3	2	3	2	1	3	4	2	4	5	5	3	4	3	2	3	3	4	5

61	3	3	4	4	4	4	5	4	4	2	4	3	3	4	5	5	4	5	5	4	4	4
62	4	5	5	4	3	4	4	2	3	4	3	4	4	5	3	4	4	5	5	5	5	5
63	4	4	4	5	4	5	3	4	5	2	3	3	5	4	3	5	4	4	4	5	4	4
64	5	5	4	4	5	5	4	3	3	4	4	4	3	5	4	5	5	4	4	4	4	5
65	5	4	5	4	5	4	5	4	5	3	4	4	3	4	4	4	4	3	5	5	5	5
66	5	4	4	5	4	4	5	3	3	3	3	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4
67	4	5	5	5	5	4	4	3	4	2	2	3	5	4	4	4	4	5	3	4	4	4
68	4	4	5	4	4	4	4	4	3	3	3	5	3	5	4	3	4	4	4	5	4	5
69	5	4	4	4	5	4	5	2	4	4	3	3	4	4	5	4	4	4	4	5	4	5
70	5	4	5	4	4	4	4	2	3	4	4	3	3	4	4	4	4	5	3	5	5	5
71	4	5	5	4	3	5	5	4	4	3	3	3	4	4	5	5	4	4	4	5	4	5
72	4	5	3	5	4	5	3	2	4	3	3	3	4	4	3	5	4	4	3	5	4	4
73	4	4	4	5	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	4	5	5	4	5	5	5
74	5	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	5	5	4	4
75	4	4	3	5	4	3	3	3	2	3	2	3	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4
76	3	3	4	4	5	3	4	4	2	3	2	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	4
77	4	4	4	5	5	4	5	4	3	4	3	3	4	5	3	4	5	5	4	4	5	5
78	4	4	3	4	5	5	3	3	3	3	3	2	5	4	5	5	4	3	4	4	5	5
79	4	3	4	3	3	5	4	4	4	3	4	3	4	3	5	4	3	5	3	5	5	5
80	4	4	4	3	4	4	5	3	3	4	4	3	5	4	4	5	4	4	5	5	5	5
81	4	4	5	4	4	3	4	4	4	4	3	2	4	5	4	4	4	3	4	5	5	3
82	3	5	5	5	5	4	5	5	4	5	2	3	4	5	4	5	4	5	4	5	5	4
83	5	4	5	4	4	5	4	3	5	4	3	3	5	4	5	4	5	4	5	4	3	4
84	4	5	4	5	3	5	5	3	4	3	3	4	4	4	5	4	4	5	5	4	5	4
85	4	4	4	5	4	4	4	2	3	3	4	3	4	5	5	5	5	4	4	4	4	3
86	4	4	4	5	3	4	4	4	4	3	4	3	4	5	5	5	5	4	4	5	4	4
87	4	5	5	4	4	5	4	2	3	4	5	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5
88	4	4	4	4	4	5	5	4	4	3	3	3	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4
89	4	5	5	4	5	5	4	2	3	2	3	4	4	4	4	5	3	4	4	5	5	5
90	4	4	4	3	5	4	5	2	4	3	4	3	5	4	4	5	4	3	3	5	5	4

91	4	3	5	4	5	3	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5
92	4	4	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3	5	5	3	5	5	5	3	5	5	4
93	4	4	4	4	4	4	5	4	4	2	3	2	4	5	4	5	4	4	4	5	4	5
94	4	5	5	4	4	4	3	3	3	4	4	2	4	4	3	3	4	4	3	4	5	5
95	4	5	4	4	3	5	3	3	4	4	3	5	5	4	4	3	5	5	5	5	5	5
96	4	4	5	4	3	4	4	5	3	3	3	3	5	3	5	4	5	5	5	5	5	5
97	5	4	3	4	4	3	3	4	5	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4
98	4	3	4	4	4	4	3	2	3	2	2	4	4	3	5	4	5	4	4	4	5	5
99	4	4	3	5	5	4	4	4	3	3	3	3	4	5	4	5	4	4	5	4	5	5
100	5	4	5	5	4	3	4	3	4	5	3	5	4	5	5	4	4	3	3	5	5	4
101	5	3	4	4	5	5	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	4	5	3	5	4	3
102	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5
103	4	5	5	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	5	3	4	5	3	4	4	4
104	4	4	4	5	4	4	4	4	4	2	3	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	4
105	4	4	5	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	5	5	5	4	5
106	4	4	4	5	5	4	4	4	3	3	4	3	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5
107	3	4	4	5	4	5	5	2	2	5	3	4	4	5	3	4	4	4	3	5	5	4
108	4	5	4	4	4	4	4	4	2	3	3	3	4	4	5	4	4	4	4	5	5	4
109	4	3	3	3	3	4	4	2	3	2	3	5	4	3	4	3	3	4	3	4	4	5
110	4	4	3	3	4	3	3	2	4	3	4	3	4	4	5	4	4	2	4	5	4	4
111	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4
112	4	5	4	4	3	4	4	3	3	2	2	3	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4
113	4	4	5	4	4	4	5	3	2	4	3	2	4	5	5	5	5	4	3	5	5	4
114	5	4	4	4	4	5	4	4	3	4	3	2	4	5	4	5	4	5	4	5	5	4
115	4	4	5	5	5	4	5	3	2	3	3	3	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4
116	5	5	4	5	4	5	5	4	3	4	4	3	4	5	4	5	4	4	5	5	5	4
117	4	4	4	4	5	4	4	4	3	3	5	4	4	5	3	4	4	4	5	5	4	4
118	4	5	5	5	5	3	5	4	2	5	3	5	4	4	3	4	5	5	4	5	5	4

ANEXO 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, Licenciada en enfermería del servicio de cirugía acepto participar en la realización del trabajo de investigación titulado: Calidad de los Registros de Enfermería e Implementación de un Plan de Mejora en el Lenguaje Enfermero en el Centro Medico Naval. Estudio que se llevará a cabo en el servicio de cirugía.

El estudio consiste en evaluar las notas de enfermería que las licencias del servicio de cirugía realizan, por un periodo de tres meses , posteriormente, las enfermeras recibirán un programa de intervención que consistirá en varias estrategias educativas teóricas y práctica, por un periodo de dos meses, se les informara a tiempo la programación y algún cambio si hubiese respecto a las fechas.

Agradecemos su participación

DNI:

ANEXO 06

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ALFA DE CRONBACH

Para determinar la confiabilidad de los instrumentos de la prueba piloto, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach; cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{(K-1)} * \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2}\right)$$

Dónde:

K: Número de ítems

S_i^2 : Varianza muestral de cada ítem.

S_t^2 : Varianza del total de puntaje de los ítems.

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere que el coeficiente “ α ” Cronbach sea mayor o igual que 0.80 y menor que 1: por lo tanto, se dice que el ítem es válido y el instrumento es confiable.

REEMPLAZANDO VALORES

$$= (28/27) (0.7956)$$

$$= (1.0370) (0.7956) = 0.8251$$

Alfa de Cronbach	N° de ítems
0.83	28

ANEXO 07

CATEGORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA SEGÚN SUS DIMENSIONES

Dimensión	Intervalo	Categoría
VALORACIÓN	13 – 21	Deficiente
	22 – 43	Aceptable
	44 – 65	Bueno
DIAGNOSTICO	03 – 05	Deficiente
	06 – 10	Aceptable
	11 – 15	Bueno
RESULTADOS	03 – 05	Deficiente
	06 – 10	Aceptable
	11 – 15	Bueno
INTERVENCIONES	03 – 05	Deficiente
	06 – 10	Aceptable
	11 – 15	Bueno
PROCESO	22 – 38	Deficiente
	38 – 47	Aceptable
	48 – 110	Bueno

ANEXO 5.1

CATEGORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA SEGÚN SUS DIMENSIONES

Dimensión	Intervalo	Categoría
VALORACIÓN	13 – 21	Deficiente
	22 – 43	Aceptable
	44 – 65	Bueno
DIAGNOSTICO	03 – 05	Deficiente
	06 – 10	Aceptable
	11 – 15	Bueno
RESULTADOS	03 – 05	Deficiente
	06 – 10	Aceptable
	11 – 15	Bueno
INTERVENCIONES	03 – 05	Deficiente
	06 – 10	Aceptable
	11 – 15	Bueno
PROCESO	22 – 38	Deficiente
	38 – 47	Aceptable
	48 – 110	Bueno

Tabla 5.2

Frecuencia y porcentaje de las variables socioeconómicas de las enfermeras que participaron en la implementación de un plan de mejora del lenguaje enfermero en el Centro Medico Naval.

Variables	Categorías	N	%
Edad	30 a 35 años	1	10
	36 a 40 años	4	40
	41 a 45 años	3	30
	más de 45 años	2	20
Condición Laboral	Nombrada	5	50
	Contratada	2	20
	CAS	1	10
	Recursos Propios	2	20
Años de servicio	0 a 5 años	2	20
	6 a 10 años	5	50
	11 a 15 años	3	30
Tienen especialidad	si	10	100
	No	0	0
Conocimiento del lenguaje enfermero	si	03	30
	No	07	70

Del 100% de participantes el 40% tienen entre 36 a 40 años, el 50% son nombradas, el 50% tienen entre 6 a 10 años de servicio, el 100% tienen especialidad y el 30% tienen conocimiento del lenguaje enfermero.

TABLA 5.6

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN VALORACIÓN ANTES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL

Nro.	VALORACIÓN	Nunca evidenciado		Raramente evidenciado		A veces evidenciado		Frecuentemente evidenciado		Suficientemente evidenciado		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Situación respiratoria del paciente (respiración, ritmo, frc, uso musculatura accesoria, disnea, oxigenoterapia, traqueotomía)	33	26,2	85	67,5	8	6,3	0	0,0	0	0,0	126	100
2	Patrón de alimentación. (tipo de dieta, restricciones, nº tomas, ingesta líquidos, prótesis, dificultad en la ingesta)	101	80,2	24	19,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	126	100
3	Situación de hidratación e integridad de piel y mucosa (valoración de la herida si la hubiera)	99	78,6	23	18,3	4	3,2	0	0,0	0	0,0	126	100
4	Patrón de eliminación urinaria. (Frecuencia, características, aspecto de la orina, limitaciones para la eliminación, sondaje.)	103	81,7	22	17,5	1	0,8	0	0,0	0	0,0	126	100
5	Patrón de eliminación fecal (frecuencia, características, aspecto de las heces, limitaciones para la defecación, colostomía.)	96	76,2	30	23,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	126	100
6	Grado de movilidad en su vida cotidiana / ejercicio físico habitual. (capacidad para la deambulación y ABVD, capacidad cambiar posturas, uso dispositivos de ayuda, factores que interfieren la movilidad, ocio)	103	81,7	23	18,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	126	100
7	Patrón de sueño-vigilia. Calidad del descanso (hábito de descanso- sueño, costumbres o ayudas para conciliar el sueño. Percepción de la cantidad y calidad del descanso-sueño)	106	84,1	20	15,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	126	100
8	Preocupaciones debidas a la hospitalización (nerviosismo, inquietud)	105	83,3	21	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	126	100
9	Situación social y condiciones de vida (personas con las que vive, situación económica, problemas sociales)	118	93,7	8	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	126	100

Nro.	VALORACIÓN	Nunca evidenciado		Raramente evidenciado		A veces evidenciado		Frecuentemente evidenciado		Suficientemente evidenciado		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10	Afrontamiento de la situación / de la enfermedad (cambios recientes en su vida, manejo de la situación actual, sentimiento de tristeza, desánimo. Historias previas de adaptación a los cambios)	107	84,9	19	15,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	126	100,0
11	Conductas que inciden sobre el proceso de salud (Hábitos de estilo de vida relacionados con la salud, tabaco, bebida, vacunaciones... Cumplimiento de condiciones necesarias para su salud, alergias, orientación, SEGURIDAD.	84	66,7	42	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	126	100,0
12	Información sobre las personas que cuidan. Otros contactos. (identificación, relación con el cuidador, sentimientos y expectativas del cuidador)	103	81,7	23	18,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	126	100,0
13	Características y aspectos del dolor (valoración detallada del dolor, escala visual analógica)	31	24,6	81	64,3	14	11,1	0	0,0	0	0,0	126	100,0

TABLA 5.7

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN VALORACIÓN DESPUÉS DE LA PRIMERA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.

Nro.	VALORACIÓN	Nunca evidenciado		Raramente evidenciado		A veces evidenciado		Frecuentemente evidenciado		Suficientemente evidenciado		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Situación respiratoria del paciente (respiración, ritmo, frc, uso musculatura accesoria, disnea, oxigenoterapia, traqueotomía)	4	2,6	40	25,8	90	58,1	20	12,9	1	0,6	155	100,0
2	Patrón de alimentación. (tipo de dieta, restricciones, nº tomas, ingesta líquidos, prótesis, dificultad en la ingesta)	0	0,0	51	32,9	76	49,0	28	18,1	0	0,0	155	100,0
3	Situación de hidratación e integridad de piel y mucosa (valoración de la herida si la hubiera)	3	1,9	48	31,0	81	52,3	23	14,8	0	0,0	155	100,0
4	Patrón de eliminación urinaria. (Frecuencia, características, aspecto de la orina, limitaciones para la eliminación, sondaje.)	11	7,1	35	22,6	75	48,4	34	21,9	0	0,0	155	100,0
5	Patrón de eliminación fecal (frecuencia, características, aspecto de las heces, limitaciones para la defecación, colostomía.)	8	5,2	42	27,1	81	52,2	24	15,5	0	0,0	155	100,0
6	Grado de movilidad en su vida cotidiana / ejercicio físico habitual. (capacidad para la deambulación y ABVD, capacidad cambiar posturas, uso dispositivos de ayuda, factores que interfieren la movilidad, ocio)	4	2,6	48	31,0	87	56,1	13	8,4	3	1,9	155	100,0
7	Patrón de sueño-vigilia. Calidad del descanso (hábito de descanso- sueño, costumbres o ayudas para conciliar el sueño. Percepción de la cantidad y calidad del descanso-sueño)	2	1,3	30	19,4	75	48,3	42	27,1	6	3,9	155	100,0
8	Preocupaciones debidas a la hospitalización (nerviosismo, inquietud)	1	0,6	49	31,6	81	52,3	22	14,2	2	1,3	155	100,0
9	Situación social y condiciones de vida (personas con las que vive, situación económica, problemas sociales)	22	14,2	87	56,1	42	27,1	4	2,6	0	0,0	155	100,0

Nro.	VALORACIÓN	Nunca evidenciado		Raramente evidenciado		A veces evidenciado		Frecuentemente evidenciado		Suficientemente evidenciado		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10	Afrontamiento de la situación / de la enfermedad (cambios recientes en su vida, manejo de la situación actual, sentimiento de tristeza, desanimo. Historias previas de adaptación a los cambios)	23	14,8	99	63,9	30	19,4	3	1,9	0	0,0	155	100,0
11	Conductas que inciden sobre el proceso de salud (Hábitos de estilo de vida relacionados con la salud, tabaco, bebida, vacunaciones... Cumplimiento de condiciones necesarias para su salud, alergias, orientación, SEGURIDAD.	0	0,0	37	23,9	87	56,1	31	20,0	0	0,0	155	100,0
12	Información sobre las personas que cuidan. Otros contactos. (identificación, relación con el cuidador, sentimientos y expectativas del cuidador)	2	1,3	24	15,5	86	55,5	27	17,4	16	10,3	155	100,0
13	Características y aspectos del dolor (valoración detallada del dolor, escala visual analógica)	0	0,0	0	0,0	34	21,9	81	52,3	40	25,8	155	100,0

TABLA 5.08

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN VALORACIÓN DESPUÉS DE LA SEGUNDA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.

Nro.	VALORACIÓN	Nunca evidenciado		Raramente evidenciado		A veces evidenciado		Frecuentemente evidenciado		Suficientemente evidenciado		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Situación respiratoria del paciente (respiración, ritmo, frc, uso musculatura accesoria, disnea, oxigenoterapia, traqueotomía)	0	0,0	0	0	9	7,6	74	62,7	35	29,7	118	100,0
2	Patrón de alimentación. (tipo de dieta, restricciones, nº tomas, ingesta líquidos, prótesis, dificultad en la ingesta)	0	0,0	0	0,0	14	11,9	70	59,3	34	28,8	118	100,0
3	Situación de hidratación e integridad de piel y mucosa (valoración de la herida si la hubiera)	0	0,0	0	0,0	13	11,0	63	53,4	42	35,6	118	100,0
4	Patrón de eliminación urinaria. (Frecuencia, características, aspecto de la orina, limitaciones para la eliminación, sondaje.)	0	0,0	0	0,0	11	9,4	60	50,8	47	39,8	118	100,0
5	Patrón de eliminación fecal (frecuencia, características, aspecto de las heces, limitaciones para la defecación, colostomía.)	0	0,0	0	0,0	14	11,9	57	48,3	47	39,8	118	100,0
6	Grado de movilidad en su vida cotidiana / ejercicio físico habitual. (capacidad para la deambulación y ABVD, capacidad cambiar posturas, uso dispositivos de ayuda, factores que interfieren la movilidad, ocio)	0	0,0	0	0,0	18	15,3	62	52,5	38	32,2	118	100,0
7	Patrón de sueño-vigilia. Calidad del descanso (hábito de descanso- sueño, costumbres o ayudas para conciliar el sueño. Percepción de la cantidad y calidad del descanso-sueño)	0	0,0	0	0,0	14	11,9	59	50,0	45	38,1	118	100,0
8	Preocupaciones debidas a la hospitalización (nerviosismo, inquietud)	0	0,0	23	19,5	29	24,6	61	51,7	5	4,2	118	100,0
9	Situación social y condiciones de vida (personas con las que vive, situación económica, problemas sociales)	0	0,0	19	16,1	59	50,0	31	26,3	9	7,6	118	100,0

Nro.	VALORACIÓN	Nunca evidenciado		Raramente evidenciado		A veces evidenciado		Frecuentemente evidenciado		Suficientemente evidenciado		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10	Afrontamiento de la situación / de la enfermedad (cambios recientes en su vida, manejo de la situación actual, sentimiento de tristeza, desanimo. Historias previas de adaptación a los cambios)	0	0,0	27	22,9	47	39,8	37	31,4	7	5,9	118	100,0
11	Conductas que inciden sobre el proceso de salud (Hábitos de estilo de vida relacionados con la salud, tabaco, bebida, vacunaciones... Cumplimiento de condiciones necesarias para su salud, alergias, orientación, SEGURIDAD.	0	0,0	17	14,4	61	51,7	33	28,0	7	5,9	118	100,0
12	Información sobre las personas que cuidan. Otros contactos. (identificación, relación con el cuidador, sentimientos y expectativas del cuidador)	0	0,0	10	8,5	29	24,6	59	50,0	20	16,9	118	100,0
13	Características y aspectos del dolor (valoración detallada del dolor, escala visual analógica)	0	0,0	0	0,0	18	15,3	70	59,3	30	25,4	118	100,0

TABLA 5.09

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN DIAGNOSTICO ANTES Y DESPUÉS DE LA PRIMERA Y SEGUNDA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.

Nro.	DIAGNÓSTICO	Nunca evidenciado		Raramente evidenciado		A veces evidenciado		Frecuentemente evidenciado		Suficientemente evidenciado		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Los diagnósticos enfermeros / están justificados con la valoración	121	96,0	5	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	126	100,0
2	Los factores etiológicos de los diagnósticos enfermeros se justifican con los datos de la valoración.	123	97,6	3	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	126	100,0
3	Se registran los signos /síntomas que evidencien los problemas del paciente.	15	11,9	38	30,2	52	41,3	21	16,7	0	0,0	126	100,1
1	Los diagnósticos enfermeros / están justificados con la valoración	0	0,0	23	14,8	76	49,0	43	27,8	13	8,4	155	100,0
2	Los factores etiológicos de los diagnósticos enfermeros se justifican con los datos de la valoración.	0	0,0	44	28,4	80	51,6	27	17,4	4	2,6	155	100,0
3	Se registran los signos /síntomas que evidencien los problemas del paciente.	0	0,0	6	3,9	75	48,4	60	38,7	14	9,0	155	100,0
1	Los diagnósticos enfermeros / están justificados con la valoración	0	0,0	0	0,0	12	10,2	50	42,4	56	47,4	118	100,0
2	Los factores etiológicos de los diagnósticos enfermeros se justifican con los datos de la valoración.	0	0,0	0	0,0	19	16,1	56	47,5	43	36,4	118	100,0
3	Se registran los signos /síntomas que evidencien los problemas del paciente.	0	0,0	0	0,0	9	7,6	55	46,6	54	45,8	118	100,0

TABLA 5.10

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN RESULTADO ANTES Y DESPUÉS DE LA PRIMERA Y SEGUNDA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.

Nro.	RESULTADO	Nunca evidenciado		Raramente evidenciado		A veces evidenciado		Frecuentemente evidenciado		Suficientemente evidenciado		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Se ha registrado (documentado) el resultado de enfermería	126	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	126	100,0
2	El resultado de enfermería está registrado de forma observable / medible	126	100,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	126	100,0
3	Los resultados de enfermería y los diagnósticos de enfermería están relacionados internamente	126	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	126	100,0
1	Se ha registrado (documentado) el resultado de enfermería	0	0,0	53	34,2	77	49,7	25	16,1	0	0,0	155	100,0
2	El resultado de enfermería está registrado de forma observable / medible	0	0,0	60	38,7	65	41,9	30	19,4	0	0,0	155	100,0
3	Los resultados de enfermería y los diagnósticos de enfermería están relacionados internamente	0	0,0	25	16,1	86	55,5	42	27,1	2	1,3	155	100,0
1	Se ha registrado (documentado) el resultado de enfermería	0	0,0	0	0,0	11	9,3	61	51,7	46	39,0	118	100,0
2	El resultado de enfermería está registrado de forma observable / medible	0	0,0	1	0,8	7	5,9	58	49,2	52	44,1	118	100,0
3	Los resultados de enfermería y los diagnósticos de enfermería están relacionados internamente	0	0,0	0	0,0	23	19,5	65	55,1	30	25,4	118	100,0

TABLA 5.11

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN INTERVENCIONES ANTES Y DESPUÉS DE LA PRIMERA Y SEGUNDA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.

Nro	INTERVENCIONES	Nunca evidenciado		Raramente evidenciado		A veces evidenciado		Frecuentemente evidenciado		Suficientemente evidenciado		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Las intervenciones están dirigidas para alcanzar los resultados esperados	21	16,7	104	82,5	1	0,8	0	0,0	0	0,0	126	100,0
2	Se planifican actividades de las intervenciones seleccionadas	6	4,8	107	84,9	13	10,3	0	0,0	0	0,0	126	100,0
3	Se recoge cómo se llevarán a la práctica las actividades: lo que se ha hecho, cómo, con qué frecuencia y quién.	5	4,0	92	73,0	29	23,0	0	0,0	0	0,0	126	100,0
1	Las intervenciones están dirigidas para alcanzar los resultados esperados	0	0,0	15	9,7	84	54,2	44	28,4	12	7,7	155	100,0
2	Se planifican actividades de las intervenciones seleccionadas	0	0,0	15	9,7	73	47,1	55	35,5	12	7,7	155	100,0
3	Se recoge cómo se llevarán a la práctica las actividades: lo que se ha hecho, cómo, con qué frecuencia y quién.	0	0,0	2	1,3	63	40,6	61	39,4	29	18,7	155	100,0
1	Las intervenciones están dirigidas para alcanzar los resultados esperados	0	0,0	0	0,0	5	4,2	41	34,8	72	61,0	118	100,0
2	Se planifican actividades de las intervenciones seleccionadas	0	0,0	0	0,0	2	1,7	42	35,6	74	62,7	118	100,0
3	Se recoge cómo se llevarán a la práctica las actividades: lo que se ha hecho, cómo, con qué frecuencia y quién.	0	0,0	0	0,0	4	3,4	56	47,4	58	49,2	118	100,0

IMAGEN 1

RE: Perú request permission to use the Q DIO instrument



MARIA DOLORES MATEOS GARCIA <lolamateos@us.es>

Dom 19/01/2020 16:35

Usted; mullerstaub@me.com ▾



Estimada Aquilina,

María Müller me informó de tu solicitud para utilizar el Q-DIO en español en Perú. Es una satisfacción para mí que estés interesada en esta línea de investigación y que mi trabajo te pueda ser útil.

Como te dijo María, el Q-DIO es un instrumento válido para analizar la exhaustividad de la información de los registros de enfermería. Explicarte, que en la adaptación transcultural que realice del Q-DIO original al español, hay algunas modificaciones que fueron necesarias para conseguir su validación y fiabilidad. Ha sido aplicada en Andalucía y en registros digitales. Te adjunto mi escala. Ya me informas de tus resultados, ya que tu trabajo es una validación externa y además en otro contexto cultural, por lo que completará las características del Q-DIO en español.

Saludos y seguimos en contacto.

IMAGEN 2

RE: Perú request permission to use the Q DIO instrument

Enviado: lunes, 13 de enero de 2020 15:11

Para: aquilina marcilla felix <linamarcilla@hotmail.com>; MARIA DOLORES MATEOS GARCIA <lolamateos@us.es>

Asunto: Re: Perú request permission to use the Q DIO instrument

Dear Aquilina

Thanks for your interest to use the Q-DIO, its really a great instrument! Im forwarding your request to Maria Dolores Mateo, so she can send you the Spanish version, or some publications on the instrument. I attach the literature list and translation lists.

Let us know if you have questions, and have success!

Maria Müller Staub

Pflege PBS

Prof. Dr. Maria Müller Staub (PhD, EdN, RN, FEANS)

Pflegewissenschaftlerin

Obere Hofbergstrasse 10

CH - 9500 Wil

SWITZERLAND

Tel: ++41(0)32 641 02 54

muellerstaub@me.com

www.pflege-pbs.ch

