



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

**“CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL
PACIENTE DE PRIORIDAD I DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
EN EL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA DURANTE EL
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2015”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:

EMERGENCIAS Y DESASTRES

PRESENTADO POR:

LIC. VERONICA SHIRLEY ALBERTO VERAMENDI

CHINCHA-ICA-PERU, 2015

INDICE

HOJA DE RESPETO

CARÁTULA

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	6
1.1.1 Identificación del problema.....	6
1.1.2 Descripción del problema.....	9
1.2 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.2.1 Delimitación Espacial.....	10
1.2.2 Delimitación Social.....	10
1.2.3 Delimitación Temporal.....	10
1.2.4 Delimitación Conceptual.....	10
1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.3.1 Problema Principal.....	11
1.3.2 Problemas Secundarios.....	11
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.4.1 Objetivo General o Principal.....	12
1.4.2 Objetivos Específicos.....	12
1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.5.1 Justificación.....	12
1.5.2 Importancia.....	13
1.5.3 Limitaciones.....	14
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	15
2.2 BASES TEÓRICAS.....	20
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	39
CFAÍTULO III : HIPOTESIS Y VARIABLES	42
3.1 VARIABLES E INDICADORES. (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL).....	42

CAPÍTULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	44
4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	44
4.1.1 Tipo de Investigación.....	44
4.1.2 Nivel de Investigación.....	44
4.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	44
4.2.1 Método de la Investigación.....	44
4.2.2 Diseño de la Investigación.....	44
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	44
4.3.1 Población.....	44
4.3.2 Muestra.....	45
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	45
4.4.1 Técnicas.....	45
4.4.2 Instrumentos.....	45
4.4.3 Fuentes.....	46
CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	47
5.1 RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES).....	47
5.2 PRESUPUESTO.....	48
5.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	49
5.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

ANEXOS

1. Matriz de Consistencia
2. Instrumentos: LISTA DE COTEJO

INTRODUCCION

Los sistemas sanitarios presentan como prioridad ofrecer un servicio de calidad de excelencia. Dicha calidad está directamente relacionada con el proceso asistencial.

En una institución hospitalaria, el instrumento más utilizado en la comunicación escrita es la historia clínica. La historia clínica constituye el elemento del registro de todos los aspectos relacionados con el paciente y su proceso salud enfermedad. Muchos autores consideran que los registros, además de una importante herramienta para la calidad asistencial, constituyen una documentación legal ante cualquier problema de naturaleza jurídica, una fuente de datos para estudios y elaboración y/o revisión de Indicadores.

Como parte integrante de dicha historia, están los registros de la valoración de enfermería. En ésta valoración, enfermería registra el estado general de paciente, valora todos los aspectos involucrados en el proceso salud enfermedad y evidencia sus actividades. Es una comunicación escrita en que se plasman la planificación de los cuidados con su diagnóstico, la ejecución de las actividades y la evaluación de los cuidados.
(1)

El Proceso de Enfermería, es la aplicación del método científico en la práctica asistencial permitiendo prestar cuidados bajo un razonamiento crítico, lógico y sistemático; este a su vez se encuentra compuesto en cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En ésta última fase, enfermería puede medir los resultados de sus intervenciones .

La importancia de los registros de enfermería está relacionada directamente con la calidad asistencial, son considerados un instrumento de gestión de los cuidados, instrumento de información del paciente

pudiendo identificar todo el proceso asistencial y además promueve la comunicación entre el equipo y la continuidad de los cuidados.⁽²⁾

El registro de enfermería, constituye la herramienta legal fundamental en la labor cotidiana del ejercicio profesional, el presente trabajo servirá para mejorar la calidad de los registros de Enfermería y garantizar la continuidad del cuidado del paciente de prioridad I en el servicio de Emergencia del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

1.1.1. Identificación del problema

Con el devenir de los años la enfermería como profesión viene evolucionando; el mundo moderno caracterizado por el avance científico y tecnológico ha traído consigo nuevos enfoques como la calidad, la competitividad y la productividad; que aplicados al cuidado del paciente, genera en respuesta la necesidad de ofrecer una atención con calidad y calidez.

Abordar la calidad del cuidado de enfermería constituye un reto permanente, tanto para los que participan en el proceso de atención como para las instituciones prestadoras de servicio-salud, debido a que está presente en todo acto de cuidado la asistencia y vulnerabilidad de las personas.⁽¹⁾

La enfermera (o) como profesional de la ciencias de la salud participa en la prestación de servicios de salud integral en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población.⁽²⁾

El cuidado de enfermería ha configurado una manera particular del quehacer profesional, que ha exigido el desarrollo de habilidades más sofisticadas, toma de decisiones, y una atención integral al paciente. ⁽³⁾

La enfermería en su función asistencial tiene como una de las actividades más importantes, que realiza a diario las 24 horas del día y a todos los pacientes, el registro más relevante de la historia clínica son las anotaciones de enfermería, que permite conocer la evolución del paciente, hechos resaltantes, valoración, Diagnostico, Planificación, intervención y evaluación, así como también acciones terapéuticas realizadas al paciente; con la finalidad de brindar continuidad y seguridad en el cuidado, además de transmitir información valida y confiable al equipo de salud. ⁽⁴⁾

En la actualidad la falta de orden en los registros de Enfermería, hace que la (el) enfermera(o), pasen mucho tiempo escribiendo en sus turnos incluso repitiendo las anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina, lo cual impide brindar una mejor atención al paciente, incluso ocasionando malas relaciones con los familiares.

Es más, en el diario trabajo, la (el) enfermera(o), realiza los registros con observaciones y deducciones muy subjetivas, en relación a la observación de la práctica diaria de la autora, se ha evidenciado que las anotaciones realizadas por la (el) enfermera(o), no son relevantes en su

contenido, aparte de incompleto, se permite al personal hacer sobre escrituras que ocultan anteriores anotaciones. Las anotaciones de enfermería, es un documento escrito donde la (el) enfermera(o) registra todos los acontecimientos ocurridos durante el turno, de acuerdo a las normas correspondientes. ⁽⁵⁾

Sin embargo aún se observa que la (el) enfermera(o) no le brinda importancia a los registros de enfermería, pero las anotaciones de enfermería puede salvar o perjudicar al personal involucrado en una demanda, por el hecho de ser la persona que normalmente más tiempo pasa con el paciente y plasma en sus anotaciones observaciones importantes, de esta manera afectando al paciente y a la (el) enfermera(o) tanto a nivel profesional y legal resultando así inadecuado el cuidado de enfermería y no reflejando la calidad del servicio. Algunas instituciones internacionales como la Comisión Acreditadora de Hospitales en Estados Unidos señalan que “El profesional de enfermería debe buscar continuamente la mejora de la calidad”, a través de la auditoria de sus registros basados en normas establecidas como el “SOAPIE” (S = Datos Subjetivos de la valoración, O = Datos Objetivos de la valoración, A = Diagnostico o análisis real o potencial, P = objetivo, I = Intervención, E = Resultado esperado o evaluación).

1.1.2. Descripción del problema

En el Perú, actualmente obedece a la exigencia de orden legal establecidas en la “Ley del Trabajo de la Enfermera Peruana”, Ley 27669 y reconocida por el Ministerio de Salud, al presentarlo como un indicador hospitalario de calidad de los registros de enfermería en Especialidades, basado en el SOAPIE y en el proceso de atención de enfermería considerado un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. ⁽⁶⁾

Los sistemas de registros de enfermería deben ser eficaces, efectivos y eficientes; los criterios de calidad de un registro enfermero, deben evaluar cómo se da respuesta a las necesidades del proceso asistencial, asegurando la calidad científico-técnica, la satisfacción de los usuarios, que permita el avance del conocimiento enfermero y dar respuesta a las necesidades de salud de la protección. ⁽⁷⁾

Para que un registro sea considerado de calidad, deben responder a: porqué registrar, para qué registrar, cuando hay que registrar, cómo hay que registrar, cuándo registrar y quién debe registrar. A su vez debe ser objetiva, exacta, completa, concisa, actualizada, organizada y contener confidencialidad. ^(8,9)

Durante el ejercicio profesional hospitalario se observa que las anotaciones de enfermería que realiza la (el) enfermera(o) del paciente de prioridad I en el servicio de Emergencia del hospital "Víctor Ramos Guardia"- Huaraz, no es de manera uniforme, es decir se puede evidenciar que lo expresado en el registro de las anotaciones de enfermería no se toma en cuenta la atención integral que se brinda al paciente.

1.2. DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

1.2.1. Delimitación Espacial

El presente proyecto de tesis se realizara en el servicio de Emergencia del Hospital Víctor Ramos Guardia de la ciudad de Huaraz.

1.2.2. Delimitación Social

En el presente proyecto de tesis participaran las Enfermeras que laboran en el servicio de Emergencia del Hospital Víctor Ramos Guardia de la ciudad de Huaraz.

1.2.3. Delimitación Temporal

El presente proyecto de tesis se realizara, durante los meses de Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo y Junio del año 2015.

1.2.4. Delimitación Conceptual

En el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, no existen proyectos de mejora continua sobre el mejoramiento de los registros de Enfermería.

1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACION

1.3.1. Problema Principal

Frente a esta problemática se planteó la siguiente interrogante:

¿Cuál es la Calidad de los Registros de Enfermería del Paciente de Prioridad I del Servicio de Emergencia en el Hospital "Víctor Ramos Guardia" de Huaraz durante el primer semestre del año 2015?

1.3.2. Problemas Secundarios

- ¿Cuál es la calidad de los registros de enfermería del paciente de prioridad I según la dimensión de contenido?
- ¿Cuál es la calidad de los registros de enfermería del paciente de prioridad I según la dimensión de estructura?
- ¿Cuál es la calidad de los registros de enfermería del paciente de prioridad I según la aplicación del proceso de atención de enfermería?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1. Objetivo general o Principal

Determinar la calidad de los registros de enfermería del paciente de prioridad I del servicio de Emergencia en el Hospital "Víctor Ramos Guardia" de Huaraz en el primer semestre del año 2015.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar la calidad de los registros de enfermería del paciente de prioridad I según la dimensión de contenido.
- Describir la calidad de los registros de enfermería del paciente de prioridad I según la dimensión de estructura.
- Evaluar la calidad de los registros de enfermería del paciente de prioridad I según la aplicación del proceso de atención de enfermería.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTGACION

1.5.1. Justificación

La evidencia del cuidado enfermero queda documentada a través de los diferentes formatos y/o registros diseñados e implementados por la enfermera, con la finalidad de que el proceso de atención de enfermería sea continuo, oportuno seguro y humano previniendo riesgos en los usuarios y asegurando la calidad del cuidado.

Los registros de enfermería contienen un conjunto de información sobre el progreso del paciente de prioridad I y es un referente para el equipo

de salud. El sistema de registro establecido es previamente validado y aprobado. Constituye documento de valor administrativo y legal.

Conocedores que los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor asistencial del cuidado integral del paciente, ayudando a constatar la evolución de su enfermedad y de ahí tomar acciones que ayudan en la recuperación de este, el registro de los cuidados que los profesionales de enfermería proporcionan diariamente a los pacientes de prioridad I, es una tarea esencial tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión.

1.5.2. Importancia

La realización de las anotaciones de Enfermería son de suma importancia porque permiten garantizar la continuidad y calidad del cuidado del paciente de prioridad I, sin embargo en la realidad se observa que las anotaciones de enfermería no son realizadas de manera correcta ya sea por la falta de tiempo, demanda de pacientes o desconocimiento en el tema por parte del personal enfermero.

El presente proyecto denominado, **calidad de los registros de enfermería del paciente de prioridad I del servicio de Emergencia en el hospital "Víctor Ramos Guardia" de Huaraz en el primer semestre del año 2015**, se cree convenientemente realizarlo porque los registros de enfermería brindaran una información más completa e integral del paciente de prioridad I, por tal motivo las enfermeras deben conocerlo y practicarlo de esta manera se brindaría un cuidado de mejor calidad, motivo por el cual este proyecto permitirá concientizar al personal de enfermería de la necesidad de llevar un adecuado registro como se puede dar en los registros tipo SOAPIE, de tal forma que se considere su uso en la práctica diaria.

Finalmente el presente proyecto es de importancia para los profesionales de Enfermería, mediante el presente se mejorara las actitudes de los profesionales de Enfermería y así mejorar su calidad del cuidado; a fin de realizar de forma adecuada los registros de enfermería tipo SOAPIE y obtener de esta manera un efecto multiplicador para una mayor integración que permita garantizar un sistema de registro coordinado entre los profesionales de Enfermería que laboran en este Hospital. Contribuyendo al mayor desarrollo de la profesión.

1.5.3. Limitaciones.

Las anotaciones de enfermería se realizan en forma descriptiva y narrativa

Existe dificultad en la lectura, porque la escritura no es legible y comprensible.

Los llenados no son completos y existen borrones.

El profesional de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Víctor Ramos Guardia no aplica el proceso de atención de enfermería en su totalidad en los registros de enfermería de acuerdo a la norma de la Ley del enfermero.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del Problema

Internacional

Arraus O., 2010, "Factores que determinan las características de los registros que maneja el personal de enfermería", (Trabajo Científico de Investigación), Paraguay. Llego a la conclusión que el 91,2% respeta el formato de la hoja, escribe fecha y hora en forma correcta, mientras que el 8,8% no respeta el formato de la hoja. Por otro lado el 94.1%de licenciadas colocan su firma al terminar de registrar un procedimiento y el 5.9% no colocan su firma al terminar de registrar un procedimiento. Según el número de pacientes que el personal atiende diariamente y su posible repercusión en los registros, el 44,1% del personal lo considera excesivo y falta tiempo para completar los registros; mientras el 55,9% refiere no tener dificultad de tiempo. Respecto a la importancia de los registros de enfermería existe el 58,8% del personal refiere que su anotación es completa y el 41,3% indica que sus registros no son completo. Se realizó un estudio descriptivo. ⁽¹⁰⁾

Vargas C, Ruiz MA. 2011 Aspectos legales de las notas de enfermería. (Trabajo Científico de Investigación), Costa Rica: Colegio de enfermeras de Costa Rica. Llegaron a las siguientes conclusiones: Que la proporción de notas escritas por enfermeras fue

de 1 a 3, el color de la tinta fue el aceptado (negro), se cuidó la integridad de los registros, pero se dejaron espacios en blanco en un 27%.; en ambos hospitales, un 10% de los nombres fue ilegible, o se registró la información dada a los profesionales de salud sobre la evolución de los clientes; en el 100% se omitió el comentario del cliente sobre la atención recibida. El diseño fue descriptivo y de observación.⁽¹¹⁾

García S, Mesa A. (2010) "Análisis de los informes de enfermería de los hospitales públicos de la ciudad de corrientes, Argentina", trabajo científico, donde se observaron que los informes de los turnos mañana- tarde y noche, llegaron a establecer que el 66% del personal de enfermería cumple los registros de enfermería referente a la filiación del paciente, mientras que el 34% no cumple. El 99% del personal de enfermería utiliza abreviaturas aceptadas y reglamentadas por la institución y solo 1% no utiliza. Por otra parte el 44% del personal se identifica cuando concluye un registro de enfermería, por tanto el 56% del personal no se identifica. Referente si registran con letra clara y legible el 39% indican que no tiene dificultad al leer, mientras que el 61% tiene dificultad al leer las anotaciones. Fue un estudio transversal retrospectivo. ⁽¹²⁾

Chaparro L. García DC, (2012), "Registros del profesional de enfermería como evidencia para la continuidad del cuidado", Colombia. Entre las conclusiones más importantes tenemos : "Los registros de mayor uso son la hoja de medicamentos, órdenes de

enfermería y órdenes médicas, que no demuestran la continuidad del cuidado por datos incompletos en la hoja de medicamentos, y no permiten a todos los profesionales saber la fecha de inicio y terminación del medicamento, esta deficiencia obstaculiza la planeación del cuidado de enfermería que controle y mitigue posibles complicaciones ya que se pierde la evolución del paciente en cuanto a las respuestas que se pudieran generar frente al tratamiento recibido” .“La ausencia de diligenciamiento de otros registros como el kárdex, recibo o entrega de turno, historia de enfermería, disminuyen la aplicación del proceso de enfermería y por este motivo no se evidencia la continuidad del cuidado, sumándose la disminución de trabajo en equipo”. El método fue descriptivo exploratorio transversal. ⁽¹³⁾

Méndez C, Morales C. (2010), "La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico",(Revista mexicana de enfermería cardiológica), México. Concluyeron que el 53% del personal tiene una edad comprendida entre 23-27 años de edad. En cuanto a la antigüedad del personal el 58.1% respondió tener 4años como máximo de servicio en el instituto. Para el 96.6% es muy importante el registro de enfermería como parte del expediente clínico, no así para un 3.4% del personal. El 62.3% de las enfermeras no realiza las anotaciones con referencia al nombre de quien realiza el procedimiento y solo registran un 37.7%. el 4.8% del personal desconoce por completo la forma de elaborar la hoja de registros clínicos de enfermería y el 48.4% no proporcionara la información completa,

hace uso adecuado de abreviaturas el 56.6% del personal de enfermería no así 43.5% que desconoce su utilización. Un 80.6% del personal desconoce las normas elaboradas para los registros de enfermería y solo un 19.4% tiene conocimiento. Fue estudio prospectivo, transversal, observacional y comparativo. ⁽¹⁴⁾

Nacional

Betancourt P. Y Col (2010), “Calidad de las anotaciones de enfermería en un servicio de medicina A-4 del hospital nacional Arzobispo Loayza de Lima Peru” llegando a las siguientes conclusiones: el 37.3% de las anotaciones enfermería obtienen regular en el turno diurno y el 40.9% en el turno nocturno. Por otro lado en el criterio de contenido se obtuvo buena calidad en el turno diurno con un 38.3% en tanto que el turno nocturno se obtuvo regular calidad en un 35.6%”.⁽¹⁵⁾

Vásquez E, Santos M. (2010), “Nivel de conocimientos de la enfermera y su relación con la calidad de las anotaciones de enfermería en el hospital Félix Torrealba Gutiérrez Ica Peru ”, concluyeron que el nivel de conocimiento de las enfermeras en su mayoría fue de regular 72,1%, deficiente en el 23,3% y solo un 4,6% registro un alto nivel de conocimiento, realiza anotaciones de mala

calidad en un 81.5% y solo un 18,5% lo hace de regular calidad. Fue un estudio descriptivo de corte transversal. ⁽¹⁶⁾

Palomino B. (2010), “Calidad de las anotaciones de enfermería en el hospital Regional de Ayacucho-Peru”, Llego a la conclusión: La calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho, en un porcentaje considerable (73.08%) son de deficiente calidad referido a que se encuentra incompleto, no registra el motivo por el cual no administra el medicamento, así como las reacciones derivadas del tratamiento, y un menor porcentaje significativo (26.92%) son de buena calidad que está dado por que utiliza las abreviaturas autorizadas, utilizan la tinta azul en las notas de día y rojo en la noche, colocan la fecha y el nombre del enfermero (a). Fue un estudio descriptivo de corte transversal ⁽¹⁷⁾

Córdova G, Sosa E. (2010), “Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria, Piura - Peru”, Llegaron a la conclusión: reportan que el 74.2% de los profesionales de enfermería tienen una mala calidad en el registro de las notas de enfermería, seguido de un 19.3% con una regular calidad y sólo un 6.4% tienen buena calidad. Fue un estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo, de corte transversal. ⁽¹⁸⁾

Morales S. (2012), “Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos - hospital regional Moquegua - Peru ”, Llego a la conclusión: Las notas de enfermería presentan un porcentaje

significativo de regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE). Fue un estudio descriptivo y explicativo. ⁽¹⁹⁾

Local

Mejía L. (2010), "Calidad en la elaboración de anotaciones de enfermería en el servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia" Enero-Junio, Huaraz - Perú ", llego a la conclusión La calidad de las anotaciones de enfermería según los parámetros establecidos, es regular en el aspecto general con un 53.5%, mientras que en aspectos específicos de la información es deficiente en el 71.1%. Así mismo en la evaluación realizada según el sistema de registros orientados hacia los problemas (SOAPIE) se encontró, que el 94.2% de las anotaciones de enfermería son parcialmente completas y el 5.1% son incompletas, solo el 0.7% de las anotaciones de enfermería son completas. Fue un estudio, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. ⁽²⁰⁾

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Calidad

A. Definiciones de calidad: 18 19

La "Organización Mundial de la Salud" (OMS), define la calidad como el "Alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el usuario, para lograr un alto

grado de satisfacción de las necesidades de este y produciendo un impacto final positivo en salud".

La calidad es el parámetro que mide el grado de satisfacción de los usuarios por los productos o servicios recibidos.

Por lo tanto; la calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto al usuario y familia, calidad es "hacer lo correcto"; en forma correcta y de inmediato, la calidad es practicar la limpieza es ser puntual, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto que los usuarios tengan confianza en el servicio que se les brinda y la calidad es ineficiente cuando no se tienen las competencias mencionadas con el usuario adulto ⁽²¹⁾.

Los administradores del sistema sanitario resaltan en su definición de la calidad la eficacia de las prestaciones y servicios. Por su parte los usuarios y la población en general, identifican calidad con aceptabilidad, satisfacción o equidad. Valoran, por lo general, en un lugar más preeminente la accesibilidad que la tecnología más sofisticada. De igual manera que los profesionales sanitarios, la población entiende difícilmente el que la calidad de los servicios pueda depender en su definición de los recursos de que se dispongan.

La definición que dio Juran de la calidad sugiere que se debe considerar desde una perspectiva interna y externa; es decir, la calidad se relaciona con el desempeño del producto que da como resultado la satisfacción del cliente; productos libres de las deficiencias, lo que evita la insatisfacción del cliente. Las

recomendaciones de Juran se concentran en tres procesos de calidad principales, llamados Trilogía de Calidad. Planeación de la calidad, el proceso de cumplimiento de los objetivos de calidad; control de calidad, el proceso de cumplimiento de los objetivos de calidad durante las operaciones y mejora de la calidad, el proceso de alcanzar niveles de desempeño sin precedentes. ⁽²²⁾

En la literatura académica, la medición de la calidad del servicio ha suscitado algunas diferencias de criterio. La principal hace referencia a qué es lo que realmente se está midiendo. En general se encuentran tres tendencias de constructos que se usan para evaluar la calidad del servicio: calidad, satisfacción y valor.

La real academia española define calidad como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Esta definición establece dos elementos importantes en su estudio. Primero, la referencia a características o propiedades y, segundo, su bondad para valorar “algo” a través de ella. ⁽²³⁾

B. Dimensiones de la calidad

- **Dimensión técnico – científica**, referida a los aspectos científicos–técnicos de la atención, cuyas características básicas son:

- **Efectividad:** Es la medida en que una determinada práctica mejora el estado de salud de un individuo o población concreta atendida.
- **Eficacia:** Es el resultado que se obtiene de una prestación en condiciones ideales de utilización.

- **Eficiencia:** Se identifica con la provisión de nivel determinado de calidad al menor costo posible; o la consecución del más alto nivel de calidad posible con una cantidad de recursos fija y predeterminada.
 - **Continuidad,** prestación interrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias.
 - **Seguridad,** la forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario.
 - **Integralidad,** que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.
- **Dimensión humana,** referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:
- Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona.
 - Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quién es responsable de él o ella.
 - Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas; lo que asimismo valido para el usuario interno.
 - Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.

- Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios ético- deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.
- **Dimensión del entorno**, referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles.
 - Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.⁽²⁴⁾

El objetivo fundamental al medir la calidad de la atención de enfermería es mejorar. Dividiendo la producción de los servicios de salud en tres componentes: Estructura, Proceso y Resultados.

c.1 Estructura: Engloba todo lo relativo al espacio físico (cantidad, distribución, ventilación) dotación cuantitativa y cualitativa de los recursos humanos y materiales, así como todo lo relativo a la organización y funcionamiento de la consulta, desde su estructura organizativa, hasta los horarios.

c.2 Proceso: Incluye todo lo que la enfermera hace para y por el paciente, evaluándose el nivel de aplicación de los conocimientos, las tecnologías disponibles y la relación usuario profesional, incluyéndose también aquí todo lo que hacen los pacientes para cuidarse a sí mismos y completar de esta forma el proceso de atención.

c.3 Resultados: Morbilidad, mortalidad e índices de estado de salud serán los indicadores que medirán comúnmente los resultado.⁽²⁵⁾

2.2.2. Registros de enfermería

- **Generalidades:**

La historia clínica en el caso de los pacientes atendidos en establecimientos de salud, se convierte en un informe continuo de la asistencia sanitaria del paciente, la (el) enfermera (o) tiene la obligación y responsabilidad de incluir en el registro de enfermería información veraz, clara y lógica, describiendo con precisión toda la asistencia prestada a través del proceso de atención de enfermería. ⁽²⁶⁾

El profesional de enfermería dentro de su trabajo diario a nivel hospitalario y/o comunitario utiliza diversos registros e informes, los cuales son herramientas que permiten una comunicación estrecha con el equipo de salud a fin de conseguir un mayor nivel en la calidad de atención de nuestros clientes; estos son elaborados mediante la utilización de algunas técnicas de recolección de datos como son: la observación y la entrevista entre otros. Así tenemos que los registros consisten en un conjunto de datos escritos de todo aquello que ha acontecido en un determinado tiempo, en forma ordenada y sistemática las mismas que deben ser conservadas por su trascendencia, y conocidas por el equipo de salud. Entre ellas tenemos las anotaciones de enfermería, Kárdex de enfermería, hoja de grafica

de funciones vitales y hoja de balance hídrico. ⁽²⁷⁾

- **Finalidad de los registros de enfermería:**

La finalidad de los registros de enfermería. Es la comunicación del proceso de atención o cuidados de enfermería a todo el equipo de enfermería y equipo sanitario, el registro proporciona datos que la enfermera utiliza para identificar y apoyar diagnósticos de enfermería.

El registro proporciona una imagen global del estado de salud de la persona o paciente. ⁽²⁸⁾

- **Utilidad de los registros de enfermería:**

Es importante resaltar algunas utilidades de los registros de enfermería:

- Sirve al equipo de enfermería y al equipo multidisciplinario, para tomar decisiones respecto al estado de salud de la persona o paciente ya que la (el) enfermera (o) es la (el) única(o) profesional que brinda el cuidado de los pacientes las 24 horas continuadas. ⁽²⁹⁾
- Sirve como documento legal, utilizándose como prueba en el tribunal de justicia. El contenido del registro documenta el nivel de asistencia prestada a una persona o paciente en un establecimiento de salud. ⁽³⁰⁾
- Sirve como información a los estudiantes de enfermería porque es una forma eficaz de conocer la naturaleza de una enfermedad.

- Sirve al profesional de enfermería para realizar estudios de investigación, extrayendo datos estadísticos relacionados con la frecuencia de los trastornos clínicos, complicaciones, etc.
 - La utilización de registros e informes en Enfermería permiten no solo fortalecer la relación terapéutica, sino, también identificar problemas, así como la respuesta del individuo frente al proceso Salud enfermedad que confronta mediante una adecuada interpretación de los datos obtenidos a través de la observación y la entrevista. ⁽²⁶⁾
 - Los registros son de gran importancia tanto para el enriquecimiento y/o desarrollo de la disciplina de enfermería como en el mantenimiento de las actividades propias del área así como también para los pacientes a quienes se les satisface sus necesidades por medio de las intervenciones y los cuidados realizados por parte de la enfermera ya que impedirá la fragmentación, la repetición y las demoras en la atención del paciente, indican la calidad de atención que ofertan los profesionales del equipo de salud. ⁽³¹⁾
- **Características de los registros de enfermería:**
- Todo registro de enfermería deberá tener las siguientes características:
- Objetividad, es decir, deben estar escritos de forma objetiva, sin perjuicios, juicios de valor u opiniones personales.
 - Precisión y exactitud. deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden

descifrarlas.

- Simultaneidad, los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.

(26)

Aquello que no se debe anotar:

- Los objetivos que califiquen conductas y comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento no descalificado al paciente.
- No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
- No intentar explicar que se ha producido en error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.
- No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial. hay que redactar los hechos tal como ocurren.
- No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad.
- No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinado hechos, si esta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.
- Usar una regla normotécnica para organizar los registros.

VIRA, valoración, intervención, respuesta, acción.

DAR, datos, acción, respuesta.

DIE, datos, intervención, evaluación.

PIE, problemas, intervención, evaluación. ⁽²⁷⁾

- Tipos de registros de enfermería:

Graficas narrativas, grafica orientadas hacia el problema "SOAPIE" , graficas por excepción, graficas o registros computarizados.

- Graficas narrativas. Es tradicional, registra tiempos concretos, cada disciplina registra lo que considera: la frecuencia de las anotaciones depende del estado del paciente, pueden combinar con otras gráficas.
- Registros orientados al problema "SOAPIE" : Considera recogida de datos, identificación de diagnósticos de enfermería, intervención y evaluación. Tiene 2 componentes:
 - Lista de problemas: consiste en acumulación de problemas reales o potenciales.
 - Anotaciones de evaluación: diseñadas para documentar la respuesta del paciente.
- Graficas por excepción (GPE): Se registra en hoja de curso clínico para enfermería y medico, se usa las 24 horas, se registra la valoración y las intervenciones de enfermería.
- Registros computarizados: Es un tipo de registro donde se plasma la base de datos de cualquier registro mencionado anteriormente y se utiliza varios enfoques.⁽²⁸⁾

3.2.4. Calidad de registro de enfermería

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido

dificultades en el llenado de los registros de enfermería. A pesar de que la cantidad de estos ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada.

Un buen registro de enfermería, debería ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar calificación asumiera sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.

La calidad en los registros de enfermería se expresan cuando se siguen los procedimientos mencionados para su elaboración de tal manera que produzca un máximo de beneficio y un mínimo riesgo de salud.

Para lograr registros de calidad en enfermería, las anotaciones deben cumplir las características mencionadas, es decir, ser objetivas, exactas, completas, concisas, actualizadas, organizadas y confiables.

(29)

2.2.3. Normas para la elaboración de los registros de enfermería:

Los registros de enfermería deben basarse en normas establecidas, considerando los siguientes aspectos:

- Describir de forma objetiva sin perjuicio, valores, juicio en opiniones personales. Así también deberán incluirse la información subjetiva, proporcionada por el cliente, la familia y otros miembros del equipo de salud.
- Evitar el uso de generalizaciones como: bueno, justo, normal

entre otras. Estas descripciones están abiertas a muchas interpretaciones basándose en el punto de referencia del lector.

- Los datos a registrarse deberán describirse ampliamente.
- Evitar el uso de abreviaturas a menos estén autorizadas por la institución.
- Consignar datos completos identificados del paciente.
- Colocar la fecha y hora de anotación.
- Usar una redacción clara, sencilla, objetiva y significativa.
- Usar ortografía correcta y letra legible.
- El registro no debe tener borrones o enmendaduras ya que afecta el valor legal.
- En caso de alguna equivocación, tachar o colocar en paréntesis la palabra error y firmar al costado en caso equivocación.
- Escribir con tinta azul si es de día y rojo durante la noche.
- Debe culminar con la firma y sello, número de colegiatura del profesional que realizó la anotación.

- **Pasos para la elaboración de las anotaciones de enfermería**

Dado que el proceso de enfermería constituye el método por el cual se aplican las estructuras teóricas a la práctica habitual de la profesión, resulta lógico afirmar que “una buena documentación y / o registro debe reflejar los pasos del proceso de enfermería, desde la valoración hasta la evaluación”.

- **Valoración:**

La fase de valoración para la elaboración de anotaciones de enfermería comprende dos partes: la acumulación y la documentación de datos sobre el paciente. La recogida de datos consta de entrevista, observación y examen físico, y concluye con la documentación de información obtenida en la historia clínica del paciente. La valoración implica una interacción entre la enfermera y el paciente y necesita una amplia base de conocimientos, así como de unas habilidades técnicas e interpersonales específicas. La valoración es una labor continua, que comienza en el momento del ingreso y continúa cada vez que se ve al paciente.

- **Diagnóstico:**

Después de haber recogido los datos en la fase de valoración, estos se organizan, interpretan y confirman mediante la validación. Estas fases pueden verse afectadas por varias clases de error, como: la recogida de datos incorrecta o incompleta, la interpretación incorrecta de los datos y la falta de conocimientos clínicos o de experiencia práctica.

- **Planeamiento de la atención:**

La planificación requiere el desarrollo de una serie de estrategias dirigidas a prevenir, reducir o corregir los problemas detectados en el diagnóstico de enfermería. En esta fase se plantean los objetivos y se definen las actuaciones de enfermería, para ayudar al paciente a alcanzarlos. Estas actuaciones coinciden con el plan

de cuidados, se basan en principios científicos y están individualizadas para cada situación concreta.

- **Ejecución:**

Realización o puesta en práctica de las estrategias terapéuticas.

En esta etapa es fundamental la competencia técnica, ya que hay que aplicar lo planificado de forma inmediata y eficiente; es decir hay que aplicar los conocimientos, las actividades, la metodología, la técnica de las actividades y los cuidados.

- **Evaluación:**

La evaluación es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Generalmente este término se emplea para describir las decisiones que se toman en relación con la efectividad de las actuaciones de enfermería. ⁽³⁰⁾

- **Características de las anotaciones de enfermería**

Las anotaciones de Enfermería para ser consideradas acorde a los lineamientos establecidos deben reunir las siguientes características:

En su estructura

- **Objetiva:** Un registro debe contener información descriptiva y objetiva, sobre lo que el Profesional de Enfermería ve oye, siente y huele (Bergerson, 1988). Debe evitarse el uso de palabras que solo son significativas en un marco específico de referencia, como: “bueno”, “regular” o “malo”, ya que pueden ser sometidas a interpretaciones personales diversas. Las

deducciones son conclusiones basadas en datos. Cuando la enfermera documenta sus deducciones o conclusiones, estas deben ir apoyadas por datos objetivos, de lo contrario pueden realizarse interpretaciones erróneas sobre el estado de salud del paciente.

- **Exacta:** la información debe ser fiable. La utilización de determinaciones precisas asegura la exactitud como medio se determinar si la situación de un paciente ha cambiado. La afirmación de que una “herida abdominal de 5 cm de longitud, sin enrojecimiento, ni edema” es más exacta y descriptiva que “una gran herida abdominal, esta cicatrizando bien”.

Las abreviaturas y símbolos médicos ayudan al profesional de enfermería a reducir el tiempo de escritura. La mayor parte de las sociedades tienen una lista de abreviaturas aprobadas. Para evitar malas interpretaciones, eliminar cualquier abreviatura que pueda resultar confusa, (por ejemplo: O. D. – ojo derecho – puede ser interpretado como oído derecho). Una ortografía correcta aumenta la exactitud de la documentación. Consúltese un diccionario se fuera necesario ya que hay términos que pueden ser interpretados erróneamente (por ejemplo: disfagia o disfasia).

Una anotación exacta refleja observaciones y asistencia prestada a pacientes asignados, incluyendo observaciones

afirmadas a otro cuidador y actuaciones realizadas por otros miembros del equipo de salud.

Culminar todas las anotaciones con la firma del cuidador, incluyendo nombre de pila o primera inicial y título. Los estudiantes de enfermería deberán incluir las abreviaturas aprobadas para su escuela y nivel.

- **Completa:** Cuando los registros e informes son incompletos pone en peligro la comunicación y el Profesional de Enfermería es incapaz también de demostrar que se prestó una asistencia específica.

Es necesaria una información concisa y completa acerca de las necesidades del paciente y las actuaciones de enfermería frente a ellas.

- **Concisa:** Toda información ha de ser concisa y breve. Evitando palabras innecesarias o detalles irrelevantes.
- **Actualizada:** Las decisiones continuas acerca de la asistencia deben estar basadas en una información actual y exacta. Las actividades o hallazgos que se deben comunicar en el momento en que tiene lugar son los siguientes:
 - Constantes vitales.
 - Administración de medicamentos y tratamientos.
 - Preparación para pruebas diagnósticas o cirugía
 - Cambios en el estado del paciente.
 - Admisión, traslado, alta o fallecimiento del paciente.

– Tratamiento aplicado por haberse producido cambios bruscos en el estado del paciente.

– Respuestas del paciente a la actuación.⁽²⁸⁾

Al describir un aspecto de los cuidados, el profesional de enfermería debe referirse al problema del paciente, a la actuación de enfermería y a la respuesta, lo más pronto posible.

Una información oportuna evita errores en el tratamiento del paciente. La escritura de notas en sucio en el momento de un episodio ayuda a asegurar la exactitud.

- **Organización:** Es importante comunicar la información siguiendo un formato u orden lógico. Las notas desorganizadas no explican con claridad que sucedió en primer lugar y pueden provocar confusión acerca de si se prestó una asistencia adecuada.
- **Confidencialidad:** La enfermera no debe revelar el estado del paciente a otros pacientes o miembros del personal no implicado en su atención estando legal y éticamente obligada a considerar la información confidencial sobre los paciente.⁽²⁸⁾

En su contenido:

- **Evaluación Física:** deberán existir datos de la valoración, complicaciones y secuelas relacionadas a la enfermedad, signos y síntomas. Deberán contener la identificación de problemas reales y potenciales.

- **Comportamiento Interacción:** referido a las respuestas que el paciente tiene ante el proceso de hospitalización, ante el cuidado brindado, incluyendo también el comportamiento hacia sí mismo.
- **Estado de Conciencia:** la capacidad de comprender del paciente sobre su enfermedad, tratamiento y procedimientos que se le realizan, así mismo su estado de ánimo, percepción, orientación, apariencia y condiciones físicas.
- **Condiciones Fisiológicas:** se incluyen signos vitales, actividades de alimentación, higiene, de ambulación, descanso, etc.
- **Educación:** es la información brindada por la enfermera sobre su enfermedad, tratamiento, procedimientos realizados.
- **Información:** se redacta sobre las coordinaciones que se realiza con miembros del equipo de salud.
- **Plan de intervención:** Intervención, ejecución y evaluación de los cuidados brindados en base a las necesidades identificadas.
- **Los enfermeros debe de considerar a si mismo lo siguientes:**
 - ✓ Lista de problemas del paciente.
 - ✓ Problemas actuales del paciente.
 - ✓ Leer notas de enfermería para valorar lo que está en evolución.

- ✓ Realizar notas de enfermería teniendo como base el proceso de atención de enfermería.⁽²⁸⁾

- La Historia Clínica

Concepto:

- Según la DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS - N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02 NORMA TÉCNICA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD LIMA 2005; define a la Historia Clínica como el documento médico legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente.

La Historia Clínica, constituye un documento de alto valor médico, gerencial, legal y académico, 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, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia.

Por ello, es necesario administrar correctamente todos los mecanismos y procedimientos que siguen las Historias Clínicas desde su apertura, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad las demandas cada vez más exigentes de los pacientes/usuarios y de los prestadores de servicios de salud (personal y establecimientos de salud). Más aún, si se tiene en cuenta la, ley N° 26842 – Ley General de Salud, que revaloriza a los usuarios de los servicios de salud y los

posiciona como eje de las organizaciones y de las prestaciones de salud.

Así mismo, en el Ministerio de Salud se vienen desarrollando gradualmente procesos de modernización que buscan dar mayor autonomía y lograr mayor eficiencia en los establecimientos de salud con una lógica gerencial, que permita lograr mejores resultados. Estos nuevos desarrollos obligan necesariamente a adecuar la normatividad institucional, de la cual el manejo de las Historias Clínicas no es ajeno.

- ✓ En tal sentido, la presente Norma Técnica busca dar respuesta a estos nuevos desafíos, contribuyendo a resolver las principales situaciones que para todos los pacientes usuarios, personal y establecimientos de salud, plantea la Historia Clínica. ⁽²⁷⁾

2.3 Definición de términos Basicos

- **Enfermera(o):** Profesional de la ciencia de la salud, que participa en la prestación de los servicios de salud en el Hospital “Víctor Ramos Guardia”.
- **Servicio de Emergencia:** Es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona atención inmediata.
- **Calidad:** Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.
- **Calidad de registro de enfermería:** Aquel registro que recoge la información suficiente, con claridad, exactitud, confiabilidad como para permitir que otra enfermera asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente. Es el documento legal y

formal, escrito o impreso, que se considera como indicador del desempeño de los profesionales de enfermería, referido a la evolución del cuidado que se brinda a la persona sana o enferma, estructurado según las normas establecida en el "SOAPIE"

- **Paciente:** La persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.

- Estos cuidados profesionales le otorga principalmente la enfermera por cuanto se encuentra mayor tiempo con el paciente.

- **Historia clínica:**

La historia clínica puede definirse desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista gramatical, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal, definiéndose en tal circunstancia como el documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda.

- **PAE (proceso de atención de enfermería):** Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería,

compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE (proceso de atención enfermería) configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

- **SOAPIE**, (datos subjetivos, datos objetivos, valoración, planificación, intervención y evaluación): Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

Por La naturaleza del presente proyecto de investigación no se considera necesaria elaborar la hipotesis

3.1. Variables e indicadores

Variable

- Calidad de los registros de Enfermería

Indicadores

- Dato subjetivo
- Dato objetivo
- Diagnostico
- Ejecución
- Evaluación

Definición conceptual

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido dificultades en el llenado de los registros de enfermería. a pesar de que la cantidad de estos ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada.

Un buen registro de enfermería, debería ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar calificación asumiera sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.

La calidad en los registros de enfermería se expresan cuando se siguen los procedimientos mencionados para su elaboración de tal manera que produzca un máximo de beneficio y un mínimo riesgo de salud.

Para lograr registros de calidad en enfermería, las anotaciones deben cumplir las características mencionadas, es decir, ser objetivas, exactas, completas, concisas, actualizadas, organizadas y confiables.

Definición Operacional

Registro que recoge la información suficiente, con claridad, exactitud, confiabilidad que permita la continuidad y oportunidad en el cuidado del paciente de prioridad I.

CAPITULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1. Tipo y nivel de investigación

4.1.1 Tipo de Investigación

- **Descriptivo**, porque permitirá investigar y revisar las historias clínicas en donde el personal de enfermería a través de sus registros describen las características que incluyen en la elaboración de los registros de enfermería, así mismo obteniéndose la información de fuentes directas como son las historias clínicas. ⁽⁴⁷⁾

4.1.2. Nivel de investigación

- Descriptivo - Retrospectivo

4.2. Método y Diseño de la Investigación

4.2.1. Método de la investigación

- Método Descriptivo

4.2.2. Diseño de la Investigación

- No experimental, Descriptivo, Retrospectivo,

4.3. Población y muestra de la investigación

4.3.1. Población

La población estará conformada por 190 historias clínicas del servicio de Emergencia, del hospital Víctor Ramos Guardia, de la ciudad de Huaraz durante los meses de Enero a Junio del año 2015.

4.3.2. Muestra

CALCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P Q N}{N E^2 + Z_{\alpha/2}^2 P Q}$$

P : Valor del parámetro (proporción pacientes de prioridad I)

Estimado mediante

Asumiendo máxima variabilidad (P=0.5, PQ=0.25)

$z_{\alpha/2}$: Valor normal al nivel de confianza (1- α)

Usualmente se emplea $\alpha=0.05$ ó 5%, con lo cual $z_{\alpha/2} = 1.96$ (95% confianza).

E : Precisión

Error máximo tolerado en la estimación del parámetro.

Usualmente se emplea E=0.05

N : Tamaño del Universo

$$n = \frac{(1.96^2)(0.5)(0.5)(190)}{(190)(0.05^2) + (1.96^2)(0.5)(0.5)}$$

$$n = 127$$

La muestra estará constituida por 127 historias clínicas

4.4. Técnicas e instrumentos de la recolección de información

4.4.1. Técnicas

Para la recolección de datos se utilizará como técnica la observación.

4.4.2. Instrumentos

El instrumento para la recolección de datos será una lista de cotejo, el mismo que será sometido a juicio de expertos a fin de determinar la validez y confiabilidad del contenido y constructo.

Para la recolección de datos se aplicara una lista de cotejo a la población en estudio conformada por 127 historias clínicas.

4.4.3. Fuentes

Las fuentes de información será la fuente primaria: Historias clínicas de los pacientes de prioridad I que fueron atendidos durante el primer semestre del año 2015 en el servicio de Emergencia del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz.

CAPITULO V: ADMINISTRACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

5.1. Recursos (Humanos, Materiales)

RECURSOS	UNIDADES
1. RECURSOS HUMANOS <ul style="list-style-type: none">• Responsables• Asesora• Estadístico	01 01 01
2. RECURSOS MATERIALES <ul style="list-style-type: none">• Materiales de escritorio<ul style="list-style-type: none">- Lapiceros- Papel bond- Folder manila- Lápices- Corrector- Borrador- Tajador- CDs- Calculadora- USB- Libro	03 300 05 02 01 02 01 05 01 01 01 01

5.2. Presupuesto

4.2 PRESUPUESTO

CONCEPTO	UNIDADES	PRECIO UNIT (S/.)	PRECIO TOTAL (S/.)
1. RECURSOS HUMANOS <ul style="list-style-type: none"> • Responsables • Asesor • Estadístico 	<ul style="list-style-type: none"> 01 01 01 	<ul style="list-style-type: none"> - 500.00 400.00 	<ul style="list-style-type: none"> 500.00 400.00
2. BIENES <ul style="list-style-type: none"> • Materiales de escritorio <ul style="list-style-type: none"> - Lapiceros - Papel bond - Folder manila - Lápices - Corrector - Borrador - Tajador - CDs - Calculadora - USB - Libro 	<ul style="list-style-type: none"> 03 300 05 02 01 02 01 05 01 01 01 	<ul style="list-style-type: none"> 0.50 0.05 0.50 0.50 2.50 1.00 2.50 1.00 0.50 1.50 15.00 25.00 20.00 	<ul style="list-style-type: none"> 1.50 15.00 2.50 1.00 2.50 2.00 0.50 7.50 15.00 25.00 20.00
3. SERVICIOS <ul style="list-style-type: none"> • Alquiler de internet • Típeo del proyecto • Impresión del proyecto • Anillado del proyecto • Fotocopias • Quemado de CDs • Movilidad • Refrigerio 	<ul style="list-style-type: none"> 30 hrs 50 hjs 3 ejemplares 3 ejemplares 50 hjs 3 10 veces 100 veces 	<ul style="list-style-type: none"> 1.00 0.50 0.30 2.00 0.10 1.50 2.50 5.00 	<ul style="list-style-type: none"> 30.00 25.00 45.00 6.00 5.00 4.50 20.50 500.00
TOTAL			2528.500

5.3. Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES 2015								
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET
1.Elaboración del Proyecto	X	X	X	X	X	X			
2.Revisión bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.Elaboración de instrumentos de recolección de datos						X	X		
4.Recolección de datos							X		
5.Procesamiento de datos								X	
6.Análisis e Interpretación de datos								X	
7.Elaboración del Informe final									X
8.Publicación de informe final									X

5.4. Referencias Bibliográficas

1. Ariza C. y Col. Calidad de cuidado del paciente hospitalizado. 6ta Edic. Bogotá, Colombia: Universidad Pontificia Javeriana, 2003.
2. Cortés G, Castillo F. Guía para la elaboración del proceso y registro de enfermería. Primera edición. Lima – Perú: Editorial Navarrete; 2002.
3. Griffin A, Potter P. Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos. Madrid, España: Harcourt Brace S.A; 1999. p 26.
4. Beare/Myers. El Tratado de Enfermería Mosby. Primera edición. Colombia – Santa Fe de Bogotá: Editorial Mosby Doyna libros. 2005.
5. Wolf L, Kutim B. Fundamentos de Enfermería. México: Harla S.A; 1992.
6. Ley del Trabajo del Enfermero N° 27669. Capítulo I Artículo 2. Rol de la Profesión de Enfermería Colegio De Enfermeros del Perú. 2002
7. Du-Gas K. Tratado de enfermería práctica. 3 ed. Marco Interamericano SA. 2000. Disponible en URL, http://libroutil.com/?libro=du_gas_-_tratado_de_enfermeria_312 [consultado Setiembre 26, 2009].
8. Alvarado J. Características de las notas de enfermería y su uso por el personal de salud, Hospital Arzobispo Loayza. Agosto a Setiembre del 2002.
9. Carpenito, L.J. Diagnósticos de Enfermería. Editorial Interamericana Mc-Graw Hill. España; 2002.

10. Arraus O., "Factores que determinan las características de los registros que maneja el personal de enfermería", [Trabajo Científico de Investigación], 2010, Paraguay.
11. Vargas C, Ruiz MA. Aspectos legales de las notas de enfermería. [Trabajo Científico de Investigación], Costa Rica: Colegio de enfermeras de Costa Rica; 2011 p 11.
12. García, S., Mesa, A., "Análisis de los informes de enfermería de los hospitales públicos de la ciudad de corrientes, Argentina" [Trabajo de Investigación], Argentina, 2010.
13. Chaparro L, García DC. Registros del profesional de enfermería como evidencia para la continuidad del cuidado. [Tesis de Licenciado en Enfermería]. Colombia 2012.
14. Méndez, C., Morales, C., "La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico", [Revista mexicana de enfermería cardiológica], México, 2010.
15. Betancourt P, y Col, "Calidad de las Anotaciones de Enfermería en un servicio de Medicina A-4 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima-Perú". Disponible en URL, [http:// www.cibertesis. edu. pe/sisbib/2003/pecho_sources/pecho_tm.doc](http://www.cibertesis.edu.pe/sisbib/2003/pecho_sources/pecho_tm.doc). [consultado Setiembre 2010].
16. Vásquez, E., Infanson, I. "Nivel de Conocimientos de la enfermera y su relación con la calidad de las anotaciones de enfermería en el hospital Félix Torrealba Gutiérrez 2010 ", [Tesis de Licenciado en Enfermería] Ica-Perú, 2010.

17. Palomino B., “Calidad de las anotaciones de enfermería en el hospital Regional de Ayacucho-2009”, [Tesis para optar segunda especialidad] Lima-Perú, 2010.
18. Córdova G, Sosa E. , “Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria - Piura, 2010”, [Tesis de Licenciado en Enfermería] Piura – Perú, 2010.
19. Morales S. , “Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos - hospital regional Moquegua año 2011”, [Tesis para optar segunda especialidad] Tacna-Perú, 2012.
20. Mejía L. “Calidad en la elaboración de las anotaciones de enfermería en el servicio de cirugía en el hospital de Apoyo “Víctor Ramos Guardia” [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Huaraz - Perú, 2010.
21. OPS, Perspectivas de la Gestión de Calidad Total en los servicios de salud. Serie Paltex Salud y Sociedad N° 04 OPS, Oficina Sanitaria Panamericana – Oficina Regional de la OMS. Washington. 2000.
22. Marriner T, Raile A. Modelos y Teorías en Enfermería, 4º Edición, España – Madrid: Edición Harcourt Brace – Mosby; 2000.
23. Grupo QUIPUS & D.G.I, Manual de Análisis y Uso de la información en Gerencia de Salud. Lima 2000. . [Internet]. [Citado: 2009 Enero 15]. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/2000_n16/ref_Gerencia.htm.

24. Bernocchi, D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, 2da Edición. Editorial Mc Graw Hill. México 2000.
25. Diccionario de La Real Academia de la Lengua Española. Edición 21ª. Tomo I. Madrid. 1992.
26. Sistema de gestión de la calidad en salud, Documento técnico: RM 519 – 2006/ MINSA. Lima – Perú. 2007. Disponible en http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_SGCALIDAD-1.pdf
27. Donabedian, Avedis (1990): Garantía y Calidad de la Atención Médica. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Pág 9 – 13.
28. Innovar vol.15 no.25 Bogotá Jan./Jun. 2005. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. Disponible en http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10_34_calidad_servicio_salud.pdf
29. Cortez G. y Col. Guía para la elaboración de procesos y registros de enfermería.4ta Edic. Lima Perú.2008. Disponible en Http://Www.Nureinvestigacion.Es/Ficheros_Administrador/Protocolo/PDF_Protocolo28.Pdf
30. Ninghtingale F. Notas sobre enfermería: “Qué es y qué no es”. 1ª Edición. Barcelona. Salvat Editores S.A. 1.990 p139. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_3_04/enf09304.htm
31. Amezcuca, Manuel. La calidad en la documentación clínica de enfermería: del papeleo a los registros para el cuidado. Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades,

1995, vol. 4, no 11, p. 15-20. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3518437>

32. Iyer PW. y Col. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ra ed. México: Mc Graw Hill Interamericana.1997
33. Roper N. y Col.: Modelo de enfermería. Trad. del Servicio de Traducción E.T:C.2 ed. España, Barcelona. 1987
34. Wesley RL.: Teorías y modelos de enfermería. Trad. de R. L: Wesley.red. México, Mac. Graw Hill Interamericana. 1997. 179 p.
35. Iyer PW. Trece reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. Nursing. 1992; 10:40-4.
36. Alfaro R. Aplicación del Proceso de Enfermería. 5ª ed. España: Mosby; 2003.
37. Bravo Mery. Guía metodológica del PAE aplicación de NANDA, NIC, NOC. 2da ed. Lima - Perú: Grafica Jesus. 2010.
38. Iyer, Patricia y otros. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, 2º. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A.de C.V., 1989, pp.52 – 59; 95 – 111; 164 – 182; 214 – 233; 264 – 267.
39. Barret, Jean, La Jefe de Enfermeras como Administradora y maestra. México; Ed. La Prensa Medica Mexicana, 1963, 11,167.
40. Potter, Patricia y Griffin; Anne. Fundamentos de Enfermería: Teoría y Práctica. 3ªed. España: Mosby / Doyma, 1996, pp. 185 – 187; 191 – 194.
41. Peña bravo Mary. Guía metodológica del Proceso de Atención de Enfermería. 1era Edición Mayo 2005.

42. Carpenito; Lynda. “Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería: Diagnostico de Enfermera y Problemas Asociados” . 1ª ed. España: Mc. Graw – Hill Interamericana, 1994, pp.10 – 28.
43. Polit D y Hungler B, Investigación Científica en Ciencias de la Salud, 5ta Edición. Editorial Interamericana. México; 2006.
44. Ministerio de salud. Manual de indicadores hospitalarios PERU/MINSA/OGE01/004 & Herramientas metodológicas en Epidemiología en salud Pública. Perú, 2001.
45. Barreto C. Estadística Aplicaciones. Universidad los Ángeles de Chimbote, 2007. Pag 271-274.
46. Canales F. Metodología de la investigación. 20va Ed. México: Edit. Limusa S. A. 2004; p. 134.
47. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación, 5ta edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Editores, S.A. de C.V. España; 2010.
48. Quintero, Héctor (S.F) Conceptos Básicos de la Estadística - Presentation Transcript Pardo Merino, A., Ruiz Díaz, M. (2002) SPSS 11. Guía para el análisis de datos. Madrid: McGRAW-HILL/Interamericana de España. Texto Completo en <http://www.slideshare.net/hectorquintero/conceptos-bsicos-de-la-estadstica>
49. Moya Calderón, Rufino, [Estadística descriptiva: conceptos y aplicaciones: Lima San Marcos 2008. 471 p.](#)

50. Córdova Zamora, Manuel, Estadística descriptiva e inferencia, 5ta edición, publicación: 2003.

ANEXOS

1. Matriz de Consistencia

PROBLEMA DE INVESTIGACION GENERAL	PROBLEMA DE INVESTIGACION ESPECIFICOS	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
¿CUÁL ES LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE DE PRIORIDAD I DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL "VÍCTOR RAMOS GUARDIA" DE HUARAZ DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO	¿CUÁL ES LA CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE DE PRIORIDAD I SEGÚN LA DIMENSIÓN DE CONTENIDO ? ¿CUÁL ES LA CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE	DETERMINAR LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE DE PRIORIDAD I DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL "VÍCTOR RAMOS GUARDIA" DE HUARAZ DURANTE	- IDENTIFICAR LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE DE PRIORIDAD I SEGÚN LA DIMENSIÓN DE CONTENIDO - DESCRIBIR LA CALIDAD	CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA	- LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA SEGÚN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	----- ----- DATO SUBJETIVO DATO OBJETIVO DIAGNOSTICO EJECUCION EVALUACION

2015?	<p>ENFERMERÍA DEL PACIENTE DE PRIORIDAD I SEGÚN LA DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA?</p> <p>¿CUÁL ES LA CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE DE PRIORIDAD I SEGÚN LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA?</p>	EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2015.	<p>DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE DE PRIORIDAD I SEGÚN LA DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA.</p> <p>- EVALUAR LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE DE PRIORIDAD I SEGÚN LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE</p>			
-------	--	----------------------------------	---	--	--	--

			ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.			
--	--	--	--	--	--	--

2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA	<p>DESDE EL PUNTO DE VISTA HISTÓRICO, LAS ENFERMERAS HAN TENIDO DIFICULTADES EN EL LLENADO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA. A PESAR DE QUE LA CANTIDAD DE ESTOS HA AUMENTADO CIERTAMENTE CON LOS AÑOS, NO SE PUEDE DECIR LO MISMO DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA.</p> <p>UN BUEN REGISTRO DE ENFERMERÍA, DEBERÍA SER AQUEL QUE RECOGIESE LA INFORMACIÓN</p>	<p>REGISTRO QUE RECOGE LA INFORMACIÓN SUFICIENTE, CON CLARIDAD, EXACTITUD, CONFIABILIDAD QUE PERMITA LA CONTINUIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE PRIORIDAD I.</p>	<p>-LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA SEGÚN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</p>	<p>- DATO SUBJETIVO</p> <p>- DATO OBJETIVO</p> <p>- DIAGNOSTICO</p> <p>- EJECUCION</p> <p>- EVALUACION</p>

	<p>SUFICIENTE COMO PARA PERMITIR QUE OTRO PROFESIONAL DE CALIFICACIÓN SIMILAR ASUMIERA SIN DIFICULTAD LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DEL PACIENTE.</p> <p>LA CALIDAD EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA SE EXPRESAN CUANDO SE SIGUEN LOS PROCEDIMIENTOS MENCIONADOS PARA SU ELABORACIÓN DE TAL MANERA QUE PRODUZCA UN MÁXIMO DE BENEFICIO Y UN MÍNIMO RIESGO DE SALUD.</p> <p>PARA LOGRAR REGISTROS DE CALIDAD EN ENFERMERÍA, LAS ANOTACIONES</p>			
--	---	--	--	--

	DEBEN CUMPLIR LAS CARACTERÍSTICAS MENCIONADAS, ES DECIR, SER OBJETIVAS, EXACTAS, COMPLETAS, CONCISAS, ACTUALIZADAS, ORGANIZADAS Y CONFIABLES.			
--	---	--	--	--

3. Instrumento

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE DE PRIORIDAD I DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2015”.

LISTA DE COTEJO

I. INSTRUCCIÓN

Esta guía contiene una serie de ítems los cuales están basados en el proceso de atención de enfermería.

Muy Bueno (MB), Bueno (B), Regular (R), Malo (M), Muy Malo (MM)

Calidad de las Registros de Enfermería Según Dimensión:	MB	B	R	M	MM
Contenido					
Características Físicas					
1. Valoración mediante el examen físico.					
2. Signos y síntomas del paciente.					
3. Procedimientos especiales realizados al paciente.					
4. Cuidados relacionados a higiene.					
5. Cuidados relacionados a movilización.					
Características Biológicas					
6. Funciones vitales.					
7. Cuidados relacionados a nutrición e intestinal.					
8. Cuidados relacionados a eliminación vesical.					
Características del Tratamiento					
9. Tratamiento administrado.					
10. Presenta reacciones adversas al tratamiento.					
11. Motivo por el cual no se administra el tratamiento.					
Características Psicológicas					
12. Problemas en el área emocional.					

13. Educación sobre los procedimientos realizados.					
14. Cuidados realizados en el área emocional.					
Estructura					
Datos Generales					
15. Nombre y apellido del paciente.					
16. Número de historia clínica.					
17. Número de cama.					
18. Fecha y hora.					
19. La redacción refleja presentación y orden					
Errores					
20. Usa lapicero con los colores oficiales según turno.					
21. Sin enmendadura.					
22. Sin tacha					
23. Coloca Firma y Sello (Se identifica la Enfermera).					
Proceso de atención de enfermería (SOAPIE)					
24. Datos Subjetivos					
25. Datos Objetivos					
26. Diagnostico					
27. Ejecución					
28. Evaluación					